

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
EMPRESARIALES Y SOCIALES

ASOCIACIÓN DE PSICÓLOGOS
DE BUENOS AIRES

CARRERA: Especialización en Políticas y
Administración en Salud Mental.

PROFESORA TITULAR: Lic. Silvia Chiarvetti

TEMA: “Salud Mental en Mayores y Ancianos: Políticas,
Gestión y Administración Aplicada”

AUTOR: Dr. Eduardo Carlos Fox

AÑO 2003

“Respecto de los viejos sabemos que las posibilidades de su deterioro mental y depresión crecen en proporción a los desniveles de integración social...

Una situación social que los prive de los continentes afectivos, familiares y culturales, sin función social y a veces sin sustento económico, los deja con frecuencia sumidos en una lógica bipolar de autoabandono o de resentimiento desafiante, que es puerta de entrada a la depresión”.

DR. EMILIANO GALENDE
SEM. FLACSO – O.P.S. (1991)

INDICE GENERAL

- ⇒ INTRODUCCIÓN:.....Pág. 04

- ⇒ CAPITULO I: “Frente a un mundo y un país que envejecen”Pág. 08

- ⇒ CAPITULO II: “Propuestas Políticas Socio-Sanitarias sobre Salud Mental y Vejez” Pág. 19

- ⇒ CAPITULO III: “Geroprevención y Salud Mental” Pág. 46

- ⇒ CAPITULO IV: “Búsquedas de Calidad en la atención de la Salud Mental de Mayores y Ancianos”..... Pág. 98

- ⇒ CAPITULO V: “Otros Procesos de Calidad en la Atención Psicogeríátrica”.....Pág.129

- ⇒ CAPITULO VI: “Modelos Institucionales Interdisciplinarios en Geronto-Psicología y Psico-Geriatria”.....Pág.163

- ⇒ CAPITULO VII: “Salud Mental Comunitaria con Grupos de Mayores y Ancianos”.....Pág.223

- ⇒ COMENTARIO FINAL:.....Pág.257

- ⇒ BIBLIOGRAFÍA GENERAL:.....Pág.259

INTRODUCCIÓN

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA ANCIANIDAD Y LA SALUD MENTAL

El aumento del número relativo y absoluto de ancianos dentro del total de la población argentina en las últimas décadas, ha coincidido con la industrialización, la concentración urbana, la veloz evolución de las técnicas científicas y productivas, el cambio de normas de convivencia del grupo familiar y la variación brusca de los valores y jerarquías socio-culturales donde se asocia lo viejo con lo perimido, caduco, anquilosado e inservible, dándose así lugar a la actual generación de ancianos tal vez no preparada para adaptarse a cambios tan intempestivos y a los nuevos roles asignados, frente a una sociedad que no ha previsto pautas programáticas ni instituciones adecuadas para dar respuestas válidas a la situación descripta.

La etapa del envejecimiento, cuyo desarrollo se produce en forma diferenciada y gradual y no de manera brusca, debería ser comprendida como otra fase del desarrollo de la vida humana, no considerando a la vejez como enfermedad ni tampoco asociándola de manera indisoluble a los trastornos mentales por deterioro cognitivo.

Los patrones culturales tienen un rol muy importante en la génesis de la conducta humana, donde la moral, la religión, las pautas de la motivación y las relaciones interpersonales, junto a variaciones en el juicio, en el sistema de creencias y en la educación de los niños, también incluídas por algunos antropólogos en estos patrones. Los valores que el niño acepta e incorpora dentro suyo, influirán en su actitud hacia el anciano, y más tarde hacia sí mismo como tal, siendo real que en la juventud está la vejez y en esta última la juventud introyectada. Si estos valores son positivos determinarán, una vez llegada la ancianidad, una conducta de autoestima y autoreconocimiento que revertirá en la aceptación de las nuevas generaciones.

En un mundo competitivo, a los ancianos se los considera sin futuro y la sociedad no siempre invierte esfuerzos en ellos; sin embargo es el grupo de personas que más podría disfrutar del presente, pues dispone de mayor tiempo

libre, siendo para la comunidad transmisor de cultura, valores y experiencias, aunque en la práctica se les esté coartando para hacerlo.

La etapa de transición hacia la ancianidad suele devenir al individuo en un estado de indefensión, dado por las pérdidas que deben sufrirse: separación de los hijos, jubilación impuesta en forma arbitraria, muerte del cónyuge o amigos, y el propio envejecimiento, donde se deben ir elaborando modificaciones en la identidad; asimismo la adversa mentalidad colectiva y la ausencia de políticas sociales justas les impide a los mas viejos el acceso a medidas preventivas y resocializantes, que evitarían el paulatino empobrecimiento en las interacciones personales que luego van a padecer los ancianos.

Es probable que la jubilación inconsulta, como así también la ausencia de ella, tenga consecuencias traumáticas sobre la salud mental, siendo causa de infelicidad y trastornos emocionales en los adultos mayores. Mientras que la mujer anciana continúa su cotidiana labor (en especial en familias de clase trabajadora, siendo eje del funcionamiento del hogar), el hombre anciano cuando se jubila suele perder prestigio al dejar el rol de principal sostén de la familia. Otras veces se tiene gran dificultad para recomponer el vacío dejado por el trabajo a lo que se suma que en pocas partes del mundo las retribuciones por pensiones o jubilaciones son suficientes para cubrir la adecuada nutrición, comodidad y seguridad de quienes transitan esta etapa de la vida.

Respecto a la disminución de sus recursos económicos, muchos viejos no aceptan que el fruto del esfuerzo de toda su vida, sea una suma mísera que es vivida como una dádiva de la sociedad y se muestran heridos en su dignidad al recibirla. La pobreza es una causa común de angustia y aislamiento entre los ancianos, creando situaciones de dependencia y sometimiento, por un lado de las generaciones más jóvenes de su propia familia y por otro de las instituciones de protección y cuidado social.

Todos aquellos aspectos que tienen que ver con la conflictiva mental del anciano, son estudiados por la Psicogeriatría o Gerontopsiquiatría y la Gerontopsicología, desarrollándose interesantes conceptos y conclusiones que, sobre el trabajo de varias décadas, se fueron consolidando de forma vicaria, sin llegar a ocupar un espacio preponderante en el sistema de salud al igual que lo acontecido con la salud mental en general.

¿Por qué las investigaciones sobre la psicología normal y patológica del anciano se han retrasado tanto, en relación a estudios similares realizados en otras edades? -La respuesta es muy compleja, aunque se tratará de responder a algunos de los interrogantes.

Desde el punto de vista socioeconómico, se ubica al senescente dentro de la llamada clase pasiva, incluyendo, desde luego, a sus familiares y a los profesionales tratantes. La pauta general sería dejar que los viejos vivan en paz, en reposo y quietos; estos comportamientos rígidos ante los mayores dificultan los contactos humanos, tanto en el medio familiar como en las instituciones, entorpeciendo así la comprensión de sus reales necesidades y demandas, cuyo resultado es aumentar más aun el aislamiento social de los senescentes. El último recurso que a menudo les queda permitido, sería quizás el comunicarse a través de las enfermedades psicosomáticas, siendo conocido el auge de las mismas entre los ancianos en los actuales tiempos de crisis.

Los mitos, tabúes y conductas sociales negativas frente a la vejez han sido y siguen siendo factores adversos para el adecuado abordaje e investigación de las enfermedades mentales de los viejos. Si hay que dejarlo quieto para que muera en paz (a pesar que padezca conflictos y sufrimientos), si no hay que dedicarle tanto tiempo, energías y dinero, como a otra persona más joven, debido a que su atención no es redituable ni gratificante, si la mayoría de los diagnósticos mentales se reducen al síndrome psico-orgánico cerebral, entonces que importancia tendrá estudiar e investigar las enfermedades mentales del anciano, realizando diagnósticos, estrategias precisas y tempranas, y un abordaje terapéutico adecuado?.

Como respuestas a esta última pregunta, se proponen hoy objetivos de trabajo diferentes, encuadrados en la medicina social y comunitaria, para profundizar y comprender profundamente los aspectos bio-psico-sociales del anciano, ayudando a dar vitalidad y sentido a los años, restituyendo, mejorando y aliviando de la angustia y el sufrimiento psíquicos, aunque fueren los últimos días de la existencia.

En la persona que transita el camino de la vejez, como en otros momentos del ciclo vital, se forman y construyen estructuras psíquicas y comportamientos normales y patológicos, dados por estímulos sociales y objetivos de vida distintos al de otros períodos previos. Es por ello importante también

comprender, desde dónde y en qué lugar se realizan las experiencias y estudios de los trastornos mentales del geronte, haciéndose necesario no alejarse demasiado del objeto de conocimiento, que es el propio anciano. Entendemos que algunas traspolaciones realizadas desde la psicopatología del adulto, no son las más adecuadas; para acercarse mejor a la estructura psíquica del viejo, las observaciones tendrían que ser realizadas en su hábitat natural, que es el medio ambiente familiar, estudiando asimismo las características específicas de cada grupo generacional ante las personas mayores.

Como se aseveró, en la ancianidad son imprescindibles y perentorios los diagnósticos precisos y los tratamientos precoces de las enfermedades mentales, entendemos que se logrará en parte ello jerarquizando a la psicogeriatría y gerontopsicología como especialidades de actuación clínica, estudio e investigación, y estimulando el trabajo interdisciplinario con médicos clínicos y de otras especialidades, geriatras, neurólogos, psicólogos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, kinesiólogos, musicoterapeutas, recreacionistas, enfermeras especializadas, odontólogos, sociólogos, y con la comunidad de mayores y ancianos propiamente dicha.

CAPITULO I

FRENTE A UN MUNDO Y UN PAÍS QUE ENVEJECEN

Entre los fenómenos demográficos contemporáneos, el más seguro en su derrotero, el más fácil de prever con anticipación y tal vez el más cargado de efectos, es el envejecimiento de las poblaciones del planeta que habitamos.

La sociedad postmoderna con su fluctuante realidad, experimenta una notable asincronicidad entre la calidad de vida de los ancianos y la prolongación de las edades por ellos alcanzadas.

Los profundos cambios demográficos sucedidos instalaron una transformación integral de nuestra sociedad que hoy se enfrenta con el serio problema del incremento cuantitativo de sus poblaciones de edad avanzada, sin el consiguiente aumento de los recursos destinados a su sostenimiento decoroso.

En la Argentina, el proceso de envejecimiento se dio como consecuencia de la disminución de la natalidad y del volumen de las corrientes migratorias arribadas al país.*

En las naciones se pueden distinguir tres etapas de transición demográfica, la primera se caracteriza por tasas de natalidad y mortalidad muy altas y casi uniformes, además de una baja tasa de crecimiento. Ese patrón ha existido en la mayoría de las sociedades a lo largo de la historia. En la segunda etapa, la mortalidad desciende y es seguida por un descenso retardado de la fecundidad, de manera que la tasa de crecimiento de la población es alta.

La tercera etapa se traduce en bajas de natalidad y mortalidad, con una tasa de crecimiento que desciende gradualmente. El período dentro del cual sucede la transición demográfica es variable en las diferentes poblaciones, por ahora dicha circunstancia se ha dado preponderantemente en los países desarrollados, la mayoría de los estados en vía de desarrollo se encuentran en la segunda etapa; asimismo el descenso de la mortalidad ha sido más acelerado en éstos que en los desarrollados, producto de ello son tasas de crecimiento más altas que las experimentadas en las naciones industrializadas.

Trasciende de lo expresado que la población del orbe podría arribar progresivamente a un estado cercano al estancamiento y, con más probabilidad, que muchos países antes o después estarían en condiciones de llegar a la

* Knopoff, R. y Oddone, M.: "Dimensiones de la vejez en la sociedad argentina". Buenos Aires – CEAL. 1991

tercera etapa de la transición demográfica. En el caso específico de nuestro país hemos comenzado la tercera etapa, aunque no con el ritmo de los estados desarrollados.

La población de la República Argentina fue protagonista de un singular proceso de envejecimiento, en cuya evolución incidió fundamentalmente el descenso de la fecundidad, acentuado por el envejecimiento de la población extranjera residente en el país y por menor aporte inmigratorio de contingentes jóvenes que la reemplacen en las últimas décadas. *

Hacia 1869 se estaban perfilando acontecimientos que darían configuración al proceso económico y social argentino y devengarían en el desarrollo y predominio de la zona pampeana sobre resto del territorio; esto se explica por las mayores posibilidades que brindaron las explotaciones agrícola-ganaderas a las ávidas expectativas de las masas inmigratorias que fueron radicándose en dichas regiones. La inmigración se fue alentando paulatinamente hacia 1880, y entre 1869 y 1895, la población registró un considerable aumento. Por su parte los habitantes indígenas y mestizos disminuyeron en importancia absoluta y relativa ante la influencia de la población inmigrante europea y las matanzas que los diezmaron casi selectivamente. Estos procesos relatados trajeron como consecuencia una modificación radical en la composición étnica de nuestra población, cuya influencia se extiende hasta nuestros días.

Entre 1869 y la actualidad la estructura por edades de los habitantes del país experimentó cambios importantes, siendo la natalidad y las migraciones los factores principales de esas transformaciones.

Para el primer Censo Nacional realizado en 1869 la población mayor de sesenta años sumaba 45.051 personas sobre 1.473.352 habitantes, de los cuales 22.939 eran varones y 22.112 eran mujeres; el porcentaje de población mayor de 60 años era de 0.258%

Para 1895 la población llegaba a 3.954.911 y los mayores de 60 años sumaban 140.921 personas, siendo el porcentaje de este sector del 3.6% del total.

A posterior como consecuencia del crecimiento vegetativo de la población y de los fenómenos históricos que influyeron en su composición, el censo nacional de

* Oddone, M.J.: "El envejecimiento poblacional y sus implicancias en la estructura social". – Revista Geriátrica Práctica N° 9 – Buenos Aires. 1991-

1914 revelaba una población total de 7.885.237 habitantes, siendo los mayores de 60 años el 4.02%, con un leve predominio de mujeres. Se inicia allí un paulatino envejecimiento de la población sin adquirir un ritmo rápido, incrementándose los mayores de 60 años y registrándose, además, una reducción del nivel de natalidad; ya en el censo de 1947 (15.893.827 habitantes) la población mayor de 60 años ascendía al 6.53% del total.

En el Censo de 1960 (20.010.539 habitantes) los mayores de 60 años representaban el 8.91% del total, llegando al año 1970 (23.390.050 habitantes) dicho colectivo representaba el 10.78%, encontrándonos entre los países de mas baja natalidad (20 por mil) y registrándose una mortalidad de alrededor del 9 por mil. Entre 1980 y 1991 (año del anteúltimo Censo Nacional de Población y Vivienda) se intensificó la tendencia al incremento de las personas mayores, siendo el 8,9% los habitantes de 65 años y más años de edad; no obstante debe recalarse que desde 1970 la estructura de edades de nuestro país se caracteriza como “envejecida”, puesto que el Censo de dicho año marcaba que la población en edad avanzada superaba el 7%, nivel adoptado por las Naciones Unidas para catalogar a la población de un estado como “vieja”. Arribados al 2001, las cifras del Censo levantado determinaron que los mayores de 65 años representaban al 8,89% de nuestra población. *

Paralelamente se fue alcanzando un incremento en la esperanza de vida bastante significativo hasta la fecha, pasando de 32.86 años para 1869 a 74 años en la actualidad. Cabe mencionar, a lo largo de los años, la creciente urbanización de nuestro país teniendo una tendencia similar a la de los estados desarrollados, pasando del 28.6% de los habitantes en 1869 a mas del 90% en esta época.

La urbanización ha concentrado a gran parte de la población argentina, originando una sociedad de familias nucleares aisladas y conllevando de esa manera a los más ancianos a problemas de afectividad, marginación y comunicación, por ende se ocasionaron en forma creciente nuevos conflictos a ser resueltos en un contexto donde no sólo faltan facilidades materiales sino también el marco institucional para la implementación de políticas socio-sanitarias dedicadas a las personas mayores.

* I.N.D.E.C.: Censo Nacional de Población y Vivienda de la República Argentina – Año 2001.

El envejecimiento poblacional tiene y tendrá implicancias en la educación, la economía y la salud y, respecto de esta última, en la modificación de las variables de morbilidad y mortalidad; la Argentina del 2003 abrumada por la crisis global que padece no ha vislumbrado que en pocas décadas más afrontará un drama social que, contemporáneamente, no han sido capaces de resolver con eficacia otros países con muy superiores niveles de desarrollo. Asimismo el proceso de envejecimiento humano siempre viene acompañado del incremento de las enfermedades mentales y nuestro país tampoco escapará a esta tendencia.

Para rubricar lo antes detallado agreguemos que si el total de argentinos mayores de 65 años crecieran un 45,45% hacia el año 2020, el grupo de 65-70 años aumentará un 41,85% en la proyección estadística, mientras que los de 80 y más años tendrían un crecimiento vegetativo del 81,38%. A este último grupo poblacional es al que se le adjudica una mayor incidencia de trastornos demenciales que habrá de provocar un incremento en la prevalencia de tales patologías, frente a ello no existen disponibilidades adecuadas en nuestras estructuras de salud y asistencia social; recuérdese que las demencias se presentan en el 8% de las personas mayores de 65 años y en más de un tercio de las que superan los 85. **

Si bien el sistema argentino de Seguridad Social es uno de los más antiguos de Latinoamérica, no se han brindado al menos en las últimas décadas, tanto desde el Estado Nacional como desde los Gobiernos Provinciales, respuestas integradas e integrales en relación a las graves problemáticas que atraviesan nuestras personas mayores y ancianos.

De lo anteriormente considerado surge la necesidad impostergable de efectuar estudios de fuste para arribar a un diagnóstico situacional que habilite a la futura realización de planes y programas encaminados a la solución de los dilemas que sobrellevan los mayores, las familias y la sociedad en su conjunto, frente a un Estado incapaz, por el momento, de aportar soluciones valederas a estas conflictivas y a la ausencia, en la agenda pública, de políticas acordes a los requerimientos de la ancianidad.

** García L., Nebreda O. y Perlado F.: "Enfermedad Mental en el anciano". ED. Díaz de Santos. Madrid 1993.

CUADROS SOBRE
ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL
LATINOAMERICANO Y
ARGENTINO

Expectativa de vida al nacer para ambos sexos en
Latinoamérica (O.M.S. 1998)

País	2025	1997
Argentina	78	73
Bahamas	79	74
Barbados	80	76
Belice	79	75
Bolivia	72	61
Brasil	74	67
Chile	79	75
Colombia	76	71
Costa Rica	80	77
Cuba	79	76
República Dominicana	77	71
Ecuador	75	70
El Salvador	75	70
Guatemala	73	67
Haití	64	54
Honduras	75	70
Jamaica	79	75
México	77	72
Nicaragua	75	68
Panamá	78	74
Paraguay	75	70
Perú	75	68
Surinam	77	72
Trinidad Tobago	78	74
Uruguay	75	73
Venezuela	77	73

En el cuadro precedente se pueden apreciar las diferencias en las proyecciones de las expectativas de vida de los países latinoamericanos, las mismas coinciden con las condiciones económico-sociales de dichos estados.

**Población total por sexo y razón de masculinidad, según
grupos de edad. Total del país Año 1991**

(*) cantidad de varones c/ 100 mujeres

Grupo de edad	Población	Razón Masculinidad (*)
---------------	-----------	------------------------

	Total	Varones	Mujeres	
Total	32,615,528	15,937,980	16,677,548	95.6
0-4	3,350,073	1,695,891	1,654,182	102.5
5-9	3,277,937	1,657,514	1,620,423	102.3
10-14	3,342,577	1,686,997	1,655,580	101.9
15-19	2,850,105	1,417,619	1,432,486	99.0
20-24	2,454,123	1,213,835	1,140,288	106.4
25-29	2,304,242	1,137,361	1,166,881	97.5
30-34	2,214,181	1,094,131	1,120,050	97.7
35-39	2,119,168	1,043,202	1,075,966	97.0
40-44	1,963,648	969,612	994,036	97.5
45-49	1,690,055	832,386	857,669	97.1
50-54	1,489,724	722,631	767,093	94.2
55-59	1,361,547	652,436	709,111	92.0
60-64	1,305,161	601,706	703,455	85.5
65-69	1,064,115	481,562	582,553	82.7
70-74	760,853	324,719	436,134	74.5
75-79	556,333	222,793	333,540	66.8
80-84	319,769	119,063	200,706	59.3
85-89	138,422	48,207	90,215	53.4
90-94	42,787	13,069	29,718	44.0
95 y más	10,708	3,246	7,462	43.5

Fuente: I.N.D.E.C. (Censo Nacional de población y vivienda – Año 1991).

Estimación del porcentaje de la población de 65 años y más,
por provincia.

Total del país: Años 1990-2010

Provincia	Población de 65 años y más				
	1990	1995	2000	2005	2010

%

Total del país	8.9	9.4	9.7	9.9	10.2
Ciudad de Bs. As.	16.3	16.8	16.8	16.5	16.7
Buenos Aires	9.2	9.9	10.3	10.5	10.8
Catamarca	6.8	7.1	7.3	7.4	7.9
Córdoba	9.3	10.0	10.5	10.8	11.3
Corrientes	6.4	6.6	6.7	7.0	7.4
Chaco	5.1	5.6	6.1	6.6	7.0
Chubut	5.0	5.5	6.0	6.6	7.2
Entre Ríos	8.8	9.3	9.7	10.2	10.8
Formosa	4.7	5.1	5.5	5.9	6.3
Jujuy	4.7	5.3	5.9	6.4	7.0
La Pampa	8.9	9.2	9.5	9.9	10.6
La Rioja	6.4	6.6	6.7	6.9	7.2
Mendoza	7.8	8.5	9.0	9.3	9.8
Misiones	4.5	4.9	5.3	5.7	6.0
Neuquén	3.9	4.3	4.7	5.2	5.9
Río Negro	5.3	5.9	6.3	6.9	7.6
Salta	5.1	5.5	6.0	6.4	6.8
San Juan	6.7	7.6	8.3	9.0	10.0
San Luis	7.3	7.3	7.3	7.3	7.7
Santa Cruz	3.9	4.3	4.7	5.2	5.5
Santa Fe	10.5	11.0	11.2	11.3	11.4
Santiago del Estero	6.9	7.3	7.5	7.9	8.3
Tierra del Fuego	1.9	1.9	1.9	1.8	1.8
Tucumán	6.3	6.9	7.4	7.6	7.9

Fuente: I.N.D.E.C. – CELADE 1996 – Serie Análisis Demográficos 7

REPUBLICA ARGENTINA

Población por sexo según edad en años simples. Año 2001

EDADES	TOTAL	VARONES	MUJERES
65-69	1.109.788	499.544	610.244
70-74	996.525.	422.426	574.099
75-79	727.895	289.055	438.840
80-84	432.908	152.255	280.653
85-89	224.463	68.423	156.040
90-94	77.654	20.758	56.896
95-99	16.532	4.084	12.448
100 Y MÁS	1.855	347	1.508
	3.587.620	1.456.892 (40,61%)	2.130.728 (59,39%)

Fuente: INDEC: Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas – Año 2001.-

REPUBLICA ARGENTINA

POBLACIÓN TOTAL AÑO 2001	65 y más años	VARONES	MUJERES
36.260.130 Hab.	3.587.260 (8.89%)	40,61%	59,39%

LA POBLACIÓN TOTAL, LA POBLACIÓN DE 60 Y MÁS AÑOS EN NÚMEROS ABSOLUTOS Y RELATIVOS DE ACUERDO CON LOS CENSOS NACIONALES. REPUBLICA ARGENTINA – 1947 – 2001

Año del Censo	Población Total (en miles)	Población de 60 y más años (en miles)	Población relativa en Porcentaje
1947	15.894	1.039	6,6
1960	20.014	1.801	9,0
1970	23.364	2.033	8,7
1980	27.949	3.293	11,8
1990	32.615	4.198	12,9
2001	36.260	4.871	13,43

Fuente: Los Censos Nacionales INDEC – CELADE - 2001

REPUBLICA ARGENTINA

Proyección de población por provincia. Total del país. Años 1995/2001

Provincia	Proyección de población						
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Total del país	34.768.455	35.219.612	35.671.894	36.124.933	36.578.358	37.031.802	37.486.938
Ciudad de Bs. s.	3.027.887	3.032.875	3.036.891	3.040.292	3.043.431	3.046.663	3.049.941
Buenos Aires	13.379.401	13.544.764	13.711.746	13.879.575	14.047.483	14.214.701	14.381.806
Catamarca	289.212	294.895	300.636	306.430	312.269	318.147	324.086
Chaco	895.900	907.389	918.711	929.878	940.901	951.795	962.601
Chubut	399.125	408.804	418.579	428.405	438.236	448.028	457.856
Córdoba	2.929.734	2.962.371	2.994.848	3.027.113	3.059.115	3.090.803	3.122.302
Corrientes	857.685	870.657	883.567	896.418	909.207	921.933	934.637
Entre Ríos	1.069.102	1.078.274	1.087.274	1.096.121	1.104.836	1.113.438	1.121.970
Formosa	447.094	458.282	469.573	480.979	492.513	504.185	516.017
Jujuy	555.097	564.739	574.468	584.267	594.117	604.002	613.983
La Pampa	282.356	287.175	291.979	296.748	301.466	306.113	310.725
La Rioja	247.575	253.898	260.321	266.846	273.471	280.198	287.045
Mendoza	1.508.959	1.528.895	1.548.729	1.568.461	1.588.091	1.607.618	1.627.108
Misiones	884.291	906.092	928.076	950.262	972.672	995.326	1.018.263
Neuquén	463.266	481.819	500.886	520.423	540.384	560.726	581.539
Río Negro	559.590	571.366	583.079	594.794	606.575	618.486	630.548
Salta	958.094	979.393	1.000.983	1.022.846	1.044.973	1.067.347	1.090.047
San Juan	555.223	560.139	564.898	569.527	574.053	578.504	582.931
San Luis	321.890	330.026	338.269	346.591	354.959	363.345	371.798
Santa Cruz	181.198	186.210	191.292	196.438	201.642	206.897	212.234
Santa Fe	2.949.050	2.979.021	3.008.956	3.038.867	3.068.765	3.098.661	3.128.696
Santiago del Estero	700.114	705.460	710.718	715.891	720.982	725.993	730.977
Tierra del Fuego	89.992	94.968	99.862	104.823	109.998	115.538	121.405
Tucumán	1.216.623	1.232.100	1.247.551	1.262.936	1.278.216	1.293.349	1.308.414

Nota: Las diferencias que en algunos casos aparecen entre el total y las cifras componentes se originan por efecto del proceso de computación empleado.

Las proyecciones que se presentan aquí fueron elaboradas en base a los resultados del Censo Nacional de Población 1991.

Fuente: INDEC - CELADE 1996, Serie Análisis Demográfico 7.

CAPITULO II

PROPUESTAS POLÍTICAS SOCIOSANITARIAS

SOBRE SALUD MENTAL Y VEJEZ

El cambio demográfico y la evolución de la longevidad suponen un reto para todos, sin embargo una política para los viejos no debería estar condicionada únicamente por la pregunta ¿Qué se puede hacer por los mayores? También habría que preguntar: ¿Qué pueden hacer los ancianos por la sociedad?.

Para ello habría que modificar la imagen negativa que se tiene de los mayores, la mayoría de ellos son competentes, desean dedicarse a otras personas y formar parte del medio que les rodea. La sociedad y sus entidades debieran fomentar esta posibilidad de compromiso público voluntario, estar preparadas para ofrecer un marco de apoyo y utilizar el potencial y los servicios que la gente mayor puede brindar.

A veces de los manifiestos económicos y políticos parece desprenderse que la longevidad es lo peor que puede ocurrirle a la raza humana debido a los costos crecientes de las jubilaciones y del sistema de atención sanitaria. Si se escuchan estos mensajes, se tiene la impresión que es una desgracia que tanta gente sobreviva para alcanzar edades muy avanzadas cobrando una pensión que han de pagar las generaciones más jóvenes. Esta sería ciertamente una conclusión errónea de la impronta del envejecimiento, no se debería de olvidar que la humanidad ha hecho muchos esfuerzos a lo largo de los siglos para permitir que la gente sobreviva hasta llegar a la ancianidad. La propia historia de la medicina es la del continuo esfuerzo para prolongar la vida humana, resultaría extraño pensar que los grandes avances realizados en la clínica, la biología o la farmacología significan sólo mala suerte para hombres y mujeres. Durante muchos años la OMS ha estado promocionando programas de envejecimiento sano, la ciencia y la política están luchando conjuntamente para crear nuevas condiciones biológicas y económicas para alcanzar este objetivo y así educar a la población de cara a un estilo de vida más sano.

La creciente esperanza de vida demuestra que estos esfuerzos no han sido inútiles, sería muy mezquino no agradecer los avances realizados hasta ahora para conseguir una disminución notable en la morbi-mortalidad, concentrándose únicamente en los elevados costos asociados a la longevidad.

La ancianidad y la longevidad no tendrían que asimilarse como problemas sino por el contrario como una oportunidad y un reto para todos: para el individuo que envejece, para su familia y para la sociedad. No habría que plantearse únicamente los problemas y los déficits del envejecimiento y de la ancianidad, se deberían analizar y tener iniciativas de investigación sobre el nuevo potencial y las competencias de los ancianos.

Jamás en el pasado tantos ciudadanos argentinos han alcanzado edades tan avanzadas, se ha producido asimismo, un aplanamiento de la tasa de natalidad. Estos cambios suponen un desafío para la política, la sociedad, la economía y para las ciencias de nuestro país.

Una política para los ancianos se ha de basar en los hallazgos de las investigaciones especializadas, pero también éstas han de ser estimuladas por las cuestiones y problemas políticos.

La información de buena calidad es una herramienta imprescindible para llevar a cabo la adecuada planificación y análisis de las políticas socio-sanitarias y previsionales para nuestros viejos; ha de partirse de un diagnóstico de necesidades y de la caracterización de los receptores de las actuaciones y beneficiarios de las políticas, teniéndose en cuenta que hay una relación inversamente proporcional entre dependencia y bienestar, que hace parte del proceso de envejecimiento sano.

En la actualidad, para efectuar un análisis prospectivo deben diferenciarse dos marcos socioculturales y demográficos: los países desarrollados y los que están en vías de desarrollo.

En los países desarrollados la sociedad está muy envejecida, se alcanzan índices de hasta el 16% de envejecimiento, y poseen sistemas de protección social altos o muy elevados. Es así en la mayoría de los países europeos (aunque no en los Estados Unidos) que tienen también un producto interior bruto importante y un índice de analfabetismo muy bajo.

Los países en vías de desarrollo cuentan con poblaciones más jóvenes (entre el 3% y el 12% de índice de envejecimiento) y sus sistemas de protección social son menos desarrollados, de hecho cuando existen afectan a porcentajes de población más limitados, en este colectivo se incluye la República Argentina. La planificación sobre mayores y ancianos es un proceso muy reciente en las ciencias socio-sanitarias, su evolución depende del desarrollo económico de los

países en los que se elabora o aplica y en el nuestro es todavía incipiente cuando no nula. Esta planificación está condicionada por las fuentes de información de que se dispone, que en nuestro caso, no gozan de confiabilidad absoluta.

Inicialmente hay que tener en cuenta dos posibles enfoques:

- Por una parte, la concreción del ecosistema o ecosistemas donde viven los ancianos, la primera tipificación distinguiría entre lo rural y lo urbano.
- Por otra parte, el ámbito organizativo desde el que se puede dar respuesta a las necesidades de los ancianos: los municipios, las administraciones regionales, las provincias, los estados, las organizaciones no gubernamentales, la iniciativa privada e incluso las actuaciones propias de la familia, los vecinos y la comunidad.

El problema coyuntural del envejecimiento argentino no consiste sólo en ofrecer mas y mejor atención y protección sino en la ampliación del sistema preventivo y en la implicación y participación de los ancianos en el complejo entramado social de nuestro país.

Entre los temas centrales a debatir e implementar se destacan:

- El mantenimiento e incremento de las competencias de los ancianos.
- La ampliación y la elevación de la calidad de los sistemas de rehabilitación.
- La específica consideración de la creciente población anciana en estado de riesgo por sus edades muy avanzadas, su dependencia extrema, su labilidad, y su precaria condición económica, que están marcando la necesidad de metodologías de apoyo bien diferenciadas del resto.
- El avance notorio de las patologías mentales invalidantes entre los viejos, sin contarse con las disponibilidades humanas y/o técnicas y con la infraestructura precisa para asistir las adecuadamente.

ESCENARIOS PRESENTES Y FUTUROS

Las actuales tendencias internacionales y regionales en materia demográfica, socio-económica y cultural que inciden con fuerza sobre las poblaciones envejecidas de los países en desarrollo están afectando, y mas lo harán en el futuro, a la planificación de políticas socio-sanitarias; hemos de referirnos a

continuación a aquellas contingencias que apreciamos como de gravitación progresiva en la República Argentina:

1. En primera instancia se puede citar el actual proceso, irreversible por lo menos, a corto y medio plazo en las próximas décadas, de la globalización de la economía. Esta transformación comporta, entre otras muchas cosas, una importante reducción de los márgenes de maniobrabilidad de los gobiernos, tanto en la esfera económica como en la social.
A raíz de ello, la política gerontológica que pueda diseñar cada gobierno responderá a las necesidades, tradiciones y exigencias de su sociedad pero, sin duda, no podrá ir más allá de los dictámenes internacionales, por mucho que los viejos de un determinado país puedan reivindicar derechos o servicios; en sentido contrario, la planificación socio-sanitaria de cada nación estará predeterminada por las decisiones tomadas desde los grandes centros de poder cuya ingerencia sobre nuestro país es intensa.
2. En segundo lugar, cabe tener en cuenta el tremendo aumento de la complejidad social, la cual se inició con la diversificación de los sistemas de representación social y, en la actualidad, es arrastrada por el desarrollo de los modernos medios de comunicación y de intercambio de información, como es el caso del internet. Este proceso de complejización social tiene una gran importancia por el hecho, en especial, de que los dispositivos de protección previsional a los que se acogen los jubilados se apoyan sobre dos pilares básicos pero ya caducos: a) la ocupación y b) la familia.
- 2-a. La ocupación laboral, concebida como modelo único de jornada completa para toda persona en edad adulta, está tocando a su fin. Este modelo está siendo sustituido por otras formas laborales mucho más imbricadas y diversificadas: sistemas de auto-ocupación, trabajos a distancia y otros. Como consecuencia inmediata, se puede afirmar que desaparecerá la figura del jubilado tal y como se concibe en la actualidad: la etapa final de una vida profesional más o menos regular. En este sentido, las previsiones son que habrá, como mínimo, dos grandes categorías laborales; algunas personas de alta cualificación técnica y científica no podrán jubilarse en tanto su estado físico y mental les permita seguir desempeñando su cargo, ya que será tan elevado el costo económico y social que habrá supuesto su capacitación que será inadecuado jubilarlos a cierta edad porque algunas

leyes así lo ordenen (tal conflicto se da ya hoy). En sentido contrario, habrá una enorme masa de gente cuya vida laboral transcurrirá de ocupación en ocupación temporal, tal vez con grandes lapsos de tiempo en situación de desempleados, cuyo final como jubilados se prevé dificultoso.

- 2-b. En segundo lugar, cabe hablar de la complejización de la estructura familiar, dado que la familia concebida como modelo único de padres matrimonialmente unidos, conviviendo con sus hijos menores de edad, también está cayendo frente a otros prototipos. Este modelo familiar nuclear, tenido por fundamento celular de toda la sociedad, se está diversificando en base a estructuras familiares de personas solteras, parejas sentimentales que residen separadas, parejas que viven en coresidencia y en concubinato con o sin hijos, familias monoparentales en las que reside uno solo de los progenitores (de forma habitual la madre) con los descendientes de su o sus anteriores parejas, etc. De ello derivará que dejen de atenderse los servicios y cuidados que los ancianos actuales reciben de sus familiares inmediatos. Se puede plantear la hipótesis de un número probablemente mucho mayor de ancianos solitarios que pasarán a depender de los servicios públicos, justo cuando los gobiernos comiencen a recortar su presupuesto para mantener el estado del bienestar.
3. Crisis de las organizaciones civiles tradicionales, como partidos políticos o sindicatos, en estos últimos la reducción de los montos salariales en los trabajos bajo remuneración, la subocupación y la desocupación alarmantes que se registran en la Argentina han determinado la progresiva reducción de sus masas de afiliados. Por su parte la clase política argentina ha perdido su representatividad y el respeto popular, abriéndose paso a nuevos estilos de ejercicio del poder ciudadano a través de organizaciones intermedias o de grupos contestatarios.

Al mismo tiempo que han ido perdiendo afiliados, los sindicatos se han instalado en las altas esferas del poder político y parapolítico, muy especial en todo el ámbito que se refiere a la gestión de recursos sociales y de cobertura de salud. Desde esta situación, en cierto sentido privilegiada, las organizaciones sindicales más que ayudar y agilizar la gestión de estos recursos y apoyar su permanente necesidad de adaptación a los cambios,

a menudo la entorpecen actuando de acuerdo a sus propios intereses institucionales.

La incapacidad de los cuadros gobernantes para actuar como intérpretes colectivos y dar respuesta a las necesidades de las poblaciones se pone de manifiesto en diversos ámbitos de la vida social interna, donde conflictos como las recientes inundaciones que afectan a grandes provincias argentinas no encuentran la eficaz respuesta que demandan para paliar los mas elementales reclamos, igualmente problemáticas como la desnutrición que afecta a numerosas regiones de nuestro territorio no logran revertirse sino que tenderían a elevarse gravemente.

4. También ha de tenerse en cuenta la fuerte emergencia de nuevos valores socio-culturales que, en general, son expectativas orientadas hacia la autonomía personal, alcanzando en algún caso el individualismo más exacerbado. Esta preponderancia de valores nuevos tiene un sentido contrario a la solidaridad social, eje básico sobre el que se han organizado las estructuras y sistemas de protección social actuales.

A pesar de ello, la observación empírica permite afirmar que los movimientos de solidaridad, las organizaciones no gubernamentales y el voluntariado van adquiriendo cada día más importancia en el panorama social argentino, por lo tanto, una reflexión prospectiva nos conduce a dejar el futuro abierto en este sentido.

5. La ecología, en un sentido más amplio del que tiene hoy, adquirirá mayor importancia, con ello aumentará el control del medio ambiente, la eliminación de las barreras arquitectónicas, de los ruidos urbanos y de los problemas medioambientales. La traducción de estos cambios puede preverse tanto en el sentido de mayores exigencias en distintos campos (alimentación, calidad ambiental de vida), como en el de que aumenten las actividades propias de los jubilados relacionadas con ello: mantenimiento de espacios verdes, vigilancia, voluntariado de carácter ecologista por parte de colectivos de ancianos.
6. Al mismo tiempo que avanza el proceso de homogeneización del continente americano: MERCOSUR, Pacto Andino, Mercado Común Norteamericano entre México, EEUU y Canadá, etc., también están ganando espacio ciertas autonomías políticas regionales y locales, esta recuperación de valores

étnicos, de idiomas y de referencias locales de identidad, favorecerá la revalorización de los ancianos como representantes vivos de tales tradiciones, valores que algunos casos son usados como estandartes nacionalistas y, en otros, como elementos de estabilidad para los grupos familiares.

7. Los medios de locomoción mejorarán la comunicación y facilitarán el transporte más cómodo y mucho más rápido que en el presente. Una de las características de la ancianidad actual, en especial de los septuagenarios y de más edad, es su inmovilización en bolsas territoriales demográficamente envejecidas, cuyas consecuencias son:
 - 7-a. El despoblamiento juvenil de las zonas rurales que ha sido paralelo al proceso de industrialización y postindustrialización, a raíz de lo cual estos territorios han quedado convertidos en bolsas territoriales de ancianos.
 - 7-b. Los viejos de hoy constituyen una población muy sedentaria, a pesar de los viajes, vacaciones y paseos a bajo precio que se ofrecen. No obstante, los ancianos de los próximos decenios, avanzado ya el siglo XXI, estarán mucho más acostumbrados a la movilidad y no tendrán tantos problemas para adaptarse a nuevos espacios habitacionales. Todo ello se traducirá en que los viejos disfrutarán de mayores desplazamientos geográficos y también de creciente independencia de la estructura familiar.
 - 7-c. Al mismo tiempo, es muy probable que se generen futuros espacios urbanos especializados, de la misma forma que en la actualidad hay áreas juveniles con servicios particularizados para este segmento de población (bares nocturnos, comercios de vanguardia, centros bailables), habrá entonces barrios especializados en servicios gerontológicos y a los ancianos no les representará un gran esfuerzo trasladarse hacia ellos.
8. Familias, parejas y sexualidad:
 - 8-a. Actualmente en la Argentina existe un creciente desequilibrio sexual y demográfico entre hombres y mujeres ancianos, el mayor número de mujeres que de hombres viejos permite prever un grave desequilibrio entre géneros. Una cifra indicativa, que deber ser tomada en este sentido, apunta que en el año 2005 en los países de la OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos) habrá unos 120 millones de mujeres maduras sin compañero (solteras o viudas) y sin posibilidad de

hallarlo por falta numérica de hombres de su mismo grupo etéreo. Esto conduce a suponer que se tratará de un colectivo de mujeres con insatisfacciones sexuales y/o emocionales crónicas cuya dinámica influirá sobremanera sobre la salud mental de este grupo.

- 8-b. Por otro lado, se prevé que los Códigos Civiles y sus regulaciones legales referidas al ámbito familiar serán mucho más rigurosas en el futuro y llegarán a afectar espacios muy íntimos de la vida humana y familiar. Es probable que, por lo menos durante algunos años, esto sea algo más simbólico que real, como sucede hoy con las denuncias ante los Tribunales de Justicia que los ancianos pueden interponer contra sus hijos si se sienten abandonados por ellos. No obstante, aunque fuera una regulación con un sentido más simbólico que pragmático, tendrá que ser interpretada en tanto que indicador claro de la tendencia a la formalización radical de las relaciones informales e íntimas entre personas. Por ello, es de suponer que tal vez los ancianos llegarán a usar estas leyes de forma más habitual que lo imaginable en la actualidad, al mismo tiempo que será trazador de algo ya apuntado previamente: la formalización tan radical de la vida llevará a mayor alejamiento e independencia emocional, con lo que los viejos se sentirán menos solos que en la actualidad si están alejados de la familia en su vida diaria.
- 8-c. Se ha puesto de relieve la importancia de la pareja estable para mantener una buena salud durante la ancianidad, al igual que entre los adultos. Como el valor *calidad de vida y salud* son dos de los más crecientes, tal vez ello acabe favoreciendo en alguna forma que haya más matrimonios entre viejos que los que existen en la actualidad.
9. Los cambios previsibles en el ámbito económico y laboral constituyen los más conflictivos y, a la vez, los que más predicciones de futuro permiten. En la evolución previsible del mundo macro y microeconómico y de la ocupación laboral, se pueden señalar dos grandes rupturas de los vínculos clásicos que afectarán muy directamente a las políticas socio-sanitarias para los mayores y ancianos:
- 9-a. Por un lado, la ruptura entre el crecimiento económico y el consumo de materias primas, esto implica, entre otras cosas, que cada vez habrá más distancia entre los países no industrializados vendedores de materias

primas y el mundo industrializado, que comprará menos materias primas. Tal situación ofrece una primera lectura: los recursos técnicos serán más baratos pero dependerán más de la innovación tecnológica, y los servicios básicos probablemente serán realizados por colectivos de inmigrantes provenientes del mundo no industrializado, en pleno crecimiento demográfico, que entrarán al hermético mundo postindustrializado aunque sea de forma ilegal. Una segunda lectura se refiere a que esta ruptura comporta un incremento cada vez mayor de la investigación científica y del desarrollo tecnológico; por tanto, no se tratará de jubilar a personas por ordenamiento legal, sino de jubilar a algunas pero de mantener a otras mientras puedan trabajar: justo a las personas más preparadas en los campos técnicos y de investigación científica. Por otro lado, la creciente necesidad de aumentar las inversiones en investigación para mantenerse al día en la carrera postindustrial, puede llegar a provocar tensiones en el campo de la política económica, conflictos referidos a las cuotas del reparto de bienes públicos: la gran cantidad de recursos económicos que se dedican actualmente a la investigación científica y a la capacitación de especialistas aumentará y puede entrar en pugna con las necesidades, ya que ambos campos se convertirán en las mayores fuentes de gasto público.

- 9-b. La segunda ruptura que nos interesa aquí por su repercusión sobre la ancianidad es la que se establece entre el crecimiento económico y la creación de puestos de trabajo. A raíz de la introducción de las nuevas tecnologías aplicadas al mundo de la producción, y como consecuencia simple del cálculo de costos, cada día es más extensa la sustitución del trabajo humano por la distinta aparatología que caracteriza a nuestra sociedad y que impone una competencia hombre / máquina muy dura e implica también una innovación social y organizativa. Aunque el uso de la informática está hoy ya muy extendido, a juicio de los expertos se halla aún en los inicios de lo que será en un futuro muy próximo. Esto determina, entre otras cosas, que se recorrerá mucho más camino en el proceso de reasignación de los distintos roles y labores que hoy ocupan a las personas en las empresas y en los diferentes niveles funcionariales de nuestro país. Esta redistribución de la economía laboral conllevará, a su vez, a una

competencia más radical entre empresas, creando también la necesidad de dominar las altas tecnologías y la obligación de adaptar la sociedad a las nuevas formas que más se adecuen a las exigencias y recursos económicos, que a su vez dependen de la investigación tecnológica.

- 9-c. Si en la Argentina se mantiene la política económica pseudo-proteccionista conocida, es probable que en un futuro inmediato haya tres partidas sociales que aumenten su demanda: las pensiones o jubilaciones, la sanidad y el desempleo. A lo largo de la década de los años noventa, la población activa ha ido cayendo en nuestro país aunque se produjo un aumento de la actividad laboral femenina, también influyeron en esto el aumento natural de la población y los flujos migratorios. Esta situación se tradujo en un mayor índice de desempleo por las causas citadas y porque, aunque se creasen nuevos lugares de trabajo, gran parte de la población no está preparada aún para asumir las cambiantes tecnologías contemporáneas.
- 9-d. La cobertura de salud posiblemente aumentará sus gastos de forma gigantesca: mayor cantidad de viejos y sobretodo mayor número de ancianos de 80 años y más; menor resistencia de la población a las enfermedades y al malestar general; se curarán mayor porcentaje de enfermedades terminales que ahora (por ejemplo, el cáncer), etc. Todo ello comporta el riesgo, sin precedentes, de desequilibrio entre el número de personas activas que trabajan efectivamente y el de beneficiarios. Dentro de la órbita de la salud mental, el incremento de los síndromes demenciales y de los déficits cognitivos en consonancia con el envejecimiento de nuestra población, vienen a aportar su cuota a este panorama descrito y también merecen especial consideración por sus repercusiones venideras.

Dada esta situación crítica, los gobiernos argentinos se hallarán ante un dilema (de hecho ya lo tienen ahora) que se materializará en: o aumentan los aportes obligatorios de los relativamente pocos individuos que los vienen realizando (lo que implicaría un riesgo fuerte de pérdida de competencia porque si no hay dinero los jóvenes no estudian, no se consume, no se investiga, etc.); o bien estabilizan las contribuciones sociales, con lo que se mantendrá “in crescendo” el problema del

desempleo, las magras jubilaciones y el aumento del gasto sanitario, cayendo las inversiones orientadas a la investigación, que cada día exige de más recursos económicos para mantenerse competitiva, éste pareciera ser el escenario que imperará por estos años del inicio del siglo y milenio. Otras voces más críticas afirman que todo este problema es artificial y falso, ya que con la tecnología actual existen riquezas y bienes suficientes para mantener a toda nuestra población, aun con una elevada tasa de desempleo y de jubilación, y que el problema reside en la distribución poco solidaria de los recursos materiales y económicos que se producen. Efectivamente una simple hojeada a los abultados beneficios anuales de las entidades bancarias y de ciertas grandes corporaciones, basta para observar que sus elevadas recaudaciones y el estado social en crisis no guardan una relación directa.

Todo ello dibuja un futuro incierto en el sistema público y privado de la seguridad social argentina debido a la relación conflictiva aportantes-beneficiarios y al crecimiento de los gastos sociales, si se mantienen las mismas prestaciones que hasta ahora. Por otro lado, esto afectará directamente al tan publicitado tiempo de ocio: la previsible reordenación del tiempo laboral se caracterizará por la alternancia a lo largo del periodo vital de épocas volcadas al trabajo productivo directo, tiempos dedicados a funciones de interés colectivo, instancias orientadas a la formación permanente y unas prolongadas etapas destinadas al ocio, por lo que la ancianidad desocupada no sería mas que la perpetuidad en la vejez de dicho ritmo previo de vida.

10. La tanalogía que es un ámbito hoy poco explorado, probablemente recibirá mucha atención en los próximos años: cursos de preparación al óbito, interés por la muerte, publicaciones y, muy en especial, renacimiento de tendencias religiosas que servirán para aplacar la angustia que genera la proximidad y conciencia de la propia muerte. No habría que entenderlo como un renacimiento del cristianismo, sino de la religiosidad popular; en este sentido la eutanasia como idea que ahora parece dar miedo a la mayoría de las personas tal vez se hará más aceptable y estimulará cambios sociales insólitos.

Sin afirmar que una sociedad envejecida es la que necesita este mundo tecnificado, cabe esperar que lo que hará falta en el futuro inmediato es una población cualitativamente distinta de las generaciones anteriores. Con alguna dificultad se verá una ancianidad reinsertada en nuestra vida cotidiana ayudada por las innovaciones tecnológicas, donde los viejos dejarán de constituir un segmento social aparte, como ha sucedido ya con los jóvenes, para pasar a ser simplemente ciudadanos de edad mas avanzada que no resignarán tan fácilmente sus roles y expectativas.

CRITERIOS DE ABORDAJE PARA LAS POLÍTICAS HACIA LA ANCIANIDAD ARGENTINA

Esquemáticamente los separaremos en:

- A) Conceptuales
- B) Genéricos
- C) Organizativos

A) Criterios Conceptuales: comprenderían

A-1) Destacar la necesidad de analizar las diversas cuestiones relacionadas con el envejecimiento, situándolo en función de un contexto amplio, lo que implica tener en cuenta los factores: biológicos, sociales, económicos, culturales y ambientales que hacen parte de este proceso en cada situación particular.

A-2) Considerar al envejecimiento no como un fenómeno característico de una determinada etapa de la vida, sino como un proceso que se desarrolla a lo largo de todo el ciclo vital. Por tanto, la calidad de vida durante la última fase de este proceso depende en gran parte del capital biológico, económico, social, cultural, etc., acumulado a lo largo del mismo.

En este sentido, es importante considerar factores como el aprendizaje y la prevención como partes vitales del citado proceso.

A-3) Modificar el concepto de persona mayor como exclusivamente receptora de servicios (porque refuerza la idea de carga, inutilidad y pasividad), por una

imagen que de forma progresiva permita contemplarla como un actor social activo, en este sentido es imprescindible articular mecanismos que garanticen su integración social.

- B) Criterios Genéricos: éstos serían
- B-1) Conseguir una sociedad integrada desde el punto de vista generacional, en la que se eliminen la discriminación y la segregación por motivos de edad y se estimule la ayuda mutua entre las generaciones.
 - B-2) Fomentar a todos los niveles la autonomía personal y la participación social de las personas de edad avanzada.
 - B-3) Considerar el colectivo formado por las personas de edad muy avanzada como un objetivo prioritario de actuación.
 - B-4) Impulsar servicios y equipamientos que faciliten, siempre que ello sea posible, el mantenimiento de las personas mayores en su entorno.
 - B-5) Impulsar acciones que permitan al denominado soporte social informal seguir desarrollando su función de apoyo y atención hacia los viejos.
- C) Criterios Organizativos: entre éstos se enumeran
- C-1) Destacar la corresponsabilidad de los diferentes actores sociales ante la problemática del envejecimiento poblacional, así como la necesidad de articular mecanismos que permitan potenciar la coordinación de las acciones generadas por los mismos.
 - C-2) Promover la descentralización de los servicios como una de las fórmulas organizativas más adecuadas.
 - C-3) Utilizar siempre que sea posible los servicios destinados a la población en general, y dejar las ayudas y equipamientos específicamente dirigidos a la población de ancianos para los casos estrictamente necesarios.
 - C-4) Tender hacia una estructuración de servicios que sea flexible y dinámica, de manera que permita ofrecer alternativas individualizadas en función de las necesidades de cada momento.
 - C-5) Adoptar un enfoque de tipo integral que permita tomar en consideración los distintos factores y circunstancias que intervienen en cada caso y tender hacia un abordaje interdisciplinar.

POLÍTICAS SECTORIALES PARA LA ANCIANIDAD ARGENTINA

Se propone dividir las según el ámbito de su incumbencia en:

1) Del ámbito económico

Se centran en el mantenimiento a largo plazo del nivel de las pensiones y jubilaciones y en la adecuación del sistema sociosanitario a las necesidades que plantea la atención de personas de edad cada vez más elevada.

Obviamente, la primera y más importante línea de actuación en este sentido está constituida por las jubilaciones y pensiones, la mayoría de ellas son de tipo contributivo, es decir, es necesario poder acreditar un período mínimo de cotización para recibirlas. Sin embargo, en diversos países se ha impulsado la modalidad no contributiva que asegura unos ingresos económicos mínimos a las personas que no pueden acreditar dicho período de cotización, es decir, en términos generales se tenderá hacia la universalización de este tipo de prestaciones.

Por otra parte, en las situaciones de fuerte dependencia que precisan una gran atención, se procurará conceder ayudas económicas de tipo complementario dirigidas a la propia persona mayor, o a la familia que la atiende.

2) Del ámbito social y sanitario:

Consisten en asegurar la plena integración social de las personas de edad avanzada, para ello es indispensable elaborar políticas que doten de contenido a esta etapa de la vida y fomenten el papel activo y útil de las personas mayores en la comunidad.

La administración ha de adaptar sus estructuras organizativas a esta nueva realidad social: la delimitación clara de tareas y responsabilidades entre los sectores público y privado; la necesidad de complementar, apoyar y tomar explícitamente en cuenta las redes informales de atención; la prestación de servicios cada vez más flexibles y la integración de los criterios sociales y económicos en la toma de decisiones, como algunos de los retos que se plantean en el ámbito organizativo.

- Abordar globalmente la problemática derivada de la pérdida de autonomía de las personas de edad avanzada, y articular mecanismos que permitan una mayor coordinación de los diversos servicios asistenciales, sociales o sanitarios, que han de intervenir. Algunas propuestas en este sentido son la utilización de cartillas prestacionales sociosanitarias, la formación de equipos interdisciplinarios o la creación de áreas o sectores sociosanitarios regionales y locales.
- Potenciar y diversificar los beneficios que componen la atención domiciliaria, que es considerada una parte importante de la red asistencial. Los servicios de telealarma, de ayuda y de enfermería a domicilio, o de lavandería y comidas, son algunos de los citados en este sentido.
- Instrumentar medidas de apoyo al soporte informal, que se articulan básicamente en tres direcciones: apoyo económico, apoyo técnico, o en forma de servicios complementarios.
- Impulsar los servicios tipo comunitario alternativos a la institucionalización como: las familias sustitutas, las viviendas compartidas, los pisos tutelados, los departamentos vigilados, los centros de día, los servicios de comedor y los hospitales de día.
- Adecuar los equipamientos de tipo institucional, básicamente los de carácter hospitalario y residencial. En el ámbito hospitalario es necesario adaptar este sistema a las diferentes tipologías de población que se atiende, en esta dirección en lo que respecta a la gente de edad avanzada, muy a menudo afectada de pluripatología de tipo crónico, las propuestas se centran sobre todo en la creación de centros de crónicos y/o unidades de geriatría. En lo que se refiere a las residencias, existe coincidencia en considerar que éstas han de estar preparadas para prestar la atención sociosanitaria específica que precisará una población cada vez más envejecida.

3) Del ámbito de la vivienda y el entorno:

La alta valoración que, en general, hacen las personas mayores de su entorno más próximo, lugar en el que desarrollan la mayoría de sus actividades, así como la problemática que se deriva de la desvinculación del mismo a edades elevadas, han motivado que, cada vez con mayor intensidad, las diferentes políticas tengan por finalidad ayudar a estas

personas a mantenerse en su ambiente el máximo tiempo posible. Esto implica que los diversos servicios asistenciales personales se orienten en este orden; pero, paralelamente, exige también que determinadas acciones políticas se concentren en la mejora de dicho entorno.

De forma esquemática se pueden destacar tres líneas genéricas de actuación:

- Acondicionamiento y/o rehabilitación de la vivienda.
 - Necesidad de asegurar a este sector de la población un porcentaje de la vivienda social que se construya en el futuro.
 - Intervenciones que tengan como objetivo la calidad del entorno, por ejemplo la supresión de barreras arquitectónicas, la progresiva mejora de la accesibilidad del transporte público y la existencia de servicios esenciales en las proximidades de los lugares de residencia.
- 4) Del ámbito de la integración y participación social:
- La información en el ámbito de la integración social se puede realizar a través de actuaciones concretas como campañas de información y/o de sensibilización en temas relacionados con el envejecimiento, dirigidas a la población en general o específicamente a este sector, mediante la edición de material impreso como folletos, guías o revistas y del establecimiento de centros de información accesibles en su emplazamiento y horarios de atención.
 - La formación incluye la incorporación de determinados contenidos gerontológicos en los diversos ciclos en que se divide el proceso de la educación general reglada. De igual manera, se considera la importancia de la educación no reglada en este desarrollo, haciéndose especial referencia a la necesidad de impulsar a distintos niveles cursos específicos de preparación para la jubilación.

- La oferta de espacios adecuados para que este sector de la población pueda reunirse y realizar distintas actividades. Los hogares y/o clubes como oferta específica, los centros cívicos y/o centros comunitarios y la necesidad de adecuar los espacios abiertos (como las plazas, los parques, los jardines, etc.) para que puedan ser utilizados con finalidades socio-recreativas.
- La consolidación de una oferta plural de actividades socioculturales que pueda adecuarse a las distintas necesidades y demandas que se desprenden de la heterogeneidad de este sector de la población, diversificando progresivamente la oferta e incluyendo todo tipo de actividades: físicas, manuales, lúdicas o culturales.
- Favorecer los desplazamientos y fomentar el turismo, algunas de las intervenciones concretas que se contemplan son los descuentos en el transporte, como medio para favorecer los traslados a nivel urbano, interurbano e incluso regional y una oferta turística de tipo social.
- Fomentar la integración de este colectivo a distintos niveles: participación de las personas mayores en actividades de tipo intergeneracional, fomento del asociacionismo y del voluntariado y el establecimiento de organismos reguladores en los ámbitos de participación; de manera que las personas mayores puedan canalizar de forma adecuada sus opiniones y demandas en relación con los temas que les afectan, favoreciéndose su incidencia en la vida social durante el mayor tiempo posible.

OBJETIVOS BÁSICOS DE UNA POLÍTICA DE SALUD MENTAL PARA LOS ANCIANOS ARGENTINOS.

JUNTO A OTROS NO MENOS IMPORTANTES REQUISITOS Y CONDICIONES, EL SOSTENIMIENTO DE LA SALUD MENTAL DE NUESTROS MAYORES DEBERÍA PARTIR DE:

- REVALORIZAR SOCIAL, ECONOMICA Y CULTURALMENTE A LA ANCIANIDAD ARGENTINA.
- REDEFINIR EL STATUS DE LA ANCIANIDAD EN LA SOCIEDAD Y EN LA FAMILIA, A TRAVES DE LA PROMOCIÓN DE LAS CAPACIDADES PRODUCTIVAS DE LOS MAYORES, DE SU PERMANENCIA O REINSERCIÓN EN NIVELES LABORALES MENOS COMPETITIVOS Y DEL FLORECIMIENTO DE LA AUTOGESTIÓN DE PROYECTOS DESDE ESTE GRUPO ETAREO.
- ESTIMULAR PROCESOS DE EDUCACIÓN PERMANENTE, DE CAPACITACIÓN A DISTANCIA Y DE INCENTIVO VOCACIONAL (ACCESIBLES Y SEGUROS) DESDE MODELOS ANDRAGOGICOS.
- JERARQUIZAR LAS ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL GERONTOLOGICA, FAVORECIENDO LA AUTOGESTIÓN Y LA ORGANIZACIÓN DE SISTEMAS LOCALES DE SALUD (SI.LO.S.).
- GARANTIZAR LA PRESENCIA Y PARTICIPACIÓN DE LOS PROPIOS ANCIANOS, SUS FAMILIAS Y LA COMUNIDAD EN LA PLANIFICACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS A LLEVARSE A CABO.
- FAVORECER LA ACCESIBILIDAD, EQUIDAD Y GARANTÍA DE CALIDAD EN LAS ACCIONES SOCIO-SANITARIAS A IMPLEMENTARSE.
- TENDER A LA CONSTITUCIÓN DE REDES INTERDISCIPLINARIAS PREVENTIVO-ASISTENCIALES DE SALUD MENTAL PARA LOS ANCIANOS, PROMOVRIENDO LA INTERVINCULACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS DE COBERTURA Y GARANTIZANDO LA DISTRIBUCIÓN EQUITATIVA DE LOS RECURSOS EN EXISTENCIA.

- FOMENTAR LA CAPACITACIÓN EN SERVICIO DE LOS EQUIPOS PREVENTIVO-ASISTENCIALES INTERVINIENTES.
- INCENTIVAR LA INVESTIGACIÓN DE LAS PATOLOGÍAS MENTALES PREVALENTES.
- ESTABLECER PROGRAMAS ESPECÍFICOS PARA GRUPOS DE ANCIANOS DE ALTO RIESGO (MARGINADOS – VULNERABLES – DEPENDIENTES – CON EDADES MUY AVANZADAS).
- GENERAR Y MANTENER SISTEMAS DE REHABILITACIÓN DE PROBADA EFICACIA EN SALUD MENTAL GERONTOLÓGICA.
- PROMOVER LOS PROGRAMAS DE REFORMA DE SALUD MENTAL, DESMANICOMIALIZACIÓN, DESINSTITUCIONALIZACIÓN PERMANENTE, Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.
- LLEVAR A CABO UNA POLÍTICA DE SALUD MENTAL FUNDADA EN LA PLANIFICACIÓN ESTRATEGICA, LA REGIONALIZACIÓN Y LA DESCENTRALIZACIÓN.

POSTULADOS POLÍTICOS Y SOCIALES EN SALUD MENTAL GERONTOLÓGICA

Frente a estas perspectivas se pasan a enumerar los siguientes Postulados Político-Sociales vinculados al fortalecimiento de la Salud Mental de los ancianos argentinos:

1. Así como se debería tender a constituir y defender un Ser Nacional Argentino con identidad propia, también habría que preservar los valores esenciales y específicos de nuestra Ancianidad de acuerdo a fundamentos humanistas, dignificándola, asistiéndola y protegiéndola, como parte indisoluble de

- nuestra sociedad, siendo la Salud Mental de los ancianos una de las metas prioritarias a ser alcanzadas y sostenidas.
2. Fundar una política pertinente, a fin de apoyar y mantener a la familia como núcleo principal de nuestra comunidad, desde donde se vehiculizará y centralizará el cuidado y la protección integral del anciano.
 3. Afianzar una política de estado que tienda a definir el rol del anciano en la comunidad argentina, como clase activa, con participación en la organización e interacción con sus pares y con el resto de las personas más jóvenes, como transmisor de experiencias, valores humanos, sabiduría, creatividad y de la historia y cultura nacionales.
 4. Crear y estimular “Espacios Sociales para la Ancianidad”, promoviendo programas para cubrir sus demandas y necesidades, enriqueciendo su tiempo libre y desarrollando su permanencia en roles activos, que además de creativos y recreativos, sean productivos.
 5. Enfatizar la inclusión de la Salud Mental en los Programas de Prevención Primaria para la Ancianidad; para ello se formarán grupos de profesionales especializados en la Salud Mental de los viejos, que sean capaces de actuar interdisciplinariamente con los demás equipos que brindan asistencia en los centros de Atención Primaria de la Salud, que a su vez se propone sean aumentados. En estos últimos, también se impulsarán y desarrollarán los niveles de prevención secundaria y terciaria para los ancianos.
 6. Desarrollar estrategias y tácticas desde la Salud Mental Comunitaria que vayan, paulatinamente, ocupándose de los mayores y ancianos en sus conflictivas actuales: marginación, maltrato, violencia, inseguridad, enfermedades crónicas invalidantes, etc.
 7. Promover la interdisciplina en la atención de la Salud Mental de la población de mayores y ancianos, como pivote hacia la integración y participación intersectorial en la resolución de sus problemáticas más cruciales.

8. Estimular la presencia de los viejos en el seno familiar, evitando en lo posible la institucionalización permanente de los mismos, cuando ésta no resultare prioritaria, favoreciendo para ello otras alternativas de rehabilitación, resocialización y cuidado tales como: Hospital de Día, Hostales, Unidades de Medio Camino, etc.
9. Desalentar el desarraigo de los mayores en caso de no contarse con grupos familiares continentales, generando instancias de alojamiento y asistencia que los mantengan vinculados a los lugares que jalonaron su existir.
10. Desarrollar un nuevo perfil de los establecimientos gerontopsiquiátricos como centros de resocialización y rehabilitación con visión andragógica.
11. Combatir la marginación de los viejos a través de estrategias socio-familiares participativas y de políticas económicas sustentables que se apoyen en una legislación moderna y flexible.
12. Impulsar a los ancianos como actores sociales relevantes frente a aquellas circunstancias que los involucran directa o indirectamente.
13. Aumentar la capacitación y oferta técnico profesional en gerontopsicología y psicogeriatría, incentivando dicho mercado laboral, lo que podría complementarse con:
 - La implementación de políticas para la formación teórico-práctica de los profesionales que se dedican a la Salud Mental del anciano, incluyendo las materias de Psicogeriatría y Gerontopsicología en las Facultades de Medicina y Psicología públicas y privadas del país.
 - El estímulo y desarrollo de programas de investigación sobre la materia, mediante becas de perfeccionamiento en nuestro país y en el extranjero.
 - La realización y profundización de estudios estadísticos y epidemiológicos sobre la realidad actual de la Salud Mental de los ancianos, su prevalencia,

incidencia y demás datos, en los centros urbanos, suburbanos y rurales de todas las regiones argentinas.

- La incentivación del trabajo interdisciplinario en Psicogeriatría y Gerontopsicología con otras áreas del conocimiento: Ciencias Sociales, Derecho, Economía, del Trabajo, Cultura y Educación, Previsión y Seguridad Social.

I) MEDIDAS PRIORITARIAS:

1. Ley Nacional de Ancianidad: Formación de una Comisión de Trabajo Interdisciplinaria (con participación legisladores, economistas, sociólogos, abogados, médicos geriatras, psicogeriatras, psicólogos, profesionales paramédicos, asistentes sociales, arquitectos y urbanistas, organizaciones de ancianos, del deporte, medio ambiente, recreación, vivienda, etc.), con la finalidad de revisar las leyes que sobre el tema existiesen, y a posterior elaborar una Ley Nacional sobre la Ancianidad, para que los viejos tengan una cobertura integral y social en acuerdo con los contenidos doctrinarios que, acerca de esta problemática, fueron incorporados a la Reforma Constitucional Nacional del año 1994, con los aportes necesarios que la actualidad indique. Asimismo, se propenderá a un exhaustivo relevamiento de datos de la realidad social de la ancianidad, en todo el país.

2. Atención y cuidado de la Salud Mental de los Ancianos: Se deberá realizar, a nuestro criterio, partiendo de la obtención de la información idónea sobre la morbi-mortalidad psiquiátrica en este colectivo y luego estableciendo al menos dos niveles de operación:

A) Nivel Preventivo, y

B) Nivel Asistencial.

A) En Centros de Salud: se crearán y desarrollarán equipos de gerontopsicología y psicogeriatría que se sumarán a otros de distintas especialidades, los cuales elaborarán programas de difusión y prevención de las patologías mentales de la ancianidad, como así

también abordarán la detección y tratamiento precoz de las enfermedades neuropsíquicas del individuo mayor. Asimismo se formarán grupos de estudio y aprendizaje sobre la temática que nos ocupa, donde se incluirá además del anciano a su núcleo familiar. También se promoverán programas de recreación, productividad y utilización del tiempo libre para los viejos.

En Organizaciones Comunitarias: Se promoverá la organización de grupos de ancianos con el fin que, conjuntamente con técnicos y profesionales especializados, elaboren y desarrollen planes de prevención, detección y divulgación de la Salud Mental Gerontológica, y de todas aquellas causas sociales que se vinculen con ella. Dichos grupos podrán funcionar en Clubes, locales religiosos, Sindicatos, Centros de Ancianos, Bibliotecas, Entidades Culturales u otras instituciones que se creen.

- B) Hospital General – Centros de Día: Promover la creación e integración de equipos de gerontopsicología y psicogeriatría en los Servicios de Salud Mental, Centros u Hospitales de Día y Unidades de Geriatría si las hubiere, poniéndose énfasis en la rehabilitación temprana de las patologías prevalentes.

En Hogares de Ancianos: También se propone la inclusión de estos equipos, donde la tarea asistencial procurará fundamentalmente a restituir al anciano a su núcleo familiar o, al menos, a fomentar su vinculación continúa con el mismo.

Asistencia programada a domicilio: Se tenderá a no separar al anciano de su familia, aplicando programas de tratamiento psicogeriátrico procedentes de los servicios arriba mencionados.

En los Tres sub-niveles se contemplará la revisión periódica y actualización de los programas instrumentados.

3. Propuesta de Reforma de las Leyes Jubilatorias: Se propone realizar un estudio exhaustivo de las actuales leyes previsionales de los trabajadores que, en forma obligatoria y automática, imponen a los mismos la jubilación a una determinada edad, inhabilitándolos para continuar con sus labores. Está demostrado que esta situación produce deterioro progresivo de la personalidad y pérdida de mano de obra especializada para la Nación. Cuando las condiciones del país lo permitan se debería contar con otra Ley en la cual la jubilación se produzca gradualmente, teniendo en cuenta no tanto la edad cronológica, sino las posibilidades de decidir libremente si quiere seguir o no trabajando, reconociendo de este modo los derechos del trabajador y de la ancianidad, como expresión de respeto a los Derechos Humanos Universales. Todo ello en equilibrio con la futura reducción de las actuales tasas de desocupación y subocupación que asolan a nuestro país.

4. Obras Sociales – I.N.S.S.J.P. - PAMI: El cuidado integral de la salud del anciano tendrá que volver a estar a cargo de las Organizaciones Obreras Primarias por intermedio de sus respectivas Obras Sociales, tal como se regimenta con los trabajadores más jóvenes y sus familias. Se propone, consecuentemente, el estudio y revisión de los Programas de Atención en Salud Mental aplicados por PAMI hasta el presente. Asimismo, se fomentará la inclusión en todas las Obras Sociales de grupos profesionales en Gerontopsicología y Psicogeriatría, a fin de desarrollar planes en materia de prevención y asistencia para los mismos.

5. Difundir programas de esclarecimiento y aprendizaje sobre la Ancianidad: Para conocer mejor las características de los viejos argentinos por parte de la población general, revalorizando el rol del anciano en la familia y en la sociedad, como transmisor y modelo de experiencias, valores, ética, dignidad, solidaridad, etc. y como parte integrativa de la Cultura Nacional. Se propone la plena incorporación de los viejos en la elaboración y divulgación de estos programas, que se realizarán a través de:
 1. Los medios de comunicación masiva (radio, TV., diarios y revistas, etc.).

2. Los establecimientos y planes de educación primaria, secundaria, terciaria y universitaria, nacionales y provinciales, públicos y privados.
3. Las Obras Sociales de Trabajadores y Empresarios.
4. Los Centros de Estudios e Investigación.
5. Las entidades del tercer sector.

II) MEDIDAS COMPLEMENTARIAS Y ALTERNATIVAS:

- 1) Formular y sostener planes de vivienda y de asistencia domiciliaria para los ancianos.
- 2) Promover la laborterapia productiva y la utilización del tiempo libre en el anciano, a través de:
 - a) La creación de Clubes para Ancianos, organizados y planificados por los mismos.
 - b) El desarrollo de planes de recreación en conjunto con niños y adolescentes en Colonias de Vacaciones, Centros Poli-Deportivos y Recreativos.
- 3) Incluir en las Carreras de Medicina, Paramédicas y Psicología, las especialidades de Psicogeriatría y Gerontopsicología como materia, promoviendo al mismo tiempo el otorgamiento de becas de estudio en el país y en el extranjero para el perfeccionamiento de la especialidad.
- 4) Creación de Universidades para la Ancianidad, entendiendo que la formación intelectual, moral, espiritual y la educación no terminan a una edad pre-determinada.
- 5) Organizar sistemas de continuidad laboral con horarios flexibles y períodos reducidos de trabajo que, al mismo tiempo, permitirían a los viejos reasumir roles de docencia a través de los contactos con personas

mas jóvenes en oportunidad de la inserción de éstas al aparato productivo.

- 6) Llevar a cabo programas de preparación para la jubilación que permitan la adaptación de los mayores y ancianos a sus nuevos roles en la familia y en la sociedad.
- 7) Promoción de la Salud Mental Gerontológica con nuevos y mas amplios horizontes, otorgándole proyección y trascendencia a la intersectorialidad y a la propia determinación y participación de los mayores y ancianos con respecto a su Salud Mental (Autocuidado).
- 8) Formulación de Programas de Salud Mental Gerontológica con especial énfasis en los procesos de descentralización, regionalización. SI.LO.S, asociacionismo productivo y reorientación de la oferta de servicios en función de la demanda real existente, asegurando el monitoreo y la evaluación periódica de dichos Programas conjuntamente con el ajuste de sus costos.
- 9) Vinculación efectiva del Sub-Sector Salud Mental Gerontológica con otras areas de la vida nacional: educación, seguridad social, vivienda, trabajo, producción, economía, recreación y deporte, y, por sobretodo, con el resto del mosaico que compone el sistema argentino de salud (público, privado, de obras sociales y mutuales).
- 10) Nivelar los perfiles de riesgo en Salud Mental Gerontológica con los de otros grupos vulnerables en razón de sus requerimientos de cobertura socio-sanitaria.
- 11) Garantizar la planificación estratégica de los programas a implementar, con efectiva inserción y participación de los propios ancianos beneficiarios en la definición de prioridades y en la elección de los contenidos de los planes de acción a desarrollar.

Como habrá podido apreciarse existen numerosos puntos en común entre las Políticas de Salud Mental para los mayores y ancianos y aquellas que abordan al envejecimiento en su conjunto, es que no podría ser de otro modo puesto que la Salud Mental es uno de los principales indicadores de la calidad de vida de todo grupo etéreo y por lo tanto debe ser priorizada y defendida en todos los niveles que corresponda hacerlo.

CAPITULO III

GERO PREVENCIÓN Y SALUD MENTAL

VULNERABILIDAD, RIESGO Y DEPENDENCIA EN LA ANCIANIDAD

En la actualidad se acepta la circunstancia que las personas ancianas son cada vez más, no sólo como una perspectiva sino como una consecuencia del devenir de nuestra especie en el planeta. Desde los inicios del siglo pasado las edades de los seres humanos se fueron prolongando de forma tal que, como nunca antes en la historia de la humanidad, morirse joven es hoy por hoy un hecho cada vez menos frecuente. Los procesos acaecidos en las últimas décadas han desplazado la curva de incidencia de muerte bastante más allá del umbral de los 70 años, tanto a expensas de los descensos de la mortalidad de los infantes como de las poblaciones adultas jóvenes. No obstante hasta ahora la extensión de la vida humana no corre paralela al sostenimiento de su calidad durante la vejez y menos aún se equivale con su mejoramiento, dado que la puesta a mayor distancia de la mortalidad no coincide, todavía, con el aletargamiento de la morbilidad. Para incidir en este último aspecto las acciones pasarían por retrasar o disminuir las incapacidades surgentes de las enfermedades de diversa índole y, fundamentalmente, por descubrir con precocidad todas aquellas situaciones que pudieran conducir a incapacidades funcionales, pérdidas de las autonomías e incrementos de la dependencia. De lo antedicho se desprende que la detección de ancianos en situación de riesgo se constituye en una de las estrategias del momento para preservar el nivel de autonomía que los integrantes de dicho grupo etéreo hayan logrado alcanzar.

Asimismo debe tenerse en habida cuenta que el estado de riesgo en los viejos, no se dirige sólo al hecho de contraer enfermedades o de morir, sino también de pasar a estados de dependencia frente a los que no existe un sistema de contención socio-sanitario adecuado; con el agravante que tampoco se cuenta con suficientes medios de rehabilitación y resocialización, ni siquiera para fomentar el autocuidado. Detectar riesgos significa adelantarse a las situaciones de crisis o minimizarlas con prontitud, mientras se van adoptando medidas de

vigilancia epidemiológica y seguimiento, se estimula la educación sanitaria en la comunidad y se fomenta la calidad en los servicios existentes.

La vulnerabilidad podría tipificarse como un proceso múltiple por sus repercusiones sobre el sujeto añoso, que no sólo lo hace más pasible al riesgo sino que lo imposibilita para recuperarse exitosamente de los traumas de variada etiología que lo acosan. Desde un enfoque tridimensional que partiendo de lo individual nos proyecte hacia lo socio-comunitario, para terminar en los niveles de la economía en lo que concierne a la provisión de recursos, las variables del riesgo se influirían mutuamente estructurando un modelo deficitario con tendencia a la perpetuación, si es que no se contemplan las tres escalas mencionadas en las búsquedas de soluciones o tentativas para al menos paliar los efectos deletéreos que, desde la propia estructura personal del anciano, se combinan con el ambiente social que le rodea y con la realidad económica en que debería situarse, determinando el desajuste progresivo de su autonomía funcional.

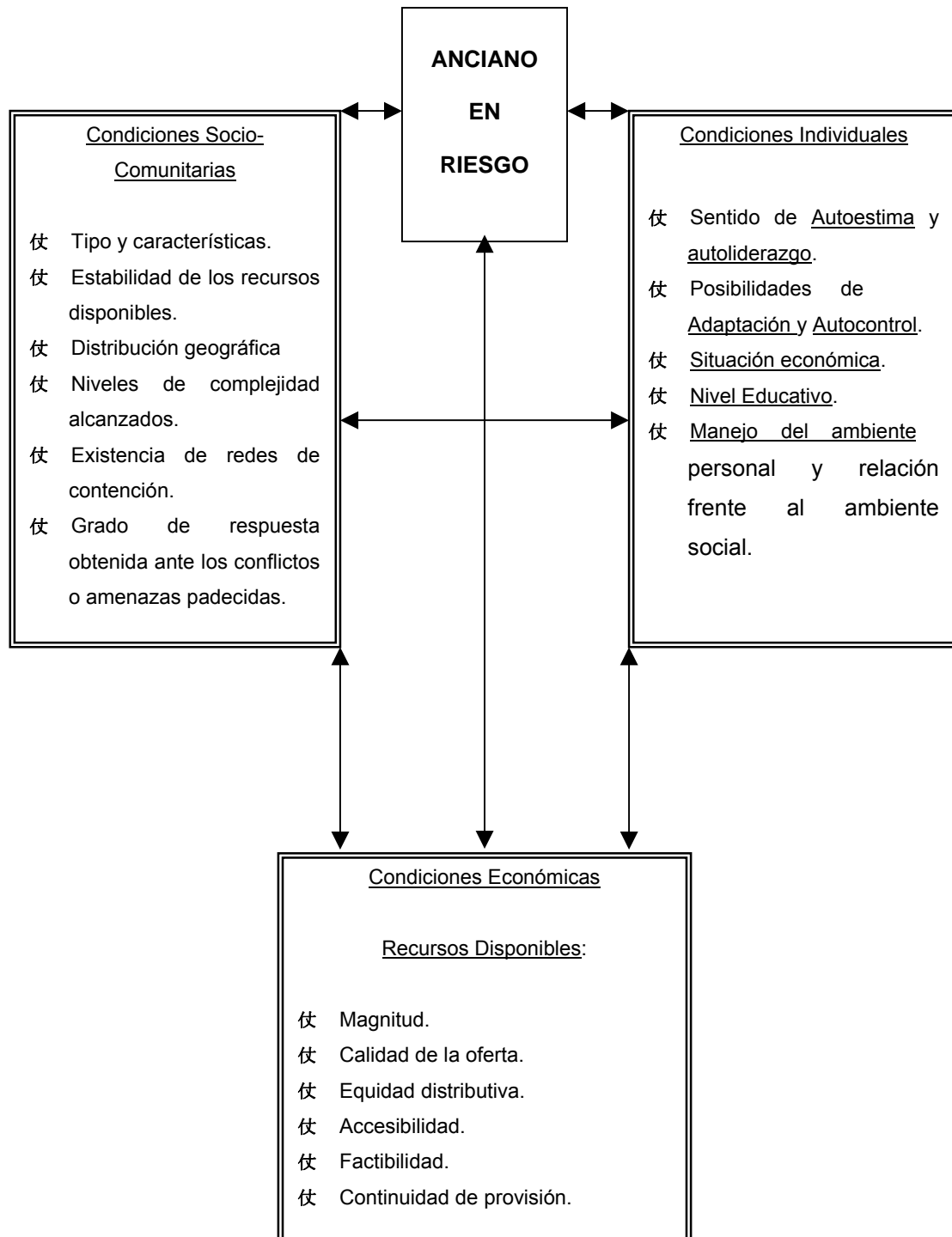
El cuadro de la página siguiente, que he elaborado, pretende graficar esta conflictiva mediante el esbozo del interjuego dinámico entre los numerosos factores que influyen aumentando o restringiendo las condiciones de riesgo potencial del anciano, sea éste vulnerable o no lo sea.

Al respecto de la autonomía, en su valoración siempre deberá tenerse en cuenta la funcionalidad previa del sujeto añoso, ésta posee especificidades individuales que son históricas para cada anciano/a y que habilitan a su cuidadoso análisis antes de tildar o etiquetar de deficitaria una u otra forma de desempeño, sin evaluar paralelamente el estatus funcional que venía ejercitando.

Entendemos por riesgo a la condición de mayor vulnerabilidad que experimentan las personas frente a contingencias que pudieran provocar daños en su estado de salud y retacear o complicar su autonomía funcional.

En la vejez avanzada el pasaje del estado de riesgo al nivel de dependencia es muchas veces brusco e irrefrenable, todo anciano/a dependiente es “devorador” de servicios socio-sanitarios y éstos desde hace largo tiempo vienen desarrollándose de forma ineficaz e inequitativa en nuestro país, no existiendo disponibilidades ni tampoco intenciones para incrementarlos tanto en el número como en la calidad de sus prestaciones. La problemática se agiganta ante la

insuficiente oferta de medidas preventivas para enfrentar esta crisis de nuestra sociedad que envejece día a día sin estar coherentemente preparada para ello. Vale decir que en el caso de los viejos el estado de riesgo posee, a mi juicio, mayores implicancias, puesto que no pasa exclusivamente por la gravedad de sus enfermedades que, por lo general, en la ancianidad son múltiples y con tendencia a la complicación o cronicidad, sino que se imbrica con las consecuencias de la dependencia, siendo que esta última es más notoria en esta franja etárea que en cualesquiera de las restantes de la vida humana; dicha notoriedad tiene que ver con los elevados costos socio-sanitarios que trae aparejados, con el bloqueo de las insuficientes plazas disponibles en los servicios asistenciales y con la fragilidad de las redes de contención familiar.



Quienes llevamos décadas de labor en los medios hospitalarios, sabemos de lo dificultoso, a veces casi imposible, que resulta externar a pacientes ancianos en estado de dependencia ya que más de una vez sentimos impotencia, bochorno o vergüenza ajena cuando los familiares o responsables se resisten o niegan a su egreso del establecimiento porque no desean, no quieren o no pueden hacerse cargo de ellos.

En la Argentina actual, salvo algunas pocas excepciones constituídas por programas locales o de comunidad, no se brinda una completa, adecuada y sostenida Atención Primaria de la Salud; para avalar este concepto me permito la consabida referencia a los alcances de la medicina preventiva, son ellos: *

- 1) Reducir la progresión de las enfermedades (por ejemplo a través de las inmunizaciones masivas).
- 2) Descubrir la enfermedad en fases tempranas (períodos asintomáticos o subclínicos) para facilitar su tratamiento oportuno.
- 3) Disminuir las incapacidades resultantes de los procesos mórbidos, o sea intervenir antes que las funciones caigan en deterioros inexorables. En el presente tales propósitos, sobretudo los de los niveles 2 y 3 y en menor grado los programas de inmunizaciones, aparecen débilmente abarcados; en el caso de la rehabilitación es donde se encuentran muy graves falencias en nuestro esquema de salud pública (lejos estamos de conceptualizar modelos o sistemas de salud), debiéndose considerar con evidente alarma que ante el irrefrenable proceso de envejecimiento de nuestra población este déficit señalado se hará cada vez más evidente.

Pasando a los objetivos de A.P.S. a nivel mundial, se citan los siguientes:

1. Disminuir el número de personas con factores de riesgo.
2. Aumentar la detección y capacitación de personas en situación de riesgo.
3. Reducir el número de complicaciones por los diferentes procesos mórbidos.
4. Reducir el número de secuelas por dichos procesos, sobretudo la invalidez.
5. Incrementar el número de personas inmunizadas.
6. Aumentar el nivel de cobertura asistencial.
7. Disminuir la cantidad de ingresos hospitalarios.

* Martín Zurro A., Cano Pérez J.F.: "Atención Primaria de la Salud. Manual de Atención Primaria". Madrid – 1986.-

Aceptando de antemano como válidos estos loables propósitos de la A.P.S. creo necesario, para la problemática particular de los mayores y ancianos, hacer hincapié en prevenir las pérdidas de autonomía y por ende el riesgo de ingresar en “estado de dependencia”. A esta altura estimo oportuno establecer una neta separación entre “situación” y “estado de dependencia”, para el primer caso cabe la relación con el término transitoriedad debido a que el/la paciente podría emerger de la misma y recuperar su autonomía, pudiendo citarse como ejemplo el de una anciana de 80 años lúcida, quien tras sufrir una caída y fractura de cadera supera dicho cuadro de postración post-quirúrgica con el auxilio de sus familiares, retornando al tiempo a sus actividades y pasatiempos habituales.

Lo contrario tendría lugar con otra anciana de la misma edad que la anterior, en este caso con escasos recursos monetarios, sin familiares o responsables que se puedan hacer cargo de ella, quien vive sola en su vivienda y ya viene padeciendo trastornos mentales compatibles con los inicios de una demencia, cuyo pronóstico ante una fractura de cadera es mucho más sombrío que el precedente. Como vemos en la última paciente se suman varios tipos de dependencia: física, mental, socio-familiar y hasta económica, por lo tanto su gradiente de riesgo se presenta sumamente incrementado.

Por otra parte y sin que se nos tilde de fatalistas, también hay que aceptar que el envejecimiento avanzado (80 y más años de vida) va acompañado de limitaciones de la actividad, aunque no existan enfermedades invalidantes, y de una tendencia al desapego progresivo hacia todo aquello que no signifique los intereses básicos e inmediatos de la persona añosa. El estadounidense Brody * establece en una investigación específica que las personas reducen un 40% sus anteriores actividades entre los 75 y 85 años, y que al traspasar dicha edad esta limitación es del 60%.

En este sentido, también obra negativamente la reducción de los ingresos monetarios de los viejos que va nublando sus expectativas y esperanzas; en la República Argentina se calcula que transcurridos cinco años de su ingreso a la jubilación los ancianos sólo disponen del 30% de los recursos económicos que

* Brody, R.: “Prospects for an ageing population” – Nature 1985; 315:463-466 – E.E.U.U.-

poseían antes de jubilarse*, dato de por si esclarecedor sobre las menguas de la autonomía que caracterizan a los envejecientes.

Nos enfrentamos, entonces, a varios graves obstáculos que conspiran contra la conservación de la calidad de vida en la vejez, ellos no son sólo físicos o mentales, sino que se extienden a los campos económico-sociales y étnico-culturales entremezclándose con lo genético y lo antropológico, haciendo crecer los interrogantes sobre la futura condición de supervivencia de los ancianos en todo el orbe. Desde las ciencias biológicas y con el innegable aval de Darwin y sus teorías sobre el predominio de las especies más fuertes, bastante se ha conseguido frente a la prolongación de la vida humana, no obstante nadie puede asegurar, por el momento, que un logro similar vaya a ocurrir con la morbilidad y sus múltiples efectos. Mientras tanto las acciones deberían dirigirse hacia:

- 1) Retardar o reducir las consecuencias limitantes de las enfermedades (sobretudo de aquellas más incapacitantes), proyecto de difícil encuadre en las cruciales etapas que atraviesan tanto el esquema de servicios públicos socio-sanitarios como el de obras sociales de nuestro país, y
- 2) Descubrir precozmente los factores que suelen conducir a incapacidades físico-mentales y estados de dependencia, lo que se relaciona en forma direccional con la detección de ancianos en riesgo.

Estas temáticas están todavía poco esclarecidas en nuestras estructuras socio-sanitarias, hablamos no sólo del riesgo de las personas ancianas de enfermar y morir sino del peligro de pasar a estados de dependencia y de hallarse inhibidos para atender a sus mínimas necesidades de subsistencia; de ahí lo imperativo de ir desarrollando proyectos vinculados a esta rama de la prevención que permitan en lo inmediato y mediato adoptar metodologías de seguimiento de los pacientes de esta categoría, promover el autocuidado y la autoprevención, educar e informar sobre los servicios que se brindan en la comunidad, capacitar a cuidadores y voluntarios y, en síntesis, adelantarse a las crisis o remediarlas tempranamente.

* Katz, Ignacio F.: "La Tercera Edad" – Ed. Planeta – Buenos Aires – Argentina – 1992.-

Propuestas para el hallazgo de “Ancianos en Riesgo”

Para dar comienzo a este tipo de estrategias es menester contar previamente con registros bastante fidedignos que incorporen a las personas mayores y ancianos, diferenciándolos por edad, sexo, estado civil, e ingresos monetarios, e identificándolos por sus domicilios y documentos de identidad. En tal sentido el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados de la República Argentina (I.N.S.S.J.P.) es el que posee la mayor compilación actualizada de estos datos que, por otra parte, son de rápido acceso; le siguen en importancia y cantidad otras obras sociales nacionales y provinciales (p. Ej: el Instituto de Obra Médico Asistencial de la Pcia. de Buenos Aires – I.O.M.A.). Por supuesto que los registros censales pueden aportar mucha información al respecto, el último Censo Nacional tuvo lugar en el año 2001 de allí que la variación experimentada sobretudo en el número y menos en la distribución regional de personas mayores y ancianos tornará arduos los intentos.

Los padrones del I.N.S.S.J.P. se desglosan en ciudades y localidades, por lo cual se convierten en una vía regia para este tipo de iniciativas.

Corresponde ahora la estimación de:

a) definiciones, **b)** criterios, **c)** métodos, **d)** procedimientos y técnicas de rastreo de riesgos, como así también precisar las complejidades y alcances de la misión a enfrentar. En cuanto a la relación costo-beneficio entendemos que la misma, si bien es indiscutible, amerita un trabajo particularizado que excede los alcances de esta presentación.

En lo atinente a la concepción de riesgo nos remitimos a la esbozada en las páginas anteriores de este anteproyecto, deteniéndonos en la aceptación de la vulnerabilidad como intervencional con la desprotección y la marginación a que están sometidas grandes franjas de nuestra sociedad, y resaltando que la autonomía es, prácticamente, el derecho inmanente de todo ser humano de autogobernarse cuando sus facultades psico-físicas se lo permiten; sin que medien limitaciones legales o judiciales para este ejercicio libre y responsable.

Criterios: La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) por el año 1974, a través de un comité de expertos, sentó las siguientes condiciones de riesgo para la ancianidad: *

- 1) Ser mayores de 80 años.
- 2) Vivir solos.
- 3) Ser ancianas solteras, viudas o separadas.
- 4) Ser incapaz de salir de la vivienda sin ayuda de terceros.
- 5) Residir en instituciones no controladas o habilitadas oficialmente para brindar alojamiento a personas ancianas.
- 6) Haber perdido a su cónyuge recientemente.
- 7) Haber egresado por alta hospitalaria en período inmediato.

Para la realidad de la Argentina que vivimos y a tono con las circunstancias de inseguridad, violencia y desigualdades sociales que soportamos, tanto las mujeres como los hombres ancianos corren peligro al vivir solos. La soltería, la viudez o la separación son fuente de vulnerabilidad para ambos sexos, quizás más para los varones quienes no poseen la misma plasticidad de roles o representaciones sociales que las mujeres de iguales edades.

Asimismo las altas hospitalarias, a veces forzadas por la falta de plazas suficientes para abastecer a las demandas de una sociedad en crisis, en frecuentes oportunidades requieren de un seguimiento domiciliario exhaustivo de los pacientes ancianos, máxime cuando se trata de octogenarios o nonagenarios, este requisito es casi imposible de ser respondido eficazmente tanto por el hospital público como por el I.N.S.S.J.P. o las demás obras sociales. En referencia a los establecimientos geriátricos, son más los clandestinos que los habilitados en forma oficial, allí las arbitrariedades y hasta los maltratos hacia los residentes añosos son moneda corriente, al punto que el periodismo sensacionalista se nutre incesantemente de noticias sobre el mal estado de los pacientes alojados en dichos ambientes insanos y hasta en subsuelos no ventilados, llegándose al ahogamiento de varios gerontes en un geriátrico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante una reciente inundación por copiosas lluvias que anegaron barrios residenciales de esta Capital, hecho lamentable acaecido hace escasos meses.

* O.M.S.: "Planning and organisation of geriatric services: Report of a WHO expert committee. WHO, Geneva – 1974.-

Al listado de variables de riesgo de la O.M.S. considero válido, para nuestro medio, agregar las detalladas a continuación:

- 8) Percibir una jubilación o pensión mínima (\$ 220, de bolsillo \$ 206,80).
- 9) Pertener a una obra social o mutual en situación de quebranto económico.
- 10) Padecer de trastornos mentales incipientes, entre los que sobresalen las depresiones y las demencias, en ambas los diagnósticos suelen retrasarse tanto por las propias fallas de los esquemas de asistencia como por las tardanzas en la consulta médica desde los mismos pacientes o sus familiares.
- 11) Ser analfabetos o pobremente instruídos.
- 12) Estar polimedicados, sobretodo con psicofármacos.
- 13) Grupo familiar en situación laboral inestable o desocupado.

Los trastornos mentales en la vejez han ido haciéndose cada más ostensibles a medida que ha progresado la expectativa general de vida, en cuanto a las demencias si el 8% de los ancianos de más de 65 años las padecen, al superarse los 85 años casi el 35% de los gerontes las sufren de manera inexorable. Se calcula que alrededor del 14% de los argentinos mayores de 65 años son analfabetos *, condición que potencia las minusvalías de quienes se encuentran en esta situación tendiente a complicarse frente a una sociedad muy influenciada por los sistemas de comunicación audio-visual. Asimismo se acepta universalmente que las personas que superan los 80 años de vida, requieren de prestaciones socio-asistenciales en proporción cinco veces más elevada que los grupos de edades menores, realidad que encaja con lo que acontece en nuestros sistemas de seguridad social. *

INGENIERÍA DE LA ENCUESTA

Tal como expresáramos la idea rectora es la de adelantarse a las carencias propias del estado de dependencia y no que éste se instale para ya no retrogradar. De esta factibilidad partirán las acciones planificadas para estimular el autocuidado y la auto prevención, subsidiando la permanencia de los ancianos

* Estudios I.N.D.E.C. N° 18: "La pobreza urbana en la Argentina" – Buenos Aires – 1990.-

* Perlado, F.: "Teoría y Práctica de la Geriátria" – Ed. Díaz de Santos – Madrid - 1995.-

en su hogar a través de programas de cuidados y atención domiciliaria; la extensión de los circuitos comunitarios solidarios a través de O.N.G. sin fines de lucro es otra de las opciones a fomentar, así como también merecen incrementarse los cursillos de educación para la salud y la formación de cuidadores domiciliarios y de otros agentes o promotores de servicios socio-asistenciales. Toda esta tarea, de múltiples alcances, habilitaría a incorporar a los familiares cercanos de los ancianos en riesgo, cuando los hubiere, para al menos intentar su participación responsable en las acciones planificadas. La información constante y renovada acerca de los servicios a disponer para su beneficio y cuidado, debería ser accesible a los envejecientes empleándose técnicas de comunicación audiovisual o escrita; pero también hay que remarcar que la información que se transmite oralmente (de persona a persona) es sumamente valorada por las personas mayores, sobretodo cuando proviene de otros ancianos o de sus familiares, revitalizando el más viejo medio de contacto interpersonal: la voz humana.

El rastreo de ancianos en riesgo puede efectuarse en forma extendida mediante censos domiciliarios, o empleando muestras representativas, dependiendo del tamaño de la población objetivo, de su distribución, de los presupuestos disponibles para la evaluación, del personal afectado a la investigación y de la capacitación que se le haya brindado, evitando a toda costa el apuro o la improvisación que suelen caracterizar a muchos de estos cometidos, al menos en los ámbitos que nos competen. En países anglosajones se utilizan cuestionarios que se remiten por vía postal, con respuesta paga, aunque dudo de su viabilidad en nuestro ámbito, donde tendría mejor efecto la visita domiciliaria pautaada e informada con la suficiente antelación. Resultaría conveniente si se trabajara con los padrones de afiliados al I.N.S.S.J.P. - PAMI, solicitar el apoyo informativo de los médicos de cabecera, si bien no siempre es fácil contar con la buena predisposición de estos profesionales. Donde puede hallarse más colaboración es en los centros o clubes barriales de jubilados y pensionados, en las parroquias y locales religiosos, en las sociedades de fomento y otras entidades socio-comunitarias (Ligas de Madres de Familia, comedores sociales, Rotary Club, Club de Leones, etc.), cuyo rol para difundir y legitimar la propuesta aparece como indispensable. Los lugares de reunión informal de jubilados y pensionados (plazas, clubes de bochas, etc.), o aquellos sitios que éstos

habitualmente frecuentan (farmacias, centros asistenciales, comercios barriales, los bancos donde perciben sus haberes) pueden utilizarse para promocionar la actividad de rastreo mediante afiches, volantes o publicidad oral, siendo recomendable emplear consignas sencillas y de fácil captación en las que se explicará la finalidad perseguida por esta campaña que, sobretodo, tendrá que caracterizarse por su estrategia comunicacional.

Los encuestadores deberán ser capacitados con anticipación siendo mucho mejor recibidos, tanto por los ancianos como por las ancianas, las personas jóvenes o de mediana edad que sean capaces de evidenciar interés en la tarea a desarrollar y que la vez sean conocedores y respeten las personalidades de los ancianos con sus rasgos psicológicos prominentes.

El correcto manejo del tiempo a prodigar a la encuesta, la plasticidad para el trato con los envejecientes y cierta ductilidad para plasmar los contactos interpersonales, garantizarán mejores resultados en la tarea a emprender, y serán requisitos a ponderar para la selección de los encuestadores.

En mi experiencia quienes mejor se adaptan para la tarea censal son los estudiantes de disciplinas humanísticas, principalmente los alumnos de las Licenciaturas en Servicio Social, Sociología y Psicología, quienes están mejor preparados para captar las necesidades de los entrevistados, los factores ambientales deletéreos, la integridad de los vínculos sociales y la calidad de vida alcanzada por los senescentes. Las respectivas carreras universitarias, tanto del sector oficial como privado, tienen previstos convenios y pasantías para que sus alumnos puedan realizar tales prácticas y percibir rentas o becas cuyos montos no resultan elevados, contándose con el beneficio adicional del asesoramiento y supervisión de los docentes de dichas casas de altos estudios y con avales universitarios para la investigación.

Es preferible visitar a los ancianos en horarios diurnos dado que, en las actuales condiciones de inseguridad social en que vivimos, los moradores rehúsan abrir las puertas de sus viviendas a desconocidos cuando caen las primeras sombras. Los recorridos tendrían que efectuarse por parejas de entrevistadores/as quienes podrían portar credenciales visibles extendidas por entidades civiles patrocinantes con arraigo e influencia en la zona abordada. De no hallarse al anciano/a en su domicilio, habría que reiterar la visita por lo menos en una oportunidad más. En los edificios de propiedad horizontal, la colaboración de los

porteros no deberá desdeñarse, puesto que suelen aportar más datos que los propios familiares de los ancianos allí ubicados, a quienes seguramente ven con mayor frecuencia de lo que pueden hacerlo muchos de sus parientes cercanos.

MODELO DE ENTREVISTA DOMICILIARIA

(Se recogerá una encuesta por cada anciano presente en la vivienda)

Datos recogidos en la entrevista

Personales

Edad. Sexo. Estado Civil.

Tipo de cobertura (Obra Social) { PAMI , otra O.S. , Pre-Paga
 No Posee

Situación de la prestadora: Buena , Regular , Mala

Estado físico

Estado psíquico

Nivel económico: { Jubilación , Pensión , Monto:
 Otros ingresos:

Con quién vive..... Solo/a
 Acompañante menor de 65 años
 Acompañante mayor de 65 años
 Cónyuge menor de 65 años
 Cónyuge mayor de 65 años
 Con más de una persona.

Ha enviudado recientemente: Si No

Se ha separado recientemente Si No

Nivel educativo..... Analfabeto
 Sólo sabe leer y escribir: Si No

	Completos	Incompletos
Estudios primarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estudios medios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estudios superiores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trabajo anterior..... Manual, administrativo, docente, técnico, intelectual, profesional.

Actividades que realizan en el presente..... { Ninguna
 Físicas
 Recreativas
 Intelectuales
 Sociales
 Culturales
 Dos o más de las precedentes.

Vivienda

Altura:..... Planta baja:
 Primer piso:
 Segundo piso:
 Tercer piso o más:

Acceso a la vivienda..... Ascensor: Si No
 Tipo de escalones y cantidad:
 Pasamanos en la escalera:
 Iluminación:

Calefacción..... De carbón, leña o kerosene
 De gas
 Eléctrica
 Central
 No posee

Luz eléctrica..... Si No

Aire acondicionado..... Si No

Iluminación natural..... Buena Regular Mala

Iluminación artificial..... Buena Regular Mala

Cocina:..... Horno de carbón o leña
 A kerosene
 De gas
 Eléctrica
 No posee

Heladera:..... Si No

Cloacas..... Si No

Agua corriente..... Si No

Agua potable..... Si No

Sin agua.....

Baño..... Exterior o interior a la vivienda:
 Completo (ducha, inodoro, lavatorio, bidet)
 Incompleto

Pertenencia..... Propia o alquilada:
 En usufructo o con familiares:

Teléfono..... Si No

Televisión..... Si No

Actividades de la vida diaria (A.V.D.)

- Necesidad de ayuda para el aseo personal
- Necesidad de ayuda para caminar
- Necesidad de ayuda para organizar la casa
- Necesidad de ayuda para cocinar
- Necesidad de ayuda para el transporte público
- Necesidad de ayuda para salir de su vivienda.

Alimentación

Come todos los días: Si No

(En caso negativo especificar los motivos):.....-

Come alimentos frescos: Si No

Come alimentos calientes: Si No

Desayuno: Si No

Almuerzo: Si No

Merienda: Si No

Cena: Si No

En el último año ha estado ingresado en un hospital o clínica: si no

En caso afirmativo cuántas veces?:.....-

Diagnóstico/s principal/es de ingreso/s:.....-

Medicamentos que se le administran habitualmente (por día)

Nombre del Fármaco	Cantidad de tomas

Cuales son las enfermedades que padece:

Contactos habituales que mantiene

- Con familiares
- Con amigos o vecinos
- Con centros, clubes o instituciones

Frecuencia

- Diaria:
- Semanal:
- Mensual:

Servicios que recibe de procedencia oficial	Frecuencia
Auxiliar de hogar	Diaria:
Lavado de ropa	Semanal:
Comidas	Mensual:

Servicios que recibe de procedencia no oficial	Frecuencia
(Detallar)	Diaria:
	Semanal:
	Mensual:

Personas jóvenes que le ayudan

Hijos, nietos, otros, ninguno.

Apellidos, Nombres y domicilio del contacto más próximo al anciano:.....-

Posee teléfono: Si No

Ingresos Monetarios:

Jubilación: Si No

Monto Mensual:.....-

Pensión: Si No

Monto Mensual:.....-

Ambas: Si No

Otros Ingresos: Si No

Monto Mensual:.....-

Recibe ayudas económicas de familiares o personas cercanas: Si No

Monto Mensual:.....-

Padece trastornos mentales: Si No

Tipo:.....-
.....-

NECESIDADES QUE EXPONE EL/LA ENTREVISTADA:

NECESIDADES QUE EXPONE EL/LA CUIDADOR/A:

Iniciaremos este tramo enfocando un aspecto de profunda repercusión en las posibilidades de tratamiento y rehabilitación de las patologías mentales del anciano, nos referimos a la participación y compromiso de la familia del geronte ante la aparición y desarrollo de estados que vulneran su equilibrio intelecto-cognitivo y afectivo y quebrantan paulatinamente las relaciones interpersonales en los núcleos de convivencia intergeneracional.

Una herramienta que proponemos por la sencillez de su aplicación y por lo acelerado de su lectura es el “A.P.G.A.R. Familiar” * de Smilkstein y Roa que hemos adaptado puntualmente para su utilización con grupos familiares de viejos con trastornos afectivos, permitiendo mediante una direccionada entrevista con el anciano, en la que se aplica la escala mencionada, evaluar la funcionalidad familiar ante los conflictos o desavenencias habituales de la vida en comun entre distintas generaciones.

Esta escala evidencia, asimismo, como se comparten o distribuyen los recursos económicos, siendo éste un punto por demás urticante en el presente período de crisis.

Los propios factores estresores del medio en que un anciano y su familia se encuentran, pueden hacer aparecer elementos que atenúen su impacto negativo, dando a cada uno de los individuos que componen dicha relación mayores fortalezas para soportar las distintas contingencias ante las cuales se encuentran expuestos. El APGAR Familiar intenta relevar el grado de apoyo que la familia brinda a cada uno de sus miembros a fin de lograr esta red de contención. Este instrumento posee 5 componentes que son:

1. Adaptación: es la forma en que los integrantes de la familia se ayudan entre sí, en especial en los momentos de crisis.
2. Participación: cómo comparten las decisiones los distintos integrantes, ante temas referidos a vacaciones, manejo del dinero, compras, jubilaciones, enfermedades, pérdida del trabajo, etc.
3. Ganancia o Crecimiento (Growth en inglés): es la manera en que los integrantes emprenden nuevas actividades en su vida, de modo de

* Smilkstein, G. The patient, the family and the biopsychosocial model. Fam. Med. 1988, 6: 7.

Smilkstein, G. The family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. Fam. Pract. 1978, 6: 12-31.

Smilkstein-Roa (Argentina) Adaptación: Dr. Eduardo Carlos Fox A.P.G.A.R. FAMILIAR	0 Puntos	1 Punto	2 Puntos	3 Puntos	4 Puntos
	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
A: <u>ADAPTACIÓN</u> Me satisface la manera en que mi familia responde a las necesidades o dificultades que se presentan.					
P: <u>PARTICIPACIÓN</u> Me satisface la forma en que dentro de mi familia se tratan los problemas que vivimos.					
G: <u>GANANCIA – CRECIMIENTO PERSONAL</u> (Inglés: Growth) Me satisface como mi familia apoya las iniciativas o propuestas nuevas de sus integrantes.					
A: <u>AFECTO</u> Me satisface como mi familia expresa sus afectos y sentimientos comunes.					
R: <u>RECURSOS</u> Me satisface como en mi familia se comparten: los lugares de la casa, el tiempo de reunión, el dinero u otros recursos materiales.					

FECHA:

PUNTAJE TOTAL:.....PUNTOS =

- Menos de 9 puntos: Grave disfunción familiar
- Entre 10 y 13 puntos: Moderada disfunción familiar
- Entre 14 y 17 puntos: Leve disfunción familiar
- Entre 18 y 20 puntos: Buena función familiar

Apellido y Nombres del entrevistado:

Apellido y Nombres del entrevistador:

GUIAS DE AUTO-CUIDADO

En las dos asambleas Mundiales sobre Envejecimiento que llevaron a cabo las Naciones Unidas (con sede en Viena: Año 1982 y Madrid: Año 2002), las numerosas recomendaciones hacia los diferentes estados intervinientes hicieron especial hincapié en la promoción del autocuidado del anciano, dadas la insuficiente continencia de sus problemáticas por parte tanto de los gobiernos como de las respectivas sociedades que componen los países del orbe.

Frente a tales instancias resulta necesaria la confección de guías o protocolos que incentiven y eduquen sobre los autocuidados a practicar por parte de los ancianos en resguardo de su salud, en nuestro caso se construyeron guías de autocuidado frente a algunas patologías mentales frecuentes en la vejez, a situaciones de maltrato doméstico o familiar y a las pérdidas de memoria que suelen acontecer en estos períodos de la vida.

Según nuestra apreciación, el autocuidado se vislumbra como una alternativa con firmes posibilidades de expansión hacia la atención integral de la salud mental de mayores y ancianos, orientándolos hacia la equidad en salud mediante su propia y directa intervención en la promoción y resguardo de su calidad de vida. De acuerdo con estas premisas, el incentivo del autocuidado en la salud mental de los viejos no hace mas que corporizar los principios de la Carta de Ottawa (Año 1986)*, según la cual la promoción de la salud consiste en proporcionar a las poblaciones, en este caso de mayores y ancianos, los medios necesarios para mejorarla y ejercer mas fuerte contralor sobre la misma. Aunque, sin embargo, hay que reconocer que tanto los profesionales de la salud como los propios viejos, son quienes a veces cuestionan agriamente las posibilidades del autocuidado, debido a falsas o perimidas concepciones, mitos, tabúes y prejuicios que estereotipan a la vejez como etapa adherida a la incapacidad de aprender o de seguir interesándose por la vida. De donde se desprende la necesidad de trabajar intensa y participativamente, tanto desde el equipo de salud como desde la comunidad añosa, para ir revirtiendo estas negativas situaciones.

* “Carta de Ottawa para la promoción de la salud”: Conferencia Internacional – CANADA – Noviembre de 1986.

Las guías y protocolos de autocuidado que hemos confeccionado se transcribirán seguidamente:

ANSIEDAD Y TRASTORNOS POR PANICO

Es algo que puede ocurrir en cualquier momento, de repente su corazón empieza a acelerarse y aparecen rubor en la cara y dificultad para respirar, se encuentra mareado, con náuseas y fuera de control, e incluso podría llegar a sentir que está a punto de morir. Cada año miles de personas mayores viven experiencias como ésta. Muchos sospechan un ataque cardíaco y se presentan en la sala de urgencias, otros tratan de ignorar el problema, sin percatarse de que experimentan un ataque de pánico.

Los ataques de pánico son episodios repentinos de temor intenso que generan reacciones físicas en el organismo, del 10 al 20% de las personas sufren una crisis similar en algún momento de sus vidas. Las crisis de pánico, antes consideradas como “nerviosismo” o “estrés”, hoy son reconocidas como una manifestación posiblemente incapacitante a la vez que manejable.

Activación del sistema de alarma:

Los ataques de pánico por lo general comienzan en las personas que son más jóvenes y pueden presentarse a lo largo de la vida. Es habitual que el episodio se inicie repentinamente, alcance intensidad máxima en 10 minutos y dure alrededor de 30 minutos. Los síntomas pueden abarcar frecuencia cardíaca acelerada, sudoración, temblores y sensación de falta de aire.

También es posible que existan escalofríos, bochornos, náuseas, cólico abdominal, dolor torácico y mareos, es frecuente la sensación de opresión en la garganta o la dificultad para masticar.

Cuando los ataques de pánico son habituales o el temor a sufrirlos afecta las actividades diarias se padece el llamado trastorno por pánico. Hay mayores probabilidades de ataques de pánico en mujeres que en hombres, los investigadores aún ignoran el desarrollo y el origen de los mismos.

Se ha considerado que la herencia es un factor, ya que las probabilidades de sufrir tales ataques se incrementan si se tiene un familiar cercano que los padezca.

Muchos investigadores suponen que este problema se relaciona con una reacción de lucha o escape. Por ejemplo, si un peligro se acerca el cuerpo reacciona instintivamente, el corazón y la respiración se aceleran a medida que el organismo se prepara para enfrentar una situación posiblemente mortal. Muchas de estas mismas reacciones suceden en un ataque de pánico, aunque no exista un favor desencadenante evidente, se activa el sistema de alarma de cuerpo.

Otros problemas de salud, como un ataque cardíaco inminente, hipertiroidismo o abstención de drogas, pueden causar síntomas parecidos a los del ataque de pánico, se sugiere buscar atención médica si se padecen los síntomas por este tipo de afectación.

Opciones de tratamiento:

Por fortuna el tratamiento de los ataques de pánico y los trastornos por pánico son muy eficaces, y la mayoría de las personas pueden reanudar sus actividades cotidianas. El tratamiento suele abarcar:

- Educación: Entender las propias reacciones es el primer paso para aprender a controlarlas, el terapeuta puede proporcionar información y enseñar algunas técnicas de enfrentamiento.
- Medicamentos: Es posible que el médico prescriba un tranquilizante, que suele ser eficaz en la prevención de ataques futuros, en algunos casos se administra solo o con otros medicamentos. Su eficacia es variable, la duración del tratamiento depende de la gravedad del problema y la respuesta del organismo.
- Terapia: Durante las sesiones con un psiquiatra o psicólogo, se enseñan habilidades de enfrentamiento y manejo de los factores desencadenantes de la ansiedad. La mayoría de las personas necesitan tan sólo de 8 a 10 sesiones, es habitual que no se requiera la psicoterapia a largo plazo.
- Técnicas de relajación: También son beneficiosas en este trastorno.

DEPRESIÓN Y MELANCOLÍA

Toda persona mayor padeció de vez en cuando un episodio de melancolía, ya sea por un periodo de varios días o de unas semanas en que todo parece girar en un círculo vicioso. Esta situación se supera y la persona reanuda su vida normal, no obstante, padecer melancolía significa un problema, por lo que a continuación se enumeran algunas medidas que pueden tomarse para evitarla. Padecer melancolía no es lo mismo que sufrir depresión clínica, la melancolía es un fenómeno temporal y habitualmente desaparece después de un breve lapso.

La depresión es un problema médico persistente que puede ser tratable, aunque suele mejorar finalmente, a falta de tratamiento persiste muchos meses o más. La persona deprimida encuentra, si acaso, poco placer en la vida. Alguien que está deprimido puede no poseer energía, se siente insignificante o culpable sin razón alguna, encuentra dificultades para concentrarse o se muestra irritable. El anciano deprimido suele despertar después de unas pocas horas de sueño o puede tener cambios de apetito, ya sea comer más o menos que lo usual. A veces, quien está deprimido experimenta una sensación de desesperanza o incluso considera la posibilidad del suicidio, la depresión puede tener alguno de estos síntomas, la mayoría o todos.

La siguiente lista muestra los signos distintos de la depresión y la melancolía.

Signos de depresión

- Falta de vigor persistente.
- Tristeza prolongada.
- Irritabilidad y cambios oscilantes del estado de ánimo.
- Sensación recurrente de desesperanza.
- Opinión negativa continua del mundo y otras situaciones.
- Apetito excesivo o inapetencia.

Signos de melancolía

- Sentir tristeza durante unos cuantos días, pero realizar de manera normal las actividades cotidianas.
- Falta ocasional de vigor o cambios leves de los hábitos de sueño.
- Capacidad para disfrutar ciertas actividades recreativas
- Peso estable.

- Sensación de falta de valía o de culpabilidad.
- Incapacidad para concentrarse y referir trastornos de la memoria.
- Despertar a hora temprana por la mañana de manera recurrente y mostrar otros cambios en los hábitos del sueño.
- Incapacidad para disfrutar de las actividades placenteras.
- Sensación de desesperanza que se supera con rapidez.

Autocuidados de la melancolía

Si el estado de ánimo corresponde a la columna de la melancolía previa, se recomienda lo siguiente:

- Compartir los sentimientos con otras personas, comentarlos con un amigo de confianza, el cónyuge, un familiar o ministro de religión. Ellos pueden brindarle apoyo, orientación y otras perspectivas.
- Permanecer más tiempo en compañía de otras personas.
- Participar en actividades que hayan interesado en el pasado, sobre todo las placenteras.
- La práctica regular de ejercicio moderado puede mejorar el estado de ánimo.
- Obtener reposo adecuado y comer de manera balanceada.
- No emprender demasiadas actividades al mismo tiempo, en caso de tener tareas importantes por realizar, dividir las en otras más pequeñas. Establecer objetivos que puedan lograrse.
- Buscar oportunidades para ayudar a alguien menos afortunado.

Causas de depresión:

Este es el padecimiento mental mas frecuente entre los ancianos, a veces es el efecto colateral de un fármaco de prescripción, de otro padecimiento o de la dieta inadecuada. Los desequilibrios de ciertas sustancias químicas del cerebro también pueden ser un factor, sin embargo con frecuencia se desconoce la causa.

Se está en mayor riesgo de depresión si un paciente consanguíneo la sufrió, además la depresión puede recurrir, si se la ha padecido una vez, es más alto el riesgo de sufrirla nuevamente. No conviene permitir que estos factores controlen la vida, en vez de ello es necesario tomarlos en consideración al evaluar el estado de ánimo y no retrasar su atención si se advierten síntomas depresivos recurrentes. Por otra parte, si se recibe tratamiento medicamentoso para la depresión, ésto debe ponerse en conocimiento de los otros profesionales de la salud que le atiendan, a fin de evitar confusiones e interacciones con otros medicamentos que se reciben.

La depresión puede ir también precedida de un problema grave o estresante en la vida, como la muerte de un ser amado o la pérdida del trabajo, e inclusive con la jubilación. Indudablemente resulta normal mostrarse triste después de sufrir pérdidas o tropiezos, sin embargo, cuando la tristeza no se supera en un plazo razonable y breve, es probable que haya surgido depresión.

La depresión no siempre se mejora espontáneamente, no debe esperarse su desaparición repentina ni pensar que puede ser superada con una determinación firme. Si los síntomas depresivos persisten varias semanas o existen desesperanza o tendencias suicidas, es momento de buscar ayuda. No debe haber sensación de culpa por sentirse deprimido, ni es su culpa, ni un signo de debilidad.

Conviene ponerse en contacto con el médico de cabecera o solicitar la consulta con un psiquiatra o psicólogo, entre todos pueden ayudarle a descartar enfermedades orgánicas importantes, que podrían contribuir a los síntomas. Aunque comentar los sentimientos con un familiar o amigo cercano resulta provechoso, no hay sustituto de la atención y ayuda profesional.

Si se conoce a personas deprimidas, se recomienda invitarlas a participar en actividades sociales normales, alentando de manera cortés y firme su participación.

La meta de los familiares y amigos de personas con depresión consistirá en alentarlas y apoyar los cuidados profesionales. Los problemas no deben minimizarse, sino más bien aprovechar la oportunidad para ayudar, dado que la depresión puede tratarse con éxito en la mayoría de los casos. Conviene ofrecer señalamientos tranquilizadores en el sentido de que la situación mejorará; pero no debe esperarse que se logre tal mejoría de manera repentina en la persona deprimida. Tampoco es recomendable restarle importancia a sus sentimientos. En vez de ello, hay que escuchar con atención lo que dicha persona comunique.

AFRONTAMIENTO DE LAS PÉRDIDAS: SUGERENCIAS PRÁCTICAS	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Expresar los sentimientos</u>, de manera franca y sin temor. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Continuar participando</u>, las personas en duelo suelen tener necesidad de que se les recuerde acerca del ejercicio, dieta y reposo.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Pedir ayuda</u>, cuando se experimentan pérdidas repentinas, los amigos no siempre saben cómo reaccionar. Es posible contribuir al alivio de otros y de uno mismo si se solicitan determinados tipos de ayuda. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Cuando esté indicado, solicitar una evaluación de la depresión</u>, si el duelo es muy intenso a corto plazo o persiste en el largo plazo (6 meses o más), hay que considerar la depresión como posible causa.

Opciones de tratamiento:

La gran mayoría de las personas ancianas con depresión mejoran considerablemente al recibir psicoterapia y tratamiento con medicamentos antidepresivos. Se aconseja informarse sobre los posibles efectos colaterales con dichos medicamentos. Entre los efectos secundarios comunes están la sequedad de boca, erupción de la piel, mareos, estreñimiento o temblores. Existen diversos tipos de psicoterapia; de ellos, algunos incluyen sólo a paciente y terapeuta, y otros a un grupo de personas con el mismo problema general, que se reúnen para hablar sobre sus vivencias bajo la guía del terapeuta.

El tratamiento requiere tiempo, aunque pueden ser evidentes algunos signos de cambio, los beneficios plenos pueden requerir 6 semanas o más. Este proceso prolongado suele resultar desalentador, de modo que es importante que los familiares y amigos brinden apoyo y aliento durante este período, cuando es posible que se requiera ajustar las dosis de los medicamentos.

La persona que está recibiendo tratamiento no debe esperar un cambio importante y repentino en su estado de ánimo y actividades, debe buscarse la mejoría gradual del sueño, apetito y vigor. El estado de ánimo y la sensación de bienestar general de la persona también mejorarán paulatinamente.

Además de cerciorarse de que esté capacitado el profesional que le brinda tratamiento, es importante sentirse a gusto con él. Este debe escuchar atentamente cuando se describan los problemas, hacer preguntas, comentar datos y recomendaciones, y explicar los posibles riesgos del tratamiento recomendado y opciones respecto de este último.

SIGNOS DE ADVERTENCIA DEL POSIBLE SUICIDIO DE UN ANCIANO	
<p>Es importante tener en mente que estos signos de advertencia sólo son lineamientos, <u>no existe un solo tipo de viejo suicida</u>. Si se tienen preocupaciones al respecto, conviene buscar ayuda inmediata.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Retraimiento</u>: Aparece la falta de disposición para comunicarse y la necesidad abrumadora de permanecer solo. Coincide con la falta de apetito. ▪ <u>Cambios de estado de ánimo</u>: Estado emocional favorable un día, seguido de depresión al siguiente. Tranquilidad repentina e inexplicable, pasividad extrema. ▪ <u>Crisis de la vida o traumas</u>: La jubilación, muertes cercanas, 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Cambios de personalidad</u>: Cambios de actitud, aspecto personal o actividades. Por ejemplo, un anciano introvertido que se vuelve repentinamente extrovertido, o viceversa. ▪ <u>Amenazas</u>: Es poco válida la creencia popular de que las personas mayores que amenazan con suicidarse no lo hacen. ▪ <u>Prodigalidad</u>: La persona anciana comienza a obsequiar pertenencias que atesoraba a vecinos, amigos y parientes. ▪ <u>Depresión</u>: La persona mayor parece estar "<u>paralizada</u>" y quizá no se relacione socialmente.

<p>accidentes, pérdidas afectivas diversas, robos o problemas económicos suelen generar pensamientos suicidas en los viejos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asunción de riesgos: En los viejos la tendencia suicida suele insinuarse con actitudes innecesarias de exposición a peligros, abandono de tratamientos médicos, accidentes inexplicables y frecuentes, etc.
--	--

PÉRDIDA DE LA MEMORIA

Por lo general los viejos pueden sufrir problemas de memoria a corto plazo, se olvidan dónde están las llaves u otras pertenencias o el nombre de una persona que se acaba de conocer. Esto es corriente, sin embargo, en caso de que los problemas de memoria sean persistentes, se recomienda consultar a un médico. Se nace con miles de millones de células cerebrales (neuronas), a medida que envejecemos, algunas de estas células mueren y no son reemplazadas. Con el envejecimiento, el cuerpo también produce en menor volumen las sustancias químicas que necesitan las neuronas para funcionar. Aunque es usual que no estén afectadas la memoria a corto y a largo plazo, la memoria reciente puede deteriorarse con la edad.

Los tres tipos de memoria se describen a continuación:

- **Memoria a corto plazo:** Es la memoria temporal. Buscamos un número telefónico en el directorio; pero después de marcarlo, lo olvidamos. Una vez que dejamos de usar la información, ésta desaparece.
- **Memoria reciente:** Es la memoria en que se preserva el pasado reciente, por ejemplo, lo que desayunamos hoy o la ropa que usamos ayer.
- **Memoria a largo plazo:** Es la memoria en que se preserva el pasado distante, como los recuerdos de la niñez.

Los problemas de memoria pueden resultar de numerosos factores: efectos colaterales de los medicamentos, lesiones de la cabeza, alcoholismo o accidentes vasculares. Los problemas visuales y auditivos también pueden

afectar la memoria. La *demencia* (lo que antes se denominaba senilidad) también puede causar pérdida de la memoria, siendo ésta su signo más precoz. La Enfermedad de Alzheimer es la forma más frecuente de demencia, sus síntomas incluyen pérdida gradual de la memoria de acontecimientos recientes e incapacidad para retener nueva información; tendencia creciente a las repeticiones, colocación incorrecta de objetos, confusión y desorientación; desintegración lenta de la personalidad, juicio y cortesías sociales; e irritabilidad, ansiedad, depresión, confusión e inquietud crecientes.

Autocuidado para mejorar la memoria

- **Establecer una rutina**: El manejo de las actividades cotidianas se facilita cuando se emplea una rutina, seleccione un momento específico para las tareas domésticas: limpiar el baño el sábado, regar las plantas el domingo, etc.
- **Ejercitar los “músculos mentales”**: Realizar juegos de palabras, crucigramas u otras actividades que pongan a prueba las habilidades mentales.
- **Práctica**: Al entrar en una habitación, hacer un inventario mental de las personas a las que se reconoce. Cuando le presenten a alguien, repita su nombre durante la conversación con dicha persona.
- **Relacionar números**: Por ejemplo, si el cumpleaños de la esposa cae en el 3 de octubre, buscar algo que lo recuerde, como tararear la canción “tres cosas hay en la vida: salud, dinero y amor...”.
- **Establecer asociaciones mentales**: Al conducir su automóvil, buscar marcas de referencia que se relacionen con la ruta y enumerarlas en voz alta para que queden impresas en la memoria (“dar la vuelta en el supermercado para llegar a la casa de Roberto”).
- **Tratar de no preocuparse**: Preocuparse por la pérdida de memoria puede empeorar la situación.

- **Escribir listas:** Conviene llevar un registro de las tareas y citas importantes, por ejemplo, pagar el recibo de agua cierto día de cada mes.

Atención Médica:

Se debe consultar a un médico si es preocupante la pérdida de la memoria y las demás personas nos lo hacen notar.

A continuación nos ocuparemos de una estrategia institucional orientada a la prevención de una de las complicaciones mas graves de los estadíos terminales de las demencias en mayores y ancianos: las denominadas “úlceras por presión”

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN LA
INSTITUCIONALIZACIÓN DE ANCIANOS DEMENTES.**

Objetivo:

Conformar una escala de medición de factores de riesgo en pacientes mayores de 65 años que ingresan a una institución psicogeríátrica y que no presentan de inicio úlceras por presión.

Se tratará de detectar los pacientes con mayor vulnerabilidad para presentar estas úlceras y de concientizar al equipo de salud mental para prevenir la aparición de la úlcera por presión, complicación harto frecuente en las etapas finales de los trastornos demenciales.

Palabras clave:

Anciano – Úlcera por Presión – Vulnerabilidad – Prevención – Demencias.

Naturaleza del programa:

Este consiste en el diseño de una escala para medir los factores de riesgo en la formación de úlceras por presión, la misma podrá ser utilizada por el médico

junto a la enfermería para evaluar al paciente demente añoso en el momento de su admisión institucional.

Esta escala será incorporada a la historia clínica de cada paciente y deberá ser realizada en forma obligatoria por el médico y la enfermería. El instrumento consta de 13 ítems, a cada uno se le asignará de 1 a 4 puntos según la valoración que corresponda; la sumatoria total del puntaje de los ítems definirá el grado de riesgo de adquirir úlcera por presión durante la internación psicogeriatrica.

Fisiopatogenia:

Los ancianos dementes en estadios evolutivos terminales que suponen un encamamiento prolongado o una inmovilización en silla de ruedas, son susceptibles de desarrollar “úlceras por presión”, actualmente este término es más utilizado que el de “úlceras de decúbito” dado que:

- 1) El decúbito no es la única posición ni la de efectos más lesivos en la producción de estas lesiones.
- 2) El término “por presión”, indica claramente cual es el mecanismo último de producción, si no se realizan medidas de prevención encaminadas a evitar una presión continua y mantenida en el tiempo sobre determinadas zonas de superficie corporal.

Podemos utilizar como definición la siguiente: “es toda lesión que se produce en cualquier parte del cuerpo que sufre, o sobre la que se ejerce una presión prolongada sobre un plano duro, aunque no sea necesariamente intensa e independiente de la posición en la que permanezca el paciente”.

La presión capilar normal oscila entre 16 y 33 mm.Hg., si se ejercen presiones superiores a esta cifra en un area limitada y durante un tiempo prolongado se origina un proceso de isquemia que impide la llegada de oxígeno y nutrientes, dando lugar a una rápida degeneración de los tejidos por la respiración anaerobia, ocasionando alteraciones a nivel de la membrana celular y liberándose aminas vasoactivas. Éstas, facilitan la aparición de importantes trastornos vasculares y celulares a nivel local.

Si el problema isquemante desaparece en esta fase, se produce una reacción característica, consistente en una hiperemia reactiva, determinada

por una mayor afluencia de sangre a esta zona y que se manifiesta clínicamente por un enrojecimiento de la piel. Cuando, en el caso contrario, la presión local sobrepasa el período crítico de supervivencia celular, aparece una lesión irreversible que conduce a la necrosis local.

Ante una presión externa de 60 mm. de Hg. durante una hora, se producen cambios degenerativos en los tejidos, pudiendo llegar a la ulceración y la necrosis. Otros creen en la necesidad de presiones mayores de 100 mm. de Hg., prolongadas durante 15 horas, para producir necrosis cutáneas y mayores de 200 mm. Hg. para producir daño muscular.

Además de la presión mantenida nos encontramos, en el paciente encamado, con el rozamiento de la piel contra las sábanas o superficies ásperas, produciéndose sobre todo en las movilizaciones fuerzas de rozamiento o fricción (presión directa). Estas fuerzas son paralelas a la superficie epidérmica y traumatizan la piel, sobretodo en zonas de presión, con lo que el traumatismo repetitivo unido a la presión desencadena la cascada: isquemia-necrosis-ulceración.

La fuerza de fricción se ve aumentada en los casos en que la cabecera de la cama está elevada por encima de los 30°, surgiendo entonces lo que se denomina fuerza de deslizamiento que se traduce en un desplazamiento lento y continuo del paciente hacia los pies de la cama.

Factores de riesgo:

Aparte de la presión existen otros factores que facilitan un desarrollo más precoz de estas lesiones y una progresión de las mismas a estadios más graves y complicados.

1. Causas vasculares:

- 1.a- Estados de shock: se produce un estancamiento en las áreas espláncicas y una isquemia en la piel y mucosas.

- 1.b- Arteriosclerosis: la degeneración arterial que producen los depósitos ateromatosos en la íntima, condicionan una deficiente irrigación en determinados territorios.
Asimismo, los fenómenos de vasomotricidad para luchar contra la isquemia están reducidos, con lo que se inhiben los mecanismos de respuesta a la presión.
- 1.c- Ausencia de reflejos vasomotores: aparece en lesiones de médula espinal y dura mientras está presente la fase de shock medular.
- 1.d- Alteraciones de la microcirculación: se ponen de manifiesto en determinadas enfermedades endocrinometabólicas, como la diabetes.

2. Causas nerviosas:

- 2.a- Parálisis: supone que el paciente adopta una determinada posición, con el consiguiente riesgo de aumento de presión local y estasis que origina hipoxia e isquemia.
- 2.b- Espasticidad: cuando una situación postural hace que la presión actúe con especial intensidad sobre las articulaciones deformadas.
- 2.c- Pérdida de sensibilidad: si existe pérdida de sensibilidad, la sensación dolorosa como mecanismo de defensa provocada por la isquemia desaparece con el consiguiente riesgo de formación de úlceras por presión.

3. Causas endocrino-metabólicas:

- 3.a- Estado nutricional: el adelgazamiento supone una reducción del tejido adiposo subcutáneo y una mayor proximidad del plano óseo a la piel, con el consiguiente riesgo de úlceras por presión.
- 3.b- Obesidad: existen áreas de tejido subcutáneo poco vascularizadas, lo que unido al exceso de presión por cmts. (determinado por la obesidad) facilita la aparición de úlceras.
- 3.c- Diabetes Mellitus: la diabetes acelera el proceso de necrosis por la microangiopatía diabética.

- 3.d- Fiebre: situaciones de hipertemia pueden aumentar hasta en un 50% el metabolismo normal de los tejidos y elevar, por tanto, el requerimiento de nutrientes y oxígeno de los mismos, colocando a estos pacientes en una situación más vulnerable al factor presión-isquemia.
- 3.e- Anemia: es otro factor que facilita la aparición de úlceras debido a la hipoxia tisular.

4. Otras causas:

- 4.a- Edad avanzada: la senilidad propicia una mayor fatiga al ejercicio con la consiguiente tendencia al decúbito.
- 4.b- Incontinencia: ya sea urinaria y/o fecal, provoca una maceración de la piel con el riesgo consiguiente de una erosión e infección cutánea.
- 4.c- Agentes farmacológicos: la corticoterapia actúa produciendo un adelgazamiento tisular, reduciendo su resistencia e inhibiendo los procesos de cicatrización. Focos de necrosis tisular también aparecen con el empleo de quimioterapia antineoplásica.
- 4.d- Alteraciones cutáneas: el mal estado de la piel secundario a trastornos vasculares, traumatismos o estar macerada por falta de higiene, favorecen la formación de úlcera.

FACTORES DESENCADENANTES

Son factores que contribuyen a la producción de úlceras y que pueden agruparse en cuatro grandes grupos.

A. Fisiopatológicos:

Como consecuencia de diferentes problemas de salud.

Lesiones Cutáneas: edema, sequedad de piel, falta de elasticidad.

Trastorno en el Transporte de Oxígeno: trastornos vasculares periféricos, éxtasis venoso, trastornos cardiopulmonares.

Deficiencias Nutricionales (por defecto o por exceso): delgadez, desnutrición, obesidad, hipoproteinemia, deshidratación. Los estados de mala nutrición retardan en general la cicatrización de las heridas. Los déficit de vitamina C

producen alteraciones en la síntesis del colágeno. Los oligoelementos, como el hierro, el cobre, el zinc, son muy necesarios para la correcta síntesis del colágeno.

Trastornos inmunológicos: cáncer, infecciones graves.

Alteración del estado de conciencia: estupor, confusión, coma, demencias.

Deficiencias motoras: paresia, parálisis.

Deficiencias sensoriales: pérdida de la sensación dolorosa.

Alteración de la eliminación de excretas: incontinencia urinaria y/o fecal, la humedad provocada por la incontinencia ya sea urinaria o fecal, la sudoración debida a la hipertemia y la presencia de secreciones favorecen la maceración de la piel, con el consiguiente riesgo de erosión cutánea e infección.

B. Derivados del tratamiento:

Como consecuencia de determinadas terapias o procedimientos diagnósticos.

Inmovilidad impuesta, resultado de determinadas alternativas terapéuticas:

Dispositivos / aparatos como escayolas, tracciones, respiradores.

Empleo de psicofármacos inhibidores de la motilidad voluntaria que afectan la marcha y la posición erecta.

Tratamientos o fármacos que tienen acción inmunopresora: Radioterapia, corticoides, citostáticos, etc.

Sondajes con fines diagnósticos y/o terapéuticos: sondaje vesical, nasogástrico.

C. Situacionales:

Resultado de modificaciones de las condiciones personales, ambientales, hábitos, etc., que son características en las demencias.

Inmovilidad: relacionada con dolor, fatiga, estrés.

Arrugas en ropa de cama, camisón, pijama, objetos de roce, etc.

D. Del Desarrollo:

En los ancianos la pérdida de elasticidad de la piel, piel seca y movilidad restringida aparecen más frecuentemente. En estas etapas la piel es generalmente más fina, existiendo pérdida de elasticidad y disminución del tejido celular subcutáneo.

VALORACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGOS

Existen diversas escalas para valoración del riesgo de presentar una úlcera por presión, presentamos aquí la nuestra que consta de los siguientes ítems:

- A. INDICE MASA CORPORAL (IMC)
- B. INGESTA DE LIQUIDOS
- C. TEMPERATURA
- D. HIDRATACIÓN, ESTADO DE PIEL Y MUCOSAS
- E. INCONTINENCIA
- F. MOVILIDAD
- G. ACTIVIDAD
- H. ALIMENTACIÓN
- I. PRESENCIA DEL CUIDADOR
- J. TRASTORNOS PRODUCIDOS POR METODOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPEUTICOS
- K. ESTADO DE CONCIENCIA
- L. EDAD DEL PACIENTE
- M. ANTECEDENTE NEUROPSICOLOGICO

Cada uno de los ítems se mensura en cuatro niveles con una puntuación que va desde 1 a 4, siendo “1” el que corresponde a un mayor deterioro y “4” el que corresponde a otro menor.

A. INDICE MASA CORPORAL (IMC)

- 4 puntos: IMC 20 a 25
- 3 puntos: IMC 20 a 17 y 25 a 30
- 2 puntos: IMC 17 a 14 y 30 a 40
- 1 punto: IMC menor a 17 y mayor a 40.

B. INGESTA DE LIQUIDOS

- 4 puntos: 1500 a 2000 cc por día (8 a 10 vasos)
- 3 puntos: 1500 a 1000 cc por día (5 a 7 vasos)
- 2 puntos: 1000 a 500 cc por día (3 a 4 vasos)

1 punto: menos de 500 cc por día.

C. TEMPERATURA

- 4 puntos: 36 a 37 grados
3 puntos: 37 a 37,5 grados
2 puntos: 37,5 a 38 grados
1 punto: mayor que 38,5 y menor que 36 grados.

D. HIDRATACIÓN, ESTADO DE MUCOSAS

- 4 puntos: Paciente que tiene un peso mantenido, con relleno capilar rápido y mucosas húmedas y rosadas.
3 puntos: Paciente que tiene relleno capilar lento.
2 puntos: Paciente con ligeros edemas, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa.
1 punto: Paciente con edema generalizado, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa.

E. INCONTINENCIA

- 4 puntos: Control voluntario de orina y heces. Implantación de sonda vesical y control de esfínter anal.
3 puntos: Pérdida involuntaria de orina o heces, una o más veces al día.
2 puntos: El paciente no controla uno de los dos esfínteres permanentemente.
1 punto: El paciente no controla ninguno de sus esfínteres.

F. MOVILIDAD

- 4 puntos: El paciente es totalmente capaz de cambiar de postura corporal de forma autónoma, mantenerla o sustentarla.

- 3 puntos: El paciente inicia movimientos voluntarios con bastante frecuencia, pero requiere ayuda para realizar, completar o mantener alguno de ellos.
- 2 puntos: El paciente sólo inicia movilizaciones voluntarias con escasa frecuencia y necesita ayuda para finalizar todos los movimientos.
- 1 punto: El paciente es incapaz de cambiar de postura por si mismo, mantener la posición corporal o sustentarla.

G. ACTIVIDAD

- 4 puntos: AMBULANTE, independiente total, no necesita de otra persona. Capaz de caminar solo, aunque se ayude de aparatos de un solo punto de apoyo o lleve prótesis.
- 3 puntos: El paciente es capaz de caminar con ayuda o supervisión de otra persona o de medios mecánicos, como aparatos con más de un punto de apoyo (bastones de tres puntos de apoyo, bastón cuádruple, andadores, muletas). El paciente inicia movimientos voluntarios con bastante frecuencia, pero requiere ayuda para realizar, completar o mantener alguno de ellos.
- 2 puntos: El paciente no puede caminar, no puede mantenerse de pie, es capaz de mantenerse sentado o puede moverse en una silla o sillón. Precisa ayuda de otras personas o a través de dispositivos mecánicos.
- 1 punto: Falta de autonomía para realizar todos los movimientos (dependencia total). Precisa de ayuda para realizar actividades como: comer, asearse, etc.

H. ALIMENTACIÓN

- 4 puntos: Se alimenta solo sin dificultad
- 3 puntos: Se alimenta solo con dificultad
- 2 puntos: Necesita ayuda para alimentarse
- 1 punto: SNG o Alimentación por PHP.

I. PRESENCIA DEL CUIDADOR

- 4 puntos: Presencia del familiar o cuidador durante las 24 horas.
- 3 puntos: Presencia periódica del cuidador durante por lo menos 2 veces por día (por ejemplo: tarde y noche).
- 2 puntos: Aparición ocasional del familiar o cuidador.
- 1 punto: Sin familia ni cuidador.

J. TRASTORNOS PRODUCIDOS POR DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS.

- 4 puntos: Ninguno
- 3 puntos: Sondajes con fines diagnósticos y/o terapéuticos: sondaje vesical, nasogástrico.
- 2 puntos: Tratamientos o Fármacos que tienen acción inmunopresora: radioterapia, corticoides, citostáticos, psicofármacos con fuerte acción inhibidora.
- 1 punto: Inmovilidad impuesta, resultado de determinadas alternativas terapéuticas: dispositivos / aparatos como escayolas, tracciones, etc.

K. ESTADO DE CONCIENCIA

- 4 puntos: Alerta
- 3 puntos: Apático
- 2 puntos: Confuso
- 1 punto: Estuporoso.

L. EDAD DEL PACIENTE

- 4 puntos: 60 a 70 años
- 3 puntos: 70 a 80 años
- 2 puntos: 80 a 90 años
- 1 punto: mayor de 90 años.

M. ANTECEDENTE NEUROPSICOLOGICO

- 4 puntos: Sin antecedente neuropsicológico.
3 puntos: Demencia o depresión leve.
2 puntos: Demencia o depresión moderada.
1 punto: Demencia o depresión grave.

EVALUACIÓN

- 39 a 52 puntos: BAJO RIESGO DE PRODUCIR ULCERA POR PRESION.
26 a 38 puntos: MODERADO RIESGO.
13 a 25 puntos: ALTO RIESGO DE PRODUCCIÓN.

MALTRATO DOMESTICO O INSTITUCIONAL

En virtud que, según nuestra experiencia, esta problemática se está intensificando en los tiempos más recientes de la prolongada crisis socio-económica que experimenta nuestro país, nos permitiremos extendernos algo en su análisis:

La violencia doméstica e institucional hacia los ancianos puede darse tanto en el seno familiar como en residencias o servicios, en cualquier grupo étnico, edades, niveles de ingresos o religiones.

Desde fines de la década del '80 el análisis y la prevención de esta problemática comenzaron a tomar auge en los países anglosajones y, paulatinamente, se están extendiendo al resto del mundo, sin distinción de grados de desarrollo, aunque en Latinoamérica se encuentran todavía aletargados.

El maltrato hacia los viejos puede ser: físico, por comisión, intención, abandono, omisión o negligencia, psicológico, sexual, económico-financiero, social y civil, cuando se les priva indebidamente de la libertad y de sus derechos esenciales, con diferentes gradientes en cuanto a su frecuencia, permanencia e intensidad.

Según Hudson* podemos conceptualizar las acciones de maltrato y violencia contra los mayores y ancianos como: “conductas destructivas dirigidas hacia los senescentes, que ocurren en ámbitos relacionales de suma habitualidad y pseudo-confiabilidad, cuya intensidad y duración son suficientes como para producir efectos nocivos de carácter físico, psicológico, social y/o financiero, de innecesario sufrimiento, lesión, dolor, pérdida y/o violación de los derechos humanos elementales y disminución en la calidad de vida de las víctimas”. De acuerdo a nuestra experiencia estos hechos de maltrato, descuido y/o violencia, intencionales o no, involuntarios o no, quedan mayoritariamente circunscriptos al ámbito de la familia o de la institución continente.

Una encuesta exhaustiva que tuviera lugar en Boston (EE.UU.) hacia 1988**, reveló neta prevalencia en el maltrato por parte del cónyuge o pareja conviviente (58%), frente al de los hijos (24%), no dándose diferencias significativas entre

* Hudson M.F.: “Elder mistreatment: A taxonomy with definitions by Delphi”. J. Elder Abuse Neglect. 1991 – E.E.U.U.

** Pillemer K. y col.: “ Prevalence of elder abuse: A random sample survey” – Gerontology 1998; 28: 51-57.

sexo, edades y situación económica de las víctimas. Este mismo equipo de investigación halló en lo atinente a patología mental, que las mujeres muy ancianas dementes, con intensa dependencia física, solían ser maltratadas por sus cuidadores directos en repuesta a las sobre-exigencias vinculadas a sus necesidades de atención.

Asimismo comprobaron que los agresores tenían bastantes probabilidades de sufrir trastornos mentales, problemas emocionales y de adaptación, defectos de personalidad, alcoholismo y dependencia a psicofármacos.

También hallaron que existía un profundo paralelismo entre sobrecarga del cuidador, intimidad prolongada y densa, labilidad de la víctima añosa, aislamiento social del binomio “anciano-cuidador”, y la frecuencia e intensidad del maltrato.

En base a nuestra experiencia sobre esta temática y sin ánimos de generalizar, avizoramos que, en los casos en que nos tocaron en asistencia, los victimarios poseían antecedentes de psicopatologías que no habían sido tratadas en forma conveniente y eran dependientes de las víctimas, sobretudo, financieramente; al mismo tiempo aparecían historias lejanas de patología en las dinámicas familiares, autoritarismo previo de las figuras parentales, interjuegos perversos de dependencia alternante y conflictos de identidad familiar que permanecían cristalizados y se revivificaban en las crisis actuales del grupo conviviente. Desde la órbita de las conflictivas psicológicas, las rivalidades irresueltas entre padres e hijos reavivaban ante los incrementos de la dependencia de los mayores y se evidenciaban en el crecimiento de la indiferencia y de los descuidos desde los mas jóvenes; a todo ésto se le anteponía una mayor proclividad hacia los accidentes (¿accidentofilia psicológica?) entre los mas viejos. La codicia hacia ciertos bienes y posesiones materiales de los ancianos, en nuestras observaciones, también alimentó hechos de violencia en lo físico y psicológico, motivando incluso reclusiones forzosas de los senescentes.

Respecto del maltrato en las instituciones geriátricas, pareciera existir una suerte de leyenda negra asimilada a la contingencia de la institucionalización inconsulta del anciano y a los regímenes de convivencia severos y aislatorios impuestos en algunas residencias. No obstante y tras largos años de trabajo en dichas entidades, en ninguno de los hechos en que nos tocó intervenir pudimos apreciar

que la violencia y el maltrato intrainstitucional superara al registrado en el ámbito familiar o domiciliario.

Otra circunstancia particular relacionada con la institucionalización prolongada, es la aparición de confrontaciones violentas entre los residentes que en ocasiones cursan con funestas consecuencias, en tales oportunidades también es frecuente comprobar la reiteración de los mismos victimarios ante víctimas frágiles o de endeble contextura, entre quienes predominan las minusvalías intelecto-cognitivas.

Lo ideal resultaría ser la prevención del maltrato mediante una eficaz detección y cobertura socio-asistencial de la población anciana vulnerable y altamente dependiente, con una mayor provisión de servicios integrales de asistencia domiciliaria, apoyo psicológico y servicios de relevo para los cuidadores, adecuada capacitación y entrenamiento de los familiares dedicados al cuidado, sin que se soslaye el debido rol protector del estado frente a las circunstancias aludidas y la necesidad de contar con una legislación específica, moderna y flexible contra la violencia doméstica e institucional.

Mientras tanto y hasta que se implanten centros de consultoría y asistencia, refugios para los senescentes violentados o centrales de denuncia y pronta investigación ante estos hechos y delitos descriptos, entendemos perentorio promover el autocuidado de los viejos y la educación preventiva de la sociedad toda para que intervenga y participe denunciando acciones violentas o discriminatorias contra los mayores, sean cuales fueren los espacios de su ocurrencia.

Detallaremos ahora algunas de las medidas tácticas y estratégicas que importan para el autocuidado del anciano frente a la violencia familiar o institucional:

1) Esclarecimiento e información acerca del maltrato

Empleando para ello consignas sociales tales como:

- Ningún familiar, cuidador o personal de una institución puede forzar a una persona anciana para que haga lo que el otro pretende, si no se está de acuerdo en hacerlo.
- Recibir empujones, golpes o amenazas desde un familiar o cuidador, constituye un delito que debe denunciarse.

- No se deje acusar por algo que no hizo.
- La capacidad de decisión debe ser respetada mas allá de los años de vida que se tengan.
- No debe ser necesario que el anciano tenga que pedir permiso para tomar decisiones propias.
- La persona mayor siempre tendrá derecho de decidir sobre adonde ir, como usar su tiempo, como vestirse o actuar ante los demás.
- El manejo del dinero propio es un derecho que todo anciano posee, no importa los años que lleve vividos.
- No hay que avergonzarse de informar a las autoridades respectivas cuando un familiar directo o cuidador/a les agrede y maltrata por la condición de ser viejos.
- El miedo y el silencio del anciano ante las amenazas físicas o verbales, sólo sirven para que lo sigan atacando y agraviando.

2) Autocuidados

Cómo responder:

- Si es preocupante la posibilidad de maltrato físico, conviene hablar con alguien más a la brevedad posible. Una opción son los teléfonos locales de atención de crisis, cuando los hubiere, otra corresponde a las agencias de servicio social. También se puede confiar en un amigo, médico o sacerdote.
- Si se forma parte de una relación de maltrato habrá que contar con un plan para huir, estando preparado para llevarse pertenencias, las llaves de la casa y documentos importantes. Es favorecedor mantenerse alerta, se debe estar preparado para salir de un momento a otro.
- Tener dinero en efectivo a mano para situaciones de urgencia.
- Contar con una lista de números telefónicos de amigos que puedan ayudarlo.
- Indagar el número telefónico de un refugio para personas maltratadas, cuando existiera el mismo cerca de la vivienda.

3) Ayuda profesional

Algunas personas se muestran renuentes a comentar este tipo de temas porque les avergüenza hablar abiertamente acerca de ellos con extraños. Sin embargo, pueden tratarse sin reparos en una agencia de servicio social o ante un consejero o sacerdote.

En caso de llamar a la policía, hay que solicitar una respuesta seria y oportuna, algunas jurisdicciones cuentan con una ley de arresto obligatorio, lo cual significa que el generador del maltrato no podrá residir en la casa mientras se adjudica el caso a un tribunal.

En caso de acudir a un refugio, debe suponerse que será seguro y se recibirá orientación adecuada; es también importante indagar acerca de asistencia jurídica (por ejemplo, ante la posibilidad de obtener una orden de restricción que impida legalmente al maltratador acercarse a usted).

La consultoría también debiera estar disponible como marco de apoyo y para comentar los conflictos y sentimientos. Los orientadores debieran ayudar en la decisión en cuanto a emprender o no una acción jurídica.

A manera de colofón de este apartado, incluiremos una serie de instrumentos de nuestra autoría para contribuir con la prevención y detección precoces del maltrato hacia los viejos, dividiremos estas consideraciones en tres niveles: A) De la víctima, B) Del familiar responsable o cuidador y C) De la Institución o Residencia.

A) De la víctima (persona mayor o anciano)

A-1 Condiciones predisponentes:

- Edad muy avanzada
- Vida “cama-sillón”
- Postrados definitivos
- Soledad – Aislamiento
- Déficits intelecto-cognitivos

- Adicciones: SI NO
- Antecedentes de enfermedad mental: SI NO
- Historia de maltrato en la niñez o juventud: SI NO
- La vivienda pertenece al anciano/a bajo cuidado: SI NO

Para el entrevistador:

- Se constata “estrés del cuidador/a”: SI NO

C) De la Institución o Residencia:

C-1) Encuesta a los internos (dependerá del adecuado estado de salud mental del residente, se descartarán: síndromes cerebrales psico-orgánicos, demencias, trastornos delirantes, paranoides y/o persecutorios).

- Fue ingresado contra su voluntad: SI NO
- Le fueron sustraídos dinero o bienes propios: SI NO
- Puede manejar su dinero: SI NO
- Recibe visitas frecuentes: SI NO
- Puede hablar por TE. con sus familiares o amigos: SI NO
- Se le proveen comidas calientes y abundantes: SI NO
- Sufre de sed: SI NO
- Puede decidir sobre sus actividades diarias: SI NO
- Le han privado de sus ropas u otras pertenencias: SI NO
- Recibe atención médica y de enfermería cuando lo necesita: SI NO
- Le proveen de los medicamentos que requiere: SI NO
- Le higienizan o bañan de 2 a 3 veces por semana: SI NO
- Siente que no dispone de libertad para sus actos: SI NO

- Respetan su derecho a la privacidad: SI NO
- Nota que se le denigra, discrimina o se le aísla, por algún motivo: SI NO
- Fue amenazado/a de alguna manera (física o verbal): SI NO
- Alguna persona de la Residencia le está haciendo algún daño: SI NO
- Otros residentes también han sido maltratados: SI NO
- Siente que puede confiar en alguna persona * SI NO
- Ha podido comentar estos problemas con alguna otra persona: SI NO
- Conoce a otros residentes que quieran referirse al maltrato recibido: SI NO

* En caso de respuesta afirmativa se requerirá precisar:

- a) Datos filiatorios, Edad, Sexo.
- b) Domicilio – Teléfono
- c) Grado de parentesco o amistad
- d) ¿Cuánto tiempo lleva la relación?
- e) Frecuencia de contactos (personales o telefónicos)
- f) ¿Cuándo fue la última vez que pudieron tratarse?

Los equipos y servicios de salud mental, mas de allá de su formación específica en gerontopsicología o psicogeriatría, tendrán que incluir esta temática entre los grupos que brindan asistencia psicoterapéutica en situaciones de violencia familiar. Las instituciones geriátricas y de cuidados prolongados para pacientes ancianos crónicos vulnerables, están obligadas a prestar especial interés en la prevención de acciones violentas hacia estos pacientes. Los médicos de cabecera habrán de prevenir, pesquisar y prestar suficiente atención sobre aquellos hechos que permitan presumir abusos o violencia dirigidos a ancianos

en riesgo. Las familias con miembros ancianos no podrán dejar de responsabilizarse cuando uno de ellos sufra acciones coercitivas o malos tratos. Los propios viejos buscarán de protegerse y organizarse individual y colectivamente en la prevención del maltrato y los descuidos intencionados hacia los mayores.

Los sistemas locales de salud, el P.A.M.I., las diferentes Obras Sociales o Mutuales, los centros y clubes de ancianos y las entidades de raigambre religiosa o comunitaria, tendrían que afianzarse como fuertes aliados ante la prevención del maltrato entre la población añosa, formalizando cabalmente su participación prolongada a través de acciones directas y de impacto evidente ante este flagelo que tiende a incrementarse en lo sucesivo.

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Panamericana de la Salud: *“La atención de los Ancianos”* – Publicación Científica N° 546 – 1994 – Washington D.C. – EE.UU.

- Government Publications Sale Office – Ministry for Health Ireland: *“The Years Ahead – A policy for the elderly”* – 1988 – Dublin – IRELAND.

- Roa R., Morosini M., Siede J.: *“Medicina Familiar”* – Tomo I – 1997 – Ed. AKADIA – Buenos Aires – ARGENTINA.

- Buendía, José: *“Gerontología y Salud”* – Ed. Biblioteca Nueva – 1997 – Madrid – ESPAÑA.

- Lavados M., Manuel, Serani M., Alejandro: *“Ética Clínica, fundamentos y aplicaciones”* – Ed. Universidad Católica de Chile – (Fac. de Medicina) – 1993 – Santiago – CHILE.

CAPITULO IV

BÚSQUEDAS DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL DE MAYORES Y ANCIANOS

Siguiendo a Deming * entendemos que todo proceso de gestión de calidad debe englobar las siguientes etapas: planificación, organización, actuación, control y mejora, las que no pueden eludirse si se pretende alcanzar una producción socio-sanitaria acorde a las necesidades de las poblaciones consideradas.

Se dedica este Capítulo al abordaje de algunos aspectos de la gestión de calidad en salud mental para la población añosa, para lo cual se enfocarán instancias que se consideran significativas en primer término para la atención ambulatoria y luego para la institucionalización de los gerontes, son ellos dos programas:

- 1) “Normalización de las indicaciones médicas en consultorios de salud mental para pacientes añosos”, y...
- 2) “Normalización de la administración de fármacos en un establecimiento psicogeriátrico”.

Para finalizar con un trazador:

- 3) “Higiene corporal del anciano residente en establecimientos psicogeriátricos”.

PROGRAMA DE NORMALIZACIÓN DE LAS INDICACIONES MEDICAS EN CONSULTORIOS DE SALUD MENTAL PARA PACIENTES AÑOSOS

Naturaleza y objetivo

* Deming, W. E.: “Calidad, productividad y competitividad – La salida de la crisis” – Ed. Díaz Santos – 1989 – Madrid – España.

Este programa intenta normalizar las maneras de brindar las indicaciones sobre los medicamentos recetados que realizan los profesionales médicos en sus consultorios de atención a pacientes mentales ancianos.

El objetivo es que dicha indicación sea asequible al anciano y/o sus familiares, dejando la menor cantidad de dudas en cuanto a su adecuada utilización.

Si consideramos que actualmente se está produciendo un aumento paulatino de la expectativa de vida de nuestra población, podemos percatarnos que ésto traerá como lógica consecuencia que la propia población de ancianos será progresivamente más vieja, razón por la cual se debería esperar que dicho colectivo presentará mayor cantidad de patologías de la visión, la audición y también mas elevada frecuencia de trastornos mentales.

Si además tenemos en cuenta que el 14% de los ancianos argentinos son analfabetos y semianalfabetos, y del resto sólo el 35% alcanza a la educación primaria incompleta*, es fundamental no obviar estos datos si queremos proyectar con éxito una normalización de la indicación médica dirigida a este grupo poblacional con trastornos mentales.

Fundamentación

Si se interrogara a los ancianos mentales o a sus acompañantes al salir de un consultorio médico, luego de una consulta ambulatoria, es seguro que un promedio de siete de cada diez de ellos referirán algunas dificultades en la comprensión del texto de las indicaciones sobre como administrar sus medicamentos.

Las causas de esta situación son variadas, a saber: alguno de los concurrentes o los dos no saben leer, no escuchan, no entienden la letra, o sí entienden la letra pero no comprenden lo que les quiso indicar; acontecimientos seguramente no intencionales pero que exponen a la “Mala Praxis” médica y a la falta de responsabilidad profesional, regulada actualmente por: la Ley de Ejercicio de la Profesión, el Código de Ética, la Ley de Obras Sociales, la Ley del Seguro Nacional de Salud, el Código Penal, el Código Civil, los Derechos de los Médicos en la Jurisprudencia Argentina, y por último la Ley de Defensa del Consumidor.

* Datos extraídos del Censo Poblacional Año 1991 (I.N.D.E.C.)

Pero además de cumplir con las obligaciones legales, tanto los médicos como todas aquellas instituciones que los agrupan y promueven deberían obligarse moral y éticamente a mejorar la calidad de la atención, pudiendo aceptarse a la “Indicación Médica” como a un trazador evaluable e íntimamente vinculado a la misma.

Propósito del Programa

Si se lograra sistematizar la forma de verter las indicaciones sobre la medicación instaurada, se obtendría un mejor tratamiento del anciano mental, una superior calidad de la atención médica y, por ende, una menor cantidad de errores e inferior iatrogenia.

Procesos a ser cumplimentados

El proyecto inicialmente fue probado en varios consultorios profesionales, evaluándose luego sus resultados en reuniones participativas entre los intervinientes.

Los procesos llevados a cabo pueden sintetizarse en:

- Sumar la experiencia de 25 médicos asistenciales en salud mental para que especificasen cuáles son las dificultades más frecuentes que surgen en su actividad diaria frente a pacientes mentales añosos.
- Enunciar las mismas de forma ordenada (p. ej.: no escuchan, no ven, no entienden, no recuerdan, etc).
- Certificar la forma como el anciano con trastornos mentales se presenta a la consulta (p. ej.: solo o acompañado, en este caso por quién).
- Elaborar una planilla de indicaciones donde todos o casi todos los problemas enunciados estén contemplados.

Por el camino antes expuesto se arribó a las siguientes conclusiones:

- ❖ La mayoría coincidió que, en un alto número de casos, los pacientes y sus acompañantes no comprenden lo que se les indicó de manera suficiente, sea porque no ven bien, porque no saben leer y tienen vergüenza de confesarlo,

porque no escuchan lo que se les dice o no lo entienden a expensas que sus capacidades cognitivas están disminuídas.

- ❖ En muchos casos los médicos se percataron que no los entendieron recién en una 2° o 3° consulta.
- ❖ También se llegó a la conclusión que, por razones legales, conviene dejar constancia escrita si un familiar o cuidador escuchó o vió las indicaciones, dado que con este proceder no sólo se aminora la responsabilidad civil del médico sino que se asegura la eficacia del acto profesional.

Por los procesos antes mencionados se llegó a conformar la planilla de indicaciones médicas que se propone como modelo (ANEXO I).

Modelo de Prescripción Médica a implementar

- A) Se coloca el Apellido y Nombres del paciente en la parte superior izquierda de la hoja.
- B) Se deja constancia si concurre acompañado y se identifica al acompañante.
- C) En el lugar para el nombre de los medicamentos, éstos se escriben en imprenta y con letra grande, si fuera posible en la segunda consulta se deberían pegar las marquillas de los medicamentos, siendo ésta una técnica habitual por la cual los ancianos identifican a cada uno de los fármacos que emplean.
- D) En la planilla se especifican las horas y los días de la semana en que se debe tomar cada medicación y la duración total del tratamiento en días.
- E) Hay un lugar para colocar observaciones especiales para cada medicación.
- F) Al pie se agrega la fecha, la firma, y el sello del profesional.

Beneficiarios del Programa

Si se lograra normalizar la indicación de los medicamentos en los consultorios de salud mental, los principales beneficiarios serían los ancianos quienes podrían

experimentar alivio y mayor soporte en el tratamiento de sus dolencias, alejándose del error y la iatrogenia.

En segundo lugar los otros beneficiarios serían los propios médicos quienes tendrían la plena certeza de haber realizado un acto terapéutico comunicado y responsable.

Evaluación

Si la normalización se alcanzara con éxito, se tendrían que demostrar sus resultados mediante encuestas estadísticamente valorables.

Para este propósito se confeccionó el formulario que se adjunta (ANEXO II) en donde se evalúan dos items principales:

1. Que el médico cumplió los pasos propuestos, otorgándose un puntaje a cada uno de ellos.

1.a- Letra grande y clara en imprenta o marquilla pegada.

- LEGIBLE = 3 puntos
- LEGIBLE MEDIANAMENTE = 1 punto
- ILEGIBLE = 0 punto

1.b- Que se colocaron los días y horarios de administración de todos los medicamentos en

todas las prescripciones efectuadas.

- COMPLETO = 3 puntos
- MEDIANAMENTE = 1 punto
- INCOMPLETO = 0 punto

1.c- Que se cumplió en aclarar en "observaciones", con buena letra, alguna indicación especial tal como forma mas conveniente de tomar los medicamentos, via de administración, etcétera.

- ACLARADO = 3 puntos
- MEDIANAMENTE = 1 punto
- SIN ACLARAR = 0 puntos

Se invalidarán todas aquellas encuestas en las que se obtengan menos de 7 puntos

2. Para evaluar que el paciente comprendió las indicaciones (valoración de la indicación propiamente dicha), se diseñó el siguiente formulario-encuesta:

¿CUÁLES MEDICAMENTOS LE INDICÓ EL MÉDICO?

Respuesta COMPLETA = 3 puntos

Respuesta MEDIANAMENTE COMPLETA = 1 punto

Respuesta INCOMPLETA = 0 puntos

¿EN CUALES DÍAS Y HORARIOS DEBE USTED TOMARLOS?

Respuesta COMPLETA = 3 puntos

Respuesta MEDIANAMENTE COMPLETA = 1 punto

Respuesta INCOMPLETA = 0 puntos

¿POR CUÁNTO TIEMPO LOS DEBE TOMAR?

Respuesta COMPLETA = 3 puntos

Respuesta MEDIANAMENTE COMPLETA = 1 punto

Respuesta INCOMPLETA = 0 puntos

¿CÓMO LOS DEBE TOMAR, VIAS Y CUIDADOS ESPECIALES?

Respuesta COMPLETA = 3 puntos

Respuesta MEDIANAMENTE COMPLETA = 1 punto

Respuesta INCOMPLETA = 0 puntos

CONSIDERANDO:

Respuesta COMPLETA: CUANDO SE CUMPLE EN EL 100% DE LOS MEDICAMENTOS.

Respuesta MEDIANAMENTE COMPLETA: CUANDO SE CUMPLE EN EL 70% DE LOS MEDICAMENTOS.

Respuesta INCOMPLETA: CUANDO SE CUMPLE EN MENOS DEL 50% DE LOS MEDICAMENTOS.

Se considerará que la forma de dar las indicaciones es:

- EFFECTIVA: si se logra una puntuación de 12.
- MEDIANAMENTE EFFECTIVA: si se logra una puntuación entre 11 y 7.
- NO EFFECTIVA: si se logra una puntuación menor a 7.

Quién realizará la evaluación no necesariamente podrá ser el médico, sino también una tercera persona que estará o no relacionada con el enfermo, tal como la secretaria o personal auxiliar que colabora con el médico en su consultorio, en este caso tras un adecuado adiestramiento.

Requisitos Básicos

Para el logro de los objetivos del programa será preciso contar con los escasos recursos necesarios para imprimir la planilla propuesta, pero si no se cuenta con estos medios se podrán realizar manualmente las indicaciones cumpliendo así los pasos propuestos con mínimos costos o mejor dicho, con el solo costo del tiempo de llevar a cabo una prolija indicación médica.

Otro requisito es el acabado convencimiento de los profesionales médicos sobre los beneficios que brindará a los pacientes la correcta dosificación y empleo de los psicofármacos prescriptos.

Aunque si no fuera suficiente el argumento ético, los profesionales se deberían convencer que este tipo de ordenamiento los aleja de las demandas por “Mala Praxis”, cada vez más frecuentes entre los médicos dedicados a la salud mental.

ANEXO II

MODELO DE FORMULARIO PARA EVALUAR LA EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE NORMALIZACION DE INDICACIONES MEDICAS EN CONSULTORIOS DE SALUD MENTAL PARA PACIENTES AÑOSOS.

a) MEDICO

<p>1) LEGIBLE</p> <p>LEGIBLE ٣ 3 puntos</p> <p>MEDIANAMENTE ١ 1 punto</p> <p>ILEGIBLE ٠ 0 punto</p>	<p>2) HORARIOS</p> <p>COMPLETO ٣ 3 puntos</p> <p>MEDIANAMENTE ١ 1 punto</p> <p>INCOMPLETO ٠ 0 puntos</p>	<p>3) ACLARACIÓN</p> <p>ACLARADO ٣ 3 puntos</p> <p>MEDIANAMENTE ١ 1 punto</p> <p>SIN ACLARAR ٠ 0 puntos</p>			
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">TOTAL</td> <td style="padding: 5px;">=</td> <td style="width: 50px;"></td> </tr> </table>			TOTAL	=	
TOTAL	=				

*Los que obtengan menos de 7 puntos en a) No se tendrán en cuenta para la encuesta (se excluyen de la muestra)

b) PACIENTE

<p>1) ¿Cuáles medicamentos le indicó el médico?</p> <p>COMPLETA ٣ 3 puntos</p> <p>MEDIANAMENTE ١ 1 punto</p> <p>INCOMPLETA ٠ 0 puntos</p>	<p>2) ¿En qué días y horarios debe tomarlos?</p> <p>COMPLETA ٣ 3 puntos</p> <p>MEDIANAMENTE ١ 1 punto</p> <p>INCOMPLETA ٠ 0 puntos</p>	<p>3) ¿Por cuánto tiempo los debe tomar?</p> <p>COMPLETA ٣ 3 puntos</p> <p>MEDIAMAMENTE ١ 1 punto</p> <p>INCOMPLETA ٠ 0 puntos</p>			
<p>4) ¿Cómo los debe tomar? (vías y cuidados especiales)</p> <p>COMPLETA ٣ 3 puntos</p> <p>MEDIANAMENTE ١ 1 punto</p> <p>INCOMPLETA ٠ 0 punto</p>					
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">TOTAL</td> <td style="padding: 5px;">=</td> <td style="width: 50px;"></td> </tr> </table>			TOTAL	=	
TOTAL	=				

COMPLETA = cuando se cumple en el 100% de los medicamentos
 MEDIANAMENTE = cuando se cumple en el 70% de los medicamentos
 INCOMPLETA = cuando se cumple en menos del 70% de los medicamentos.

“PROGRAMA SOBRE NORMALIZACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN DE
FÁRMACOS EN UN ESTABLECIMIENTO PSICOGERIÁTRICO”

Palabras Clave:

Equipo de Salud → Farmacovigilancia → Normalización → Administración → Medicamento → Sobredosificación → Dispensadores → Responsabilidad → Participación → Anciano → Personal médico y de enfermería.

Fundamentación:

Este proyecto tiende a optimizar la organización para la preparación y administración de fármacos, evitando errores que conducen al mal empleo de la medicación y favoreciendo la farmacovigilancia.

Objetivo:

Garantizar la administración del medicamento indicado, en las dosis y tiempos adecuados, sobretudo en programaciones terapéuticas a largo plazo.

Actividades involucradas:

- Preservar la medicación fuera del alcance de los internados.
- Los fármacos podrán ser solicitados a la droguería o farmacia proveedora por la Administración, según indicación médica, en forma quincenal o mensual.
- Cuando arriban las drogas a la institución, el médico asistente controlará que el suministro esté completo, verificará la fecha de vencimiento de los fármacos y los clasificará según acción farmacológica, para depositarlos posteriormente en el sector previsto.
Se colocarán dentro de recipientes de vidrio o plástico, de buen tamaño, que permitan su fácil manipulación y posean visible identificación de las características de los mismos.
- Es indispensable mantener un stock de reposición mínimo de una semana para cada producto, más un 20% de reserva, comunicando con suficiente

antelación a la Dirección del establecimiento para su reposición oportuna sin llegar al nivel de “punto crítico”.

- Se dispondrá de un registro de indicaciones médicas (Pág. 148) por cada paciente y por cada mes calendario, incluyendo su nombre y apellido, fecha, N° de habitación y cama.

En el mismo el médico asistente del establecimiento realizará las indicaciones, haciendo constar: nombre del medicamento, dosis, horarios (Desayuno, Almuerzo, Merienda, Cena), fecha de inicio y terminación del tratamiento.

- Se dispondrá de registro de indicaciones de enfermería, uno por cada paciente y por cada mes calendario (Pág. 114), incluyendo también nombre y apellido, fecha, N° de habitación y cama. Allí la enfermera profesional transcribirá las indicaciones médicas, haciendo constar: nombre del medicamento, dosis, horarios (Desayuno, Almuerzo, Merienda, Cena), fecha de inicio y terminación del tratamiento. Este registro poseerá casilleros para ser tildados por el personal que suministra los fármacos en cada toma, inicialando la misma para certificar la administración.
- Se contará con registros de controles (Pág. 115) por cada paciente y por cada mes calendario, incluyendo: nombre y apellido, fecha, N° de habitación y cama. Allí la enfermera correspondiente registrará periódicamente o según necesidad la presión arterial, pulso, temperatura, micción, deposición y, fundamentalmente, interurrencias y efectos adversos, que nos puedan sugerir alguna intolerancia medicamentosa, ésto último será utilizado por el médico asistente para reemplazar la medicación inadecuada.
- Se contará con dosificadores o dispensadores (Pág. 116), el dispositivo propuesto consta de 7 dispensadores (10 cm. de largo x 3 cm. de ancho x 1.5 cm. de alto) contenidos y sujetos en una caja plástica (23 cm. de largo x 13. cm. de ancho y 3 cm. de alto). Cada uno de ellos irá rotulado con el nombre del paciente, presentando 4 compartimentos individuales, con sendas tapas transparentes de cierre hermético, que marcarán los horarios de administración del fármaco (Desayuno, Almuerzo, Merienda, Cena).

Estos objetos resguardan los medicamentos ante una probable caída de la caja, además son irrompibles.

Se pautará en forma escrita el procedimiento de preparación y uso de los dispensadores, a fin de disminuir factibilidades de errores en la ejecución.

Normas para el manejo de la medicación, a cargo de enfermería:

- 1) Preparación de la medicación: Se efectivizará antes de las 15 horas del día anterior, se hará el manipuleo de la misma usando guantes de látex no estériles o manoplas.
Cualquier medicación que tuviera un horario de administración diferente, quedará debidamente aclarada por el médico.
Este proceso demanda un lapso operativo de 120 minutos para una población de 40 pacientes, a cargo de una enfermera y una auxiliar.
- 2) La medicación de uso habitual y prolongado que no requiere de indicaciones especiales se administrará en horarios fijos: desayuno, almuerzo, merienda y cena, pues son los momentos en que la gran mayoría de los internados se hallan reunidos en el salón comedor, lo cual facilita la administración y el control real de cada toma. Cada hoja de indicaciones estará firmada y sellada por el médico, siendo actualizada al primer día de cada semana. Enfermería no tomará como válidas prescripciones como “igual tratamiento” o “iguales indicaciones”, sino el completo detalle de las drogas prescriptas, sus dosis y frecuencias horarias de administración. En el caso que en el transcurso del mes se agregue medicación de uso continuado, se consignará claramente la fecha de inicio de la misma con firma y sello del médico actuante. Se preconizará la denominación de las drogas por sus genéricos.
- 3) Distribución de los medicamentos: Se realizará en los horarios estrictamente consignados de acuerdo a lo estipulado en la norma anterior, usando para ello guantes de látex no estériles o manoplas y certificando la efectiva toma de los mismos por parte del residente, debiéndose estar presente en ese momento preciso para así confirmar

que han sido ingeridos. Este procedimiento es fundamental para evitar que escupan las drogas o las tiren o escondan, situaciones habituales en este tipo de pacientes. El dispensador no quedará nunca sobre una mesa del comedor o mesa de luz. Enfermería se retirará del lugar sólo cuando el residente haya completado la toma de toda la medicación.

El personal de enfermería tendrá funciones y obligaciones inherentes a su tarea: preparará, administrará y registrará los medicamentos y tratamientos según las indicaciones médicas previamente escritas. Estará bajo su estricto control el circuito de preparación de dispensadores y suministro de medicamentos, que será normalizado cumpliendo explícitas condiciones de bioseguridad, siendo asimismo responsables que los residentes reciban la medicación en tiempo y forma.

La enfermera profesional al igual que el médico asistente verificarán, dos veces por semana cada uno, si no hubo error en la preparación de los dispensadores, procediéndose a la supervisión permanente y a la docencia programada e incidental.

Resultará beneficioso vencer obstáculos desde el personal de enfermería (focos de conflicto) que tal vez se resista a la preparación descrita por considerarla tediosa y también cuestionará el traslado de las cajas refiriendo, por ejemplo, caídas frecuentes de las mismas. En toda institución suelen existir, además, resistencias al cambio por el cambio en sí mismo, que forman parte de la propia idiosincrasia del lugar.

Las ventajas que el método aportará, serán el orden y la seguridad que se incorporarán progresivamente (con menor riesgo para el personal) y reducirán también los esfuerzos para la realización de dicha tarea, favoreciendo al paciente con la dosificación correcta.

Calendarización:

Aprobado el proyecto, en reunión de equipo, se pondrá de inmediato a funcionar, dado que el tiempo necesario para lograr los objetivos previstos será tanto como el suficiente para entrenar al personal interviniente: 15 días, de manera aproximada.

Encuesta de Satisfacción:

Podrá efectuarse luego del primer mes de implementación entrevistando al Cliente Interno formado por Médico Asistente, Psicóloga, Enfermera y las Auxiliares de Enfermería, de acuerdo a la siguiente tabla de evaluación:

Cliente Interno	NS	PS	S	MS

NS: No satisfactorio

PS: Poco Satisfactorio

S: Satisfactorio

MS: Muy satisfactorio

Los Clientes Externos (pacientes, familiares, responsables) también podrán encuestarse en la medida de sus respectivas capacidades intelecto-cognitivas y afán de participación.

Beneficiarios:

El proyecto va dirigido a beneficiarios directos: los internados y a beneficiarios indirectos, que son el Médico, la Enfermera, la Auxiliar de Enfermería, la Psicóloga y la Institución en su conjunto.

Recurso Humano

El recurso humano a convocar comprende: Médicos, Enfermeras y Auxiliares de Enfermería, aunque siempre deberá tenerse informado al resto del equipo de trabajo de la institución sobre la evolución y resultados del programa.

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL PROYECTO

Todo método de monitoreo debe ser: preciso, efectivo, sistemático, objetivo y claro, para ello se formula el siguiente modelo de indicador:

		S I	NO
Registros	Registros actualizados de indicaciones médicas	2	0
	Registros actualizados de indicaciones de enfermería	2	0
Organización	El personal recibe supervisión y capacitación permanente	2	0
Dispensadores	Se cumple el tiempo programado en la preparación de los Dispensadores	4	0
	Se cumple correctamente la distribución de los Dispensadores por mesa	3	0
	Se cumple correctamente la preparación de los Dispensadores	4	0
	Se cumple el traslado de los Dispensadores según técnica (máximo 4 cajas por cada traslado)	3	0
	Están los Dispensadores claramente rotulados	4	0
Resultado	Recibe el residente la medicación en tiempo y forma.	3	0
		27	0

PUNTAJE:

27/20 Se cumple el objetivo	19/10 Se cumple parcialmente el objetivo	9/0 No cumple el objetivo
--------------------------------	---	------------------------------

La evaluación será llevada a cabo bimestralmente, con posterior devolución al equipo de salud institucional mediante reuniones de intercambio que, además, servirán para ajustar el programa y enriquecerlo mediante los diversos aportes del personal interviniente, hacia el autosustento del mismo a través del consenso obtenido.

DISPENSADORES

Caja: Contiene 7 Dispensadores

Medidas: Largo 23 cm.

Ancho 13 cm.

Alto 3 cm.

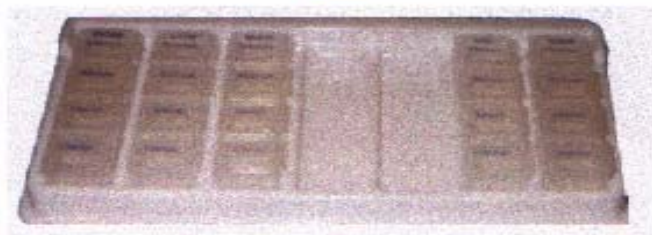
Dispensador:

Medidas: Largo 10 cm.

Ancho 3 cm.

Alto 1,5 cm.

Caja



Dispensadores



TRAZADOR: “HIGIENE CORPORAL DEL ANCIANO RESIDENTE EN ESTABLECIMIENTOS PSICOGERIÁTRICOS”

Un trazador es una condición, problema o enfermedad, identificable, fácil de evaluar y de alta prevalencia en la población examinada, que está relacionado con la capacidad funcional y el bienestar del paciente. Para utilizar un problema como trazador de la calidad de la atención debe cumplir con los siguientes requisitos: a) existir procedimientos claros para el tratamiento del problema; b) una vez aplicado el tratamiento adecuado, éste debe contribuir positivamente a mejorar la condición del paciente, y c) tendrían que existir normas sobre procedimientos, establecidas para al menos algunos de los procesos implícitos en la atención de la condición: prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Son ejemplos de trazadores: la hipertensión, la diabetes, las dificultades para vestirse o bañarse, la incontinencia y la sensación de soledad, entre otros. *

Características del método

El método provee un enfoque integral para evaluar, supervisar y mejorar la calidad de la atención, las principales características del mismo son:

- a) Combina dos aspectos simultáneamente: se concentra en un número reducido de trazadores, que representan las diversas áreas de la atención, analizándolos en profundidad, y al mismo tiempo examina un número mayor de indicadores en forma más superficial.
 - b) Combina los indicadores estructurales, los de proceso y los relacionados con el resultado de la atención. La detección de deficiencias estructurales es particularmente útil para explicar la existencia de falencias relacionadas con el proceso y con los resultados inadecuados de la atención brindada.
 - c) Utiliza múltiples fuentes de información: conversaciones con los proveedores de la atención, entrevistas y exámenes de residentes, revisión de historias y observación participante. El uso de diversas
-

fuentes de información permite verificar la confiabilidad y calidad de cada una de ellas y obtener un cuadro más completo de la situación.

- d) La recolección de datos se realiza en dos niveles: en el nivel individual y en el de la organización proveedora de los servicios (sistema).
- e) La evaluación se basa en las normas y reglas técnico-profesionales para los indicadores de estructura, proceso y resultados deseados, y en la tasa esperada de resultados positivos. *

Evaluación operativa

Se consideran tres aspectos operativos fundamentales respecto de cada uno de los trazadores:

- a) Análisis de las dimensiones del trazador: se recolectan los datos específicos de cada uno de los trazadores y se los analiza en relación con cinco dimensiones: prevalencia de la condición, conocimiento de la existencia de dicha condición por parte del equipo profesional, existencia y adecuación del tratamiento, medida en que los resultados de la atención son satisfactorios, y análisis de los indicadores estructurales relevantes.
- b) Detección de deficiencias: se pueden detectar deficiencias en la relación cuando su calidad es baja. En tales casos, o bien el equipo profesional no conoce la existencia de la condición, o no existe tratamiento, o el mismo es inadecuado, o se detectan resultados insatisfactorios de la atención.
- c) Identificación de las causas de las deficiencias: una vez detectadas las deficiencias, es necesario identificar su origen que, por lo general, está relacionado con factores estructurales internos o externos a la organización proveedora de servicios. Ejemplos de causas internas del servicio son: insuficiente entrenamiento del equipo técnico-profesional, procedimientos administrativos deficientes y relaciones inadecuadas entre los miembros del equipo profesional entre si y con el paciente. Ejemplos de causas externas al servicio son: reglamentaciones y obligaciones contractuales difusas y falta de efectividad de la supervisión gubernamental. *

* Tomer A., Fleishman R., Schwartz R.: The quality of institutional care: Psychosocial aspects". Jerusalem:

* Tomer A., Fleishman R., Schwartz R.: The quality of institutional care: Psychosocial aspects". Jerusalem :

Elección de los trazadores relevantes

El método de los trazadores se apoya en una presunción básica: la consistencia del comportamiento del proveedor de servicios durante la provisión de éstos. Lo anterior significa que si uno de los miembros del equipo multidisciplinario proporciona al paciente un tratamiento adecuado respecto de una condición, ese mismo miembro mantendrá igual nivel de adecuación respecto del tratamiento de otra condición de la misma área de atención, en el mismo caso. Este supuesto permite basar la evaluación en un conjunto limitado de condiciones que son trazadoras de la calidad de la atención prevista. El conjunto de trazadores representa las diversas áreas de atención y ofrece un cuadro integral en relación con la calidad de la misma, en determinada circunstancia y en una institución o servicio preestablecido.

Las preguntas serán efectuadas sin previo aviso al personal (no jerárquico) elegido al azar en distintos horarios y turnos, durante tres días diferentes a la semana y en el lapso de un mes.

El interrogatorio a los residentes se efectuará junto al del personal, los pacientes añosos deberán poseer capacidad de raciocinio conservada y orientación temporo-espacial indemne, independientemente de su potencialidad física (ambulatorio o no, semi-dependiente / dependiente), en caso necesario se entrevistará a los familiares de los mismos cuando el interno no reúna los requisitos mencionados.

INTERROGATORIO AL INTERNADO.

Se diferencia en los niveles de: Estructura, Proceso y Resultado.

A- PARÁMETROS ESTRUCTURALES:

	Bueno (5)	Regular (2)	Malo * (0)
En donde le cambian la ropa: En donde lo bañan: (5) En la habitación (2) En cualquier lugar (0)			
En donde le higienizan: En el baño (5) En la habitación (2) En cualquier lugar (0)			
Quién lo hace: Al menos dos (2) agentes de la institución: (5) Un (1) solo agente: (2) Un pariente: (0)			

* Tómese este puntaje a manera de guía para efectuar la calificación de este ítem.

C- PARÁMETROS DE RESULTADOS:

	Bueno	Regular	Malo
Se observan dermatopatías o lesiones por rascado en la piel del residente: si (2) // no (5)			
Aspecto lecho ungueal: limpio (5) / sucio (0) “ Surco retroauricular: “ (5) “ (0) “ Surco submamario / dorso “ (5) “ (0) “ Ombligo “ (5) “ (0) “ Pies “ (5) “ (0)			
Ectoparasitosis / picaduras de insectos: sí (0) // no (5)			
Se recibieron quejas de los residentes: si (2) // no (5)			
Apto: > 19 hasta 40.			

INTERROGATORIO AL PERSONAL

Igualmente se evalúa Estructura, Proceso y Resultado.

D- PARÁMETROS ESTRUCTURALES

	Bueno	Regular	Malo
En donde le cambian de ropa al residente luego del baño corporal: <ul style="list-style-type: none"> Habitación (0) Baño (2) Otro lugar privado (1) En donde le higienizan: <ul style="list-style-type: none"> Habitación (0) Baño (3) Otro lugar privado (1) 			
Los elementos de acondicionamiento del ambiente: <ul style="list-style-type: none"> Adecuada iluminación: sí (2) // no (0) Adecuada temperatura: sí (4) // no (0) Los elementos para tales fines deben estar correctamente instalados cumpliendo con normas de seguridad.			
Quiénes lo hacen?: <ul style="list-style-type: none"> Siempre las mismas personas (1) Distintas personas (0) Siempre en el mismo lugar: sí (1) // no (0) 			
Se cuenta con ropa y calzado impermeable para el personal: <ul style="list-style-type: none"> Sí (2) // no (0) Baño con ducha (1) // duchador (2) // bañera (1) <ul style="list-style-type: none"> Elementos de aseo: sí (2) // no (0) Productos de tocador: sí (2) // no (0) Elementos de secado: sí (2) // no (0) 			
Apto: > 13 hasta 25.			

F- PARÁMETROS DE RESULTADOS

	Bueno	Regular	Malo
Frecuencia de Dermatopatías: Ninguna (5) Pocas (2) Numerosas (1) Epidémicas (0)			
La comunicación de anomalías observadas durante el aseo, se efectúa de forma: Verbal (1) Escrita (5)			
Frecuencia de accidentes durante el aseo: Ninguna (10) Pocas (3) Numerosas (1) Epidémicas (0).			
Patologías asociadas al aseo: Ninguna (10) Pocas (3) Numerosas (1) Epidémicas (0)			
Se recibieron quejas de los familiares: sí (0) // no (3)			
Apto: > 11 hasta 33.			

INTERROGATORIO A FAMILIARES O RESPONSABLES.

Se siguen los mismos pasos que en los casos anteriores.

G- PARÁMETROS ESTRUCTURALES:

	Bueno	Regular	Malo
El lugar donde se efectúa el aseo es: Amplio (2) Climatizado (2) Iluminado (2)			
El lugar donde se efectúa el aseo es: Suficientemente equipado (2) Seguro (2) Limpio (2)			
Apto: > 8 hasta 12.			

H- PARÁMETROS DE PROCESOS:

	Bueno	Regular	Malo
Las personas que realizan la higiene diaria: Están especialmente adiestradas: (5) Son empíricas: (2) No saben nada: (0)			
Las personas que realizan la higiene diaria son: Siempre las mismas: (5) Son distintas: (2) Trabajan en distintos turnos: (1)			
Apto: > 4 hasta 10			

I- PARÁMETROS DE RESULTADOS:

	Bueno	Regular	Malo
Aspecto del residente: Limpio (1) Correctamente vestido (3)			
Se recibieron quejas de los familiares: sí (1) // no (3)			
La ropa del residente está: Limpia (3) Planchada (1) Sin olores (1)			
Apto: > 5 hasta 12.			

INSTRUCTIVO:

La sumatoria de los puntajes se efectuará de acuerdo a los siguientes parámetros:

BUENO: Es el puntaje máximo y va en su correspondiente casilla.

REGULAR: Es la sumatoria que se encuentra entre el mínimo y el máximo.

MALO: Sumatoria de menores del mínimo para apto.

BIBLIOGRAFÍA

- González Dagnino A. y col.: *“Calidad Total en Atención Primaria de Salud”* – Ed. Díaz de Santos – 1994 – Madrid – ESPAÑA.
- Ascitutto, Alejandro: *“Salud, una reforma pendiente”* – Ed. Puma – 1998 – Buenos Aires – ARGENTINA.
- Guillén Llera F., Pérez del Molino, M.: *“Síndromes y Cuidados en el paciente geriátrico”* – Ed. Masson – 1994 – Barcelona – ESPAÑA.
- Salgado Alba, A., González Montalvo, J. I.: *“Fundamentos prácticos de la asistencia al anciano”* – Ed. Masson – 1996 – Barcelona – ESPAÑA.
- Ferrey G., Le Goves G., Bobes J.: *“Psicopatología del Anciano”* – Ed. Masson – 1994 – Barcelona – ESPAÑA.
- Corella, José María: *“La gestión de servicios de salud”* – Ed. Díaz de Santos – 1996 – Madrid – ESPAÑA.
- Varo, Jaime: *“Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios”* – Ed. Díaz de Santos – 1993 – Madrid – ESPAÑA.
- OPS – OMS: *“Evaluación de la calidad de la atención en Salud Mental”* – HPP /02/04.
- Deming, W. E.: *“Calidad, productividad y competitividad – La salida de la crisis”* – Ed. Díaz de Santos – 1989 – Madrid – ESPAÑA.

CAPITULO V

OTROS PROCESOS DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN PSICOGERIÁTRICA

Corresponde aquí dar cabida a otros dos fundamentales procesos de calidad vinculados por un lado a la Gerontopsiquiatría hospitalaria y por otro a la formación de cuidadores domiciliarios para ancianos dementizados; ambos revisten precisa incidencia para la salud mental de los mayores.

PROGRAMA DE CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLINICAS DE UN SERVICIO DE SALUD MENTAL

La inclusión del presente Programa en este trabajo sobre las problemáticas de la organización de la asistencia de la salud mental de las personas mayores y ancianos se basa en que el Hospital de Zárate “Virgen del Carmen” tiene a su cargo, mediante el sistema de capitación, la atención del 65% de esta población afiliada al INSSJP-PAMI y residente en el Partido de Zárate, equivalente a 11.134 personas sobre un total de 17.130 entre mayores, ancianos, discapacitados, familiares, cónyuges y menores a cargo.

Es precisamente esta Obra Social la que engloba al 70% de los pacientes mentales incluidos en la Seguridad Social de nuestro país, cuyas edades son diversas (ancianos, mayores, adultos discapacitados, cónyuges, familiares y menores a cargo); por lo tanto el Servicio de Salud Mental del nosocomio recibe y asiste un flujo elevado de afiliados al P.A.M.I. con patología mental, sea como internados en faz aguda o sub-aguda, como de cobertura ambulatoria por consultorios externos y también a quienes concurren a Hospital de Día. Vale decir que este Programa de Calidad en las Historias Clínicas se compone nutridamente de pacientes jubilados y pensionados y de las demás personas a su cargo, de ahí que sus conclusiones puedan direccionarse hacia los escenarios específicos de la salud mental de los viejos y sus allegados o familiares a cargo, quienes numéricamente ocuparon el 42% de las internaciones por patologías mentales agudas y sub-agudas del Hospital, el 46% de las

consultas ambulatorias de la especialidad y el 35% de las internaciones en Hospital de Día durante el año 2002.*

En el transcurso del año 2001, con fines de elevar la calidad de atención de la salud poblacional, la Dirección y el Servicio de Salud Mental del Hospital Zonal de Zárate "Virgen del Carmen" (dependiente del Ministerio de Salud de la Pcia. de Bs. As), desarrollaron un curso de actualización y capacitación en gestión, que abarcó los meses de abril a septiembre inclusive, cubriendo temas de auditoría médica, gestión en salud y médico legales, con un total de 20 clases.

En segundo lugar se inició a partir del mes de junio de 2001 hasta la actualidad, un programa de calidad de las Historias Clínicas, para mejorar la exactitud y veracidad de los registros, con el fin de eliminar aquellos incompletos o ausentes, tan frecuentes en el ámbito de la salud pública.

Con tales propósitos se utilizó una grilla de calificación (ANEXO I) obteniéndose los resultados que acompañan al presente informe, abarcando en forma general 9 aspectos básicos de la Historia, que consideraron 40 puntos específicos a evaluar a través de 3 criterios sencillos de ponderar. El método de evaluación aplicado consistió en el uso de dos vías simultáneas de calificación, la primera a cargo de los médicos psiquiatras y los psicólogos del Hospital y la segunda a cargo del área de Auditoría Interna.

El programa interesó a seis profesionales (3 psiquiatras y 3 psicólogos), quienes manejaron las grillas mencionadas e informaron sobre 175 Historias de pacientes egresados de cada una de las sub-areas del Servicio que se seleccionaron al azar.

En segundo lugar, la Auditoría analizó 14 Historias de las 175 consideradas por el Servicio, generando un segundo informe independiente del primero emitido por el sector aludido.

Los resultados obtenidos en la muestra se convirtieron en los porcentajes y tablas que se adjuntan al presente informe y que, a su vez, generaron otros reportes de parte del Servicio evaluado, permitiendo finalmente el desarrollo de acciones que posibilitarán corregir y subsanar los errores y falencias detectadas.

* Según información aportada por el Depto. Estadística del Hospital Zonal Gral. de Agudos Descentralizado de Zárate "Virgen del Carmen".

ANÁLISIS

Tal como se expresara, aplicado el programa descrito se relevó un total de 175 Historias Clínicas del Servicio de Salud Mental del Hospital Zonal Gral. de Agudos de Zárate “Virgen del Carmen”.

A su vez la Auditoría evaluó 14 Historias precalificadas por los médicos y psicólogos actuantes.

De los 40 puntos específicos considerados se informaron 39, ya que aun no se han generalizado consentimientos particularizados para cada acto médico, hallándose este proceso todavía en fase de implementación.

Los conceptos generales examinados al realizar la evaluación fueron los siguientes:

- 1) Completa y legible.
- 2) Admisión y evolución médica y paramédica.
- 3) Estudios diagnósticos y procedimientos.
- 4) Indicaciones Médicas y de Enfermería.
- 5) Consentimiento y Epicrisis.

Los conceptos utilizados para calificar el material recibido, se diferenciaron en:

- A. Suficiente: cumple con los elementos básicos del registro.
- B. Incompleto: registro presente aunque insuficiente.
- C. Ausente: no consta registro.

A partir de los elementos citados se confeccionaron dos informes tabulados en cuadros, uno producido por los psiquiatras y psicólogos y otro por la Auditoría Interna.

Para concluir con las consideraciones analíticas e iniciar una descripción de cada uno de los temas, se destaca que ambas tablas obtenidas formulan resultados similares y que las diferencias existentes entre ellas fueron menores, lo cual demuestra esmero y honestidad por parte de los profesionales asistenciales participantes.

Tratando de fijar parámetros que faculten a conocer los resultados del trabajo efectuado, se establecieron los siguientes niveles:

Buenos resultados: 90 % de suficientes o más.

Valores a mejorar: 70 % de suficientes o más de 10 % de incompletos.

Malos resultados: menos del 70 % de suficientes, cualquier % de ausentes.

PROPUESTAS

Expuestos los puntos precedentes, correspondió iniciar las actividades orientadas a la optimización de las Historias Clínicas supervisadas a través del presente programa.

En primer término se procedió a entregar a cada uno de los profesionales participantes, una copia de los informes obtenidos a fin que elaboren las tablas de porcentajes propios de las Historias específicamente consideradas.

En segundo lugar se elaboraron memorias que, en base a las tablas de calificación propuestas, determinaron cuales aspectos resultaron eficientes, cuales debían ser mejorados y aquellos a ser modificados por su deficiente estado de registro, acto que también fue llevado a cabo por el Coordinador de Auditoría Interna en su propio informe.

En última instancia con los resultados calificados en las alternativas anteriores y en reuniones técnicas desarrolladas a tal fin, se establecieron los orígenes y razones de los puntajes no deseados según sea el error, el segmento afectado y los responsables de ello.

Las propuestas surgidas de las reuniones antedichas, permitieron elaborar las normas atinentes a la mejora de las Historias Clínicas de Salud Mental, las que debieron contar con el consenso del personal involucrado, del Jefe de Servicio, de la Auditoría y de las autoridades del Hospital.

Cumplidas las fases señaladas pudieron planificarse y llevarse a cabo nuevas etapas de este programa de gestión de calidad del Hospital de Zárate interesando a otras áreas sobre la problemática.

CONSIDERACIONES PRELIMINARES SOBRE LOS RESULTADOS

Desde el primer informe obtenido, y a partir de los datos producidos, se confeccionaron las nuevas tablas clasificadas según los valores de: buenos resultados, valores a mejorar y malos resultados.

De los resultados obtenidos en el primer informe y en el sucesivo, se destacó el porcentaje de cada uno de los grupos y, a partir de ello, las especulaciones que individualmente les caben, a saber:

BUENOS RESULTADOS 35,9 %	VALORES A MEJORAR 15,4 %	MALOS RESULTADOS 45,7 %
-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

Resalta que la mitad de las Historias Clínicas evaluadas lograron un 70% o más de suficientes, incluyendo en este primer grupo tanto los buenos resultados como aquellos a mejorar.

Al respecto es de señalar que los buenos resultados con un 90% o más, significaron uniformidad de criterios, por lo tanto se alcanzaría el 100% con sólo perfeccionar los mecanismos de control por parte de la Jefatura de Servicio, ya que los juicios de los integrantes del equipo de salud mental son similares y las faltas corresponderían a motivos circunstanciales y/o menores.

De los aspectos a mejorar que completaron la evaluación de la mitad de Historias adecuadas, con un 70 % o más de suficientes, se puso de manifiesto que si bien los criterios mayoritariamente son uniformes, las diferencias entre los distintos integrantes del equipo de salud mental fueron responsables en número y fundamentos para causar defectos en los registros revisados, motivos por los cuales el esfuerzo en este caso pasó por promover reuniones de análisis con sus distintos integrantes a fines de lograr la unidad de apreciación necesaria.

Finalmente existió una mitad de Historias Clínicas que, en sus distintos aspectos, no alcanzaron un mínimo del 70 % de suficientes, representando una disparidad de conceptos en la confección del tópico evaluado, de modo que su solución pasó por incentivar los mecanismos de entrenamiento necesarios a fines de eliminar los defectos y vicios causantes de las falencias detectadas.

A partir de los puntos señalados, debieron ponerse en práctica mecanismos de control y reuniones de unificación de criterios para ver de alcanzar el 100 % deseado en la primera mitad de Historias Clínicas consideradas.

Por otro lado, hubo de considerarse la posibilidad de estimular los concernientes entrenamientos y capacidades para resolver el restante 50 % con malos resultados, único modo de superar errores sustentados en conceptos falaces desde la base misma del aprendizaje de la Historia Clínica como documento y herramienta de control de gestión institucional.

EVALUACIÓN DETALLADA

Partiendo de los dos informes obtenidos oportunamente sobre el primer muestreo de las Historias Clínicas del Servicio de Salud Mental y sobre los resultados hallados, se pudieron inferir dos conceptos que se entendieron centrales y originantes de respuestas mejoradas en dichos registros, son ellos:

- 1) Fue de gran valor significar la similitud de criterios hallados al momento de evaluar los registros simultáneamente, desde los profesionales del área asistencial y desde la Auditoría; como dos visiones que, con sus diferentes opiniones, demostraron semejanzas en las apreciaciones confiriéndose mayor valor a la uniformidad de principios vigentes al momento de juzgar las Historias Clínicas.
- 2) Al agrupar los resultados en tres conceptos y siendo éste el primer control, alcanzar una mitad de parámetros con valores superiores al 70 % de suficientes, permite establecer que la plataforma de la cual partimos fue razonablemente buena y nos habilitaba para lograr resultados superiores con el programa aplicado durante un determinado período de tiempo.

Por último fue adecuado, en base a los datos alcanzados, establecer una serie de conductas que acercasen al máximo de puntaje posible, sobretudo en aquellos aspectos agrupados en los dos primeros criterios destacados en el segundo reporte (los buenos resultados y los aspectos a mejorar), en virtud de ello partiendo de este informe se encararon propuestas destinadas a cumplir con dichos objetivos.

CONCEPTOS CON BUENOS RESULTADOS

La búsqueda del 100 % ideal en los aspectos que obtuvieron dicha calificación, requirió de la puesta en marcha de un procedimiento de control de las Historias tanto durante su producción como en su cierre, antes de la entrega al Archivo tras del egreso del paciente.

Aquellos criterios que obtuvieron un 90 % o más, cercanos al ideal deseado y calificados como “aspectos con buenos resultados”, exigieron un contralor diario

y detallado al momento del cierre y epicrisis, éste puede ser logrado a partir de la distribución de dicha tarea entre los diversos integrantes del Servicio, siendo el Jefe del area el encargado de llevar a la práctica dicha selección de responsabilidades.

Buscando ser efectivos en la aplicación de este control, debieron confeccionarse copias para cada uno de los profesionales actuantes, adonde señalar los aspectos a ser revisados con el objeto de cumplir las pautas que demostraron ser adecuadas pero que no permitieron lograr el ideal, simplemente, por omisión o defecto en un reducido número de casos.

Llegado el momento de fijar los mecanismos de control de dichas Historias Clínicas, se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

1. Cantidad de Historias Clínicas.
2. Número de profesionales asignados.
3. Asistencia diaria de dichos responsables.
4. Número de egresos diarios.

RESULTADOS A MEJORAR

Cuando se comenzó a trabajar en este segundo grupo de ítems, los procesos fueron más complejos que los abordados al incidir sobre el grupo anterior, aunque no obstante su complejidad no superó al personal específico del Servicio, motivo por el cual esta tarea pudo desarrollarse al unísono con la primera. En principio hubieron de confeccionarse y fotocopiar listados conteniendo los aspectos que alcanzaron el calificativo en cuestión con entrega a todo el personal actuante en el sector.

Luego pudo ejecutarse un programa de reuniones sucesivas en la cantidad y frecuencia estimadas necesarias, con el objetivo de establecer criterios uniformes y/o unificados sobre cada uno de los ítems a perfeccionar.

Cabe señalarse la importancia de respetar la participación activa y la libertad de opinión de cada uno de los integrantes de las reuniones convocadas, ya que la visión y la experiencia particular con la óptica propia de cada labor brindaron una riqueza de datos al momento de descubrir los mecanismos de error u omisión, como así también hicieron emerger las diferencias de criterios que

generaron la disparidad de registros productores de fallos que alcanzaron hasta un 30 %.

La Auditoría participó de dicha elaboración a través de su propia reunión con los profesionales intervinientes, lo cual facilitó los posteriores encuentros con el personal de cada sub-área respectiva y las búsquedas de una unidad valorativa por parte del/ los actores convocados.

Al respecto es de observar que los aspectos considerados generales (Historia Clínica completa y legible) exigieron una tarea muy sencilla de evaluación al momento de unificación de criterios con solamente brindarse un listado de los elementos que deben encontrarse en la Historia durante su producción y cierre, los cuáles pudieron ser controlados durante la propia actividad de su lectura; la legibilidad fue de rápida mejora mediante la lectura aleatoria por cualquier participante del Servicio y su inmediata corrección a partir de la previa dificultad de comprensión por parte del lector.

La evolución demandó adoptar un criterio global de los aspectos que forman parte de la descripción del estado actual, con el agregado de señalar el valor legal de dicha reseña al momento de justificar una conducta a partir de dicho estado antes citado.

De igual modo se destacó la importancia del registro de los estudios solicitados y recibidos, puesto que ponen en evidencia, en ambos casos, tanto la pericia como la diligencia atribuida al profesional actuante al momento de asistir al paciente por los trastornos que éste padece.

Por último, las indicaciones médicas confeccionadas en cada día por separado, constituyeron un dato básico sobre la dedicación y responsabilidad del profesional actuante y del Jefe de Servicio a cargo, representando un elemento muy especial y de gran repercusión al momento de la pericia, como así también cuando se elaboran los circuitos y protocolos organizativos por parte de las autoridades del Hospital.

CONCEPTOS CON MALOS RESULTADOS

Se abordaron los calificados como malos resultados por tener éstos un índice suficiente inferior al 70 %, lo cual demostró lo necesario de incorporar metodologías de mayor complejidad que la simple revisión propuesta en los

buenos resultados y en las reuniones de consenso para aquellos resultados a mejorar.

En este caso nos enfrentamos a un número de aproximadamente el 50 % de los parámetros evaluados, éstos compitieron no sólo a los profesionales en su defecto y mejora, sino que además incluyeron al personal de enfermería e incluso a los administrativos y a los recursos aplicados en la confección de la Historia Clínica; motivos por los cuales se dividió y desarrolló el presente informe en tres secuencias: profesionales, de la enfermería, y de los aspectos definidos como genéricos.

1) SECUENCIAS PROFESIONALES

Agrupamos en este ítem a los registros que son resorte indiscutible de los profesionales, por lo tanto las conductas que el Jefe de Servicio aplicó a la obtención de los resultados esperados, dependieron de las distintas facetas asistenciales y sus particularidades determinantes. Este rubro comprendió los siguientes tópicos:

1.1 -EVOLUCIÓN: PLAN DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Dentro de la evolución diaria que realizaban los profesionales e incluso en aquellos casos en que los registros se llevaban a cabo en más de una oportunidad por jornada, la relación de los estudios diagnósticos y el plan terapéutico utilizado no se consigna, fenómeno éste que produjo una deficiencia severa en la evidencia de la pericia y la diligencia aplicadas, asimismo ocasionaba un defecto de registro que imposibilita el posterior relevamiento de los actos y recursos aplicados por el Servicio. Todo ello luego generaba deficiencias al momento de producir protocolos diagnósticos y terapéuticos, y además perjudica los procesos de abastecimiento del sector, pudiendo expresarse en la incapacidad de brindar prestaciones adecuadas y comprometiendo la eficacia de la Jefatura participante.

1.2 -ESTUDIOS: ASENTADOS.

En esta instancia los asientos detallados en cada evolución diaria de los estudios realizados y de sus resultados, brindaron a la Historia Clínica una coherencia interna y una secuencia clara denotaron la capacidad, el esmero y la responsabilidad profesional, siendo elementos de juicio de importante valor al momento de justificar las razones y las decisiones terapéuticas adoptadas, el pase de área o el alta de un paciente.

1.3 -INDICACIONES MÉDICAS: COMPLETAS Y COMPREENSIBLES.

Este aspecto es muy delicado al tiempo de evidenciarse la responsabilidad profesional puesto que, como todos sabemos, la aplicación de las indicaciones médicas está en manos del personal de enfermería, razón por la cual un error o falla en la interpretación puede dar lugar a daños sufridos por el paciente, cuya gravedad podría incluir incapacidades definitivas e incluso la muerte del mismo, con el inevitable juicio por mala praxis hacia sus causantes.

Es de buena práctica dentro de las indicaciones médicas, la ejecución de las mismas respetando los siguientes conceptos:

- A)** Cada día deben detallarse las indicaciones una por una, evitando términos como igual plan u otros similares.
- B)** Cuando se agregan nuevas indicaciones durante el día en curso, éstas deben ser claras, definidas, detalladas y con la constancia de consignar la hora de producido el registro.
- C)** Es recomendable, para evitar los errores de interpretación, escribir con letra de imprenta especificando dosis, frecuencias y vías de administración en todas y cada una de las oportunidades del registro.

1.4 -PROCEDIMIENTOS: DATOS DEL EQUIPO PROFESIONAL

A los propósitos de la evaluación epidemiológica, la gestión hospitalaria, la responsabilidad profesional y la calidad del registro, no deberían estar ausentes los datos completos del equipo profesional interviniente.

1.5 -IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

Es considerada una negligencia (incluso algunos juristas indican una intención de ocultamiento) la falta de identificación por parte del profesional que efectúa el registro, ocasionando así problemas diversos al momento de necesitar recurrir al mismo para recabar noticias precisas sobre los pacientes asistidos.

2) SECUENCIAS DE LA ENFERMERÍA

El análisis de las dificultades encontradas en los registros del cuerpo de enfermería de la institución, y sus consecuentes mecanismos de corrección, no estuvieron solamente en manos exclusivas del Jefe de Servicio, sino que fueron también resorte de la Jefatura de Enfermería, del cuerpo de Supervisoras y, en definitiva, de la Dirección Médica del Hospital.

2.1 -OTROS SERVICIOS.

Señalamos como “otros servicios” a todas aquellas tareas que no forman parte de los controles vitales y de la aplicación de las medidas terapéuticas indicadas por el médico o paramédico actuante, tratándose de un conjunto de funciones de distinta índole, complejidad y responsabilidad, motivos que se imbrican en tres puntos centrales en cuanto al desenvolvimiento del personal de enfermería:

- a) El legal que significa la efectivización de los cuidados y servicios para la atención propuesta.
- b) El relevamiento de los recursos técnicos y materiales consumidos en la realización de dichas tareas y que luego deberían ser repuestos en forma acorde a su uso racional.
- c) El análisis de los recursos humanos necesarios en base a las tareas llevadas a cabo, las cuales si no fueron convenientemente registradas, no serían válidas para los responsables de la asignación de nuevos agentes al nosocomio.

3) ASPECTOS GENÉRICOS

Aquí vamos a ocuparnos de aquellos instrumentos que no son de efectivización por parte de un sector específico, sino que su realización depende de distintas áreas que interactúan de forma simultánea, es este caso nos referimos a:

3.1 -EPICRISIS.

Todos los contenidos que forman parte del cierre de la Historia Clínica al momento del egreso del paciente sea por alta, traslado o fallecimiento del mismo, exigen de una epicrisis que resuma los aspectos más destacados de la internación y permita rescatar los puntos relevantes de la misma.

Este registro es responsabilidad del médico asignado al paciente, de la enfermera que controla su Historia, del Jefe de Servicio que supervisa diariamente los egresos y del responsable del Archivo que la recibe para su resguardo definitivo.

3.2 –CONSENTIMIENTO

Es tal vez uno de los elementos de mayor valor al momento de abordarse el respeto a los derechos del paciente y su participación en los casos de decidir sobre su terapéutica o sobre métodos diagnósticos riesgosos y cruentos.

Desde la Dirección del Hospital se continúa priorizando un programa efectivo para implementar un consentimiento universal al ingreso del paciente (quien acepta ser asistido por la institución) y otro específico y particular al procedimiento a llevarse a cabo; hecho que queda bajo control y supervisión directa del Jefe de Servicio del área involucrada. Además es recomendable la presencia de normativas e indicaciones explícitas para conductas en menores e incapaces, se creyó conveniente estimular su pronta implementación sectorial.

3.3 –ORDENAMIENTO

Este procedimiento involucra a todos los participantes en la confección de la Historia, dado que médicos, psicólogas, enfermeras, personal técnico, administrativos, etc., pueden producir y conservar la documentación en forma

ordenada y completa, principios que fundamentan modelos para conocer cual es el ideal a alcanzar y las correcciones a introducir al distanciarse del mismo.

Fue menester elaborar este modelo empleando los materiales necesarios para cumplirse con las pautas pre-establecidas por sus responsables.

Resumiendo: la apertura, el control diario, el cierre y archivo son de rigor, destacándose las responsabilidades del Jefe de sector y del Área de Admisión y Egreso en esta importante misión institucional.

3.4 –HISTORIAS CLÍNICAS DETALLADAS

Este objetivo está siendo alcanzado por el conjunto de los participantes al cumplirse con la totalidad de los preceptos contenidos en el presente Programa de Calidad de Historias Clínicas.

CONCLUSIONES

Partiendo del presente trabajo, aceptamos que las informaciones recogidas sobre las actividades de mejora de la documentación hospitalaria evaluada en este procedimiento por parte de la Auditoría Interna y por los Profesionales intervinientes, están confluyendo en la optimización de los procesos asistenciales.

Las tareas realizadas por cada una de las sub-areas involucradas y por la coordinación respectiva, habilitaron a una nueva evaluación luego de un período de 90 días de capacitación del personal participante.

La Historia Clínica perfeccionada está brindando pautas para la elaboración de nuevos programas de gestión que sólo son posibles a partir de datos suficientes y probados de los servicios brindados por el Hospital.

Este programa posee la característica de no ser único ni irrepetible, sino que puede volverse a utilizar todas las veces que se crea oportuno y que las circunstancias lo requieran, adaptándolo a las particularidades del momento de su aplicación.

Podemos aseverar que, tal como se ha establecido en los principios de calidad continúa elaborados por los especialistas en la materia, sería beneficioso para la institución hospitalaria la reiteración periódica del mismo, creándose normativas adecuadas a partir de los resultados que se fueran obteniendo en lo sucesivo.

En el presente se están incorporado a este Programa de Calidad los registros a cargo del Departamento de Trabajo Social del Hospital, habida cuenta de la importancia que los mismos revisten para la situación de los pacientes mentales y las implicancias que los acompañan y trascienden; en el mediano plazo se agregarán los informes emanados del Departamento de Asuntos Legales del establecimiento, cuya notoriedad e ingerencia sobre las problemáticas de la salud mental están tornándose indiscutibles.

TABLAS

RESULTADOS DEL MUESTREO DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL

<i>CONCEPTOS</i>	<i>ASPECTOS</i>	<i>SUFICIENTE</i>	<i>INCOMPLETO</i>	<i>AUSENTE</i>
<i>GENERALES</i>	<i>COMPLETA</i>	75	25	
	<i>ORDENADA</i>	66	33	
	<i>CRONOLÓGICA</i>	91	9	
	<i>DETALLADA</i>	18	82	
	<i>LEGIBLE</i>	82	18	
	<i>IDENTIFICADA</i>	42	58	
<i>ADMISIÓN</i>	<i>CRITERIO</i>	100		
	<i>PATOL. PPAL.</i>	91	9	
	<i>ESTADO ACT.</i>	91	9	
	<i>PLAN DIAG.</i>	91	9	
	<i>PLAN TERAP.</i>	91	9	
<i>EVOLUCIÓN</i>	<i>REALIZADA</i>	91	9	
	<i>IDENTIFICADA</i>	58	33	9
	<i>ESTADO ACT.</i>	82	18	
	<i>PLAN DIAG.</i>	18	82	
	<i>PLAN TERAP.</i>	18	82	
<i>ESTUDIOS</i>	<i>SOLICITADOS</i>	73	9	18
	<i>RECIBIDOS</i>	73	9	18
	<i>ASENTADOS</i>	17	66	17

<i>CONCEPTOS</i>	<i>ASPECTOS</i>	<i>SUFICIENTE</i>	<i>INCOMPLETO</i>	<i>AUSENTE</i>
<i>IND. MÉDICAS</i>	<i>REALIZADA</i>	73	18	9
	<i>IDENTIFICADA</i>	50	41	9
	<i>COMPLETA</i>	41	41	18
	<i>COMPRESIBLE</i>	32	50	18
<i>ENFERMERÍA</i>	<i>PERIODICIDAD</i>	100		
	<i>CONTROLES</i>	90	10	
	<i>OTROS SERV.</i>	20	10	70
<i>PROCEDIMIENTO</i>	<i>DATOS PAC.</i>	100		
	<i>DATOS MÉD.</i>	50	50	
	<i>DIAG. PPAL.</i>	100		
	<i>INDIC. del PROC.</i>	100		
	<i>PROC. EFECTUADO</i>	100		
	<i>CRONOLOG.</i>			100
	<i>DESCRIPCIÓN</i>	100		
	<i>COND. EGRESO</i>			100
<i>EPICRISIS</i>	<i>REALIZADA</i>	55	11	33
	<i>COMPLETA</i>	56	29	15
	<i>IDENTIF.</i>	72	10	18
	<i>COMUNICADA</i>	49	26	25
<i>CONSENTIMIENTO</i>	<i>REALIZADO</i>	57	28	15

RESULTADOS DEL PRIMER MUESTREO POR LA AUDITORÍA

CONCEPTOS	ASPECTOS	SUFICIENTE	INCOMPLETO	AUSENTE
GENERALES	COMPLETA	75	25	
	ORDENADA	66	33	
	CRONOLÓGICA	91	9	
	DETALLADA	33	66	
	LEGIBLE	83	17	
	IDENTIFICADA	25	75	
ADMISIÓN	CRITERIO	91	9	
	PATOL. PPAL.	91	9	
	ESTADO ACT.	91	9	
	PLAN DIAG.	91	9	
	PLAN TERAP.	91	9	
EVOLUCIÓN	REALIZADA	91	9	
	IDENTIFICADA	50	41	9
	ESTADO ACT.	75	25	
	PLAN DIAG.	16	84	
	PLAN TERAP.	16	84	
ESTUDIOS	SOLICITADOS	75	9	16
	RECIBIDOS	75	9	16
	ASENTADOS	15	70	15

<i>CONCEPTOS</i>	<i>ASPECTOS</i>	<i>SUFICIENTE</i>	<i>INCOMPLETO</i>	<i>AUSENTE</i>
<i>IND. MÉDICAS</i>	<i>REALIZADA</i>	75	16	9
	<i>IDENTIFICADA</i>	42	42	8
	<i>COMPLETA</i>	42	42	8
	<i>COMPREENSIBLE</i>	33	50	16
<i>ENFERMERÍA</i>	<i>PERIODICIDAD</i>	100		
	<i>CONTROLES</i>	90	10	
	<i>OTROS SERV.</i>	20	10	70
<i>PROCEDIMIENTO</i>	<i>DATOS PAC.</i>	100		
	<i>DATOS MÉD.</i>	50	50	
	<i>DIAG. PPAL.</i>	100		
	<i>INDIC. del PROC.</i>	100		
	<i>PROC. EFECTUADO</i>	100		
	<i>CRONOLOG.</i>			100
	<i>DESCRIPCIÓN</i>	100		
	<i>COND. EGRESO</i>			100
<i>EPICRISIS</i>	<i>REALIZADA</i>	50	15	35
	<i>COMPLETA</i>	50	35	15
	<i>IDENTIFIC.</i>	65	10	25
	<i>COMUNICADA</i>	50	20	30
<i>CONSENTIMIENTO</i>	<i>REALIZADO</i>	60	25	15

BUENOS RESULTADOS

<i>CONCEPTOS</i>	<i>ASPECTOS</i>	<i>SUFICIENTE</i>
<i>GENERALES</i>	<i>CRONOLÓGICA</i>	<i>91</i>
<i>ADMISIÓN</i>	<i>CRITERIO</i>	<i>91</i>
	<i>PATOL. PPAL.</i>	<i>91</i>
	<i>ESTADO ACTUAL</i>	<i>91</i>
	<i>PLAN DIAG.</i>	<i>91</i>
	<i>PLAN TERAP.</i>	<i>91</i>
<i>EVOLUCIÓN</i>	<i>REALIZADA</i>	<i>91</i>
<i>ENFERMERÍA</i>	<i>PERIODICIDAD</i>	<i>100</i>
	<i>CONTROLES</i>	<i>90</i>
<i>PROCEDIMIENTO</i>	<i>DATOS PAC.</i>	<i>100</i>
	<i>DIAG. PPAL.</i>	<i>100</i>
	<i>INDIC. del PROC.</i>	<i>100</i>
	<i>PROC. EFECTUADO</i>	<i>100</i>
	<i>DESCRIPCIÓN</i>	<i>100</i>

TOTAL DE ASPECTOS: 14 / 35.9%

RESULTADOS A MEJORAR

<i>CONCEPTOS</i>	<i>ASPECTOS</i>	<i>SUFICIENTE</i>
<i>GENERALES</i>	<i>COMPLETA</i>	<i>75</i>
	<i>LEGIBLE</i>	<i>83</i>
<i>EVOLUCIÓN</i>	<i>ESTADO ACTUAL</i>	<i>75</i>
<i>ESTUDIOS</i>	<i>SOLICITADOS</i>	<i>75</i>
	<i>RECIBIDOS</i>	<i>75</i>
<i>INDIC. MÉDICAS</i>	<i>REALIZADA</i>	<i>75</i>

TOTAL DE ASPECTOS: 6 / 15.4%

MALOS ASPECTOS

<i>CONCEPTOS</i>	<i>ASPECTOS</i>	<i>SUFICIENTE</i>
<i>GENERALES</i>	<i>ORDENADA</i>	66
	<i>DETALLADA</i>	33
	<i>IDENTIFICADA</i>	25
<i>EVOLUCIÓN</i>	<i>IDENTIFICADA</i>	50
	<i>PLAN DIAG.</i>	16
	<i>PLAN TERAP.</i>	16
<i>ESTUDIOS</i>	<i>ASENTADOS</i>	15
<i>INDIC. MÉDICAS</i>	<i>IDENTIFICADA</i>	42
	<i>COMPLETA</i>	42
	<i>COMPRESIBLE</i>	33
<i>ENFERMERÍA</i>	<i>OTROS SERV.</i>	20
<i>PROCEDIMIENTO</i>	<i>DATOS MÉDICOS</i>	50
<i>EPICRISIS</i>	<i>REALIZADA</i>	50
	<i>COMPLETA</i>	50
	<i>IDENTIFICADA</i>	65
	<i>COMUNICADA</i>	50
<i>CONSENTIMIENTO</i>	<i>REALIZADO</i>	60

TOTAL DE ASPECTOS: 17 / 45.7%

ANEXO I

PROGRAMA DE CALIDAD DE LA HISTORIA CLINICA

		SATISFACTORIO	SUFICIENTE	INCOMPLETO	OMISIONES	AUSENTE			SATISFACTORIO	SUFICIENTE	INCOMPLETO	OMISIONES	AUSENTE
GENERALES	COMPLETA ORDENADA CRONOLÓGICA DETALLADA FECHADA LEGIBLE IDENTIFICADA						ADMINIS.	ORDEN INTER. PRORROGAS FOTOC. DOC. REGL. SANIT. HOJA HOSPITAL CONS. GASTOS CONS. INTERN. CONS. PROCED.					
ADMISIÓN POR GUARDIA	CRITERIO PATOL. PPAL. ESTADO ACTUAL PLAN DIAG. PLAN TERAP.						PROCEDIM.	DATOS PACIENTE DATOS MEDICO DIAG. PPAL. INDIC. PROC. PROC. EFECT. CRONOLOGÍA DESCRIPCION COMPLICACIONES COND. EGRESO					
EVOLUCIÓN	REALIZADA IDENTIFICADA ESTADO ACTUAL PLAN DIAG. PLAN TERAP.						ANESTESIA	DATOS PACIENTE DATOS MEDICO DATOS CLINICOS COMPLICACIONES CUIDAD. EGRESO					
ESTUDIOS	SOLICITADOS RECIBIDOS ASENTADOS REITERADOS ALTA COMPLEJ.						PASES	DATOS PACIENTE PATOLOGÍA PPAL. TRAT. ACTUAL ESTADO ACTUAL CRITERIO PASE					
IND. MEDICA	REALIZADA IDENTIFICADA COMPLETA REITERADA COMPRESIBLE						INTERCONS	DATOS PROF. PATOLOGÍA PPAL. TTO. ACTUAL CONDUCTA REITERACIÓN					
ENFERMERÍA	PERIODICIDAD CONTROLES CURACIONES URGENCIAS OTROS SERVICIOS						EPICRISIS	REALIZADA COMPLETA IDENTIFICADA COMUNICADA					
MEDICAMENTOS	GUARDIA PISO QUIRÓFANO ALTA COMPLEJ. EXTRACAPITA						CONSENT. INFORMAD. GRAL.	REALIZADO COMPLETO IDENTIFICADO COMUNICADO					
OBITO	< 48 HS. > 48 HS. AREA CERRADA CAUSA NO ESPERADA TRAUMATICO NECROPSIA DENUN. POLICIAL						CONSENT. INFORMAD. PARTICUL.	REALIZADO COMPLETO IDENTIFICADO COMUNICADO					

PROGRAMA DE FORMACIÓN DE CUIDADORES DOMICILIARIOS PARA ANCIANOS DEMENCIADOS

Palabras claves

Cuidadores, ancianos, demencia tipo Alzheimer, cuidados domiciliarios, carga o estrés del cuidador, capacitación.

Antecedentes y Fundamentación

El envejecimiento de la población mundial, tanto en los países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo viene acompañado de un incremento de los trastornos cognitivos y conductuales de la población mayor de 65 años, nuestro país no escapa a esa tendencia mundial.

Proyección de la población mayor de 65 años en la República Argentina, hasta el año 2020.*

EDAD	2000		2005		2010		2015		2020	
> 65		3592474		3880508		4213507		4664590		5225425
% del total		9,70%		9,87%		10,16%		10,72%		11,52%
65-69	1197362	33,33%	1232933	31,78%	1344525	31,91%	1520606	32,60%	1698436	32,50%
70-74	1019213	28,37%	1050162	27,06%	1089924	25,87%	1196696	25,65%	1362222	26,07%
75-79	737240	20,52%	828650	21,35%	864947	20,53%	907755	19,46%	1006346	19,26%
80 y más	638659	17,78%	768763	19,81%	914111	21,69%	1039533	22,29%	1158421	22,17%
	3592474	100,00%	3880508	100,00%	4213507	100,00%	4664590	100,00%	5225425	100,00%

De esta tabla se desprende que dicha población globalmente crecerá un 45,45%, mientras que el grupo etáreo de 65-70 años aumentará un 41,85% en la proyección estadística al año 2020, y el grupo de 80 y más años tendrá un crecimiento vegetativo del 81.38%, este incremento de la población vulnerable a las enfermedades demenciales producirá ascenso en la prevalencia de las mismas, generando una mayor demanda de cuidadores especialmente entrenados o de instituciones capaces de contener esta demanda.

Distintos estudios epidemiológicos han demostrado que las enfermedades demenciales se presentan en el 8% de la población mayor de 65 años y en más

* FUENTE: I.N.D.E.C. – CE.LA.DE. Serie Análisis Demográfico 7 – Año 1996.

de un tercio de los mayores de 85.*

La responsabilidad sobre un demente en estas condiciones recae por lo general en un familiar conviviente, cónyuge, hijo/a, hermano/a, nieto/a, etc., que se ocupará de la mayoría de los cuidados. La segunda víctima de este grupo de enfermedades demenciales suele ser el cuidador/a del paciente anciano, no siempre preparado para soportar esta carga.

Oswald y ot.** han demostrado que la formación de los cuidadores entre los cuales se incluyeron a los familiares con responsabilidades en el cuidado, disminuyó la carga y las reacciones negativas frente al comportamiento de los pacientes. Se describen como situaciones de estrés con carga negativa al intercambio de roles familiares, aumento significativo de los costos económicos, innovaciones en la estructura arquitectónica del hogar, modificación de la dinámica familiar, variación de las relaciones familiares, alteración en las relaciones sociales y en ambientes de los cuidadores.

La formación de cuidadores domiciliarios debería tender a solucionar más efectivamente los problemas detectados en el anciano demente, tanto en los aspectos físicos como psicosociales: trastornos psicológicos, afectivos, económicos, etc., de la familia y su entorno.

Procesos a desarrollar

La formación de cuidadores se llevará a cabo a través de un curso teórico-práctico que compendiará los elementos necesarios para la atención eficaz del demente en su domicilio.

El curso propuesto demandará una duración de 3 (tres) meses calendario en los que se dictarán clases respectivas, se proveerá de material de referencia bibliográfica y se emplearán documentos audiovisuales para su mejor comprensión del tema. Además se presentarán casos prácticos concurrendo a servicios de internación y centros u hospitales de día destinados a este tipo de pacientes.

El programa de clases se adjunta en el Anexo I.

* Flórez Lozano, JA. Los enfermos silentes en el Alzheimer: aspectos clínicos y psicoterapéuticos. Grupo E: ENTHEOS. 2001 – Madrid – ESPAÑA.

** Oswald, S. K. y ot.: "A randomized psychoeducational intervention for caregiver of persons with dementia" The Gerontologist: T. 39 – Pág. 299-309 – 1999 – London – United Kingdom.

El programa de actividades se basa en la concurrencia semanal a una clase teórica de 90 minutos de duración y a una clase práctica de 120 minutos, éstas se reemplazarán oportunamente por entrevistas y actividades individuales con los integrantes del equipo interdisciplinario; esta propuesta tendrá la finalidad de crear un vínculo de apoyo hacia el cuidador.

Se incluirán en el proyecto todos aquellos familiares que deseen una formación adecuada y aquellas personas que posean antecedentes para trabajar como cuidadores formales (especialmente entrenados).

Asimismo se seleccionará, a través de los profesionales del equipo interdisciplinario, cuales pacientes podrán ser asistidos en su domicilio, de acuerdo a normas a implementarse, estadio de la patología, presencia de otros ancianos convivientes y características habitacionales del hogar del paciente.

Recursos necesarios, costos de ejecución

El costo económico de las clases se sufragará a través del aporte que se podrá solicitar a todas aquellas Instituciones de la Seguridad Social que tengan interés en intervenir en el presente proyecto, atento a que estas también serán beneficiarias de los resultados del mismo en tanto permita disminuir los costos reales de mantenimiento y tratamiento de los enfermos ancianos con trastornos cognitivos, optimizando y mejorando la calidad prestacional que se brinda a este tipo de pacientes. Sirve aclarar en este ítem que la oportuna atención de los mismos disminuye la internación por complicaciones agudas y retrasa su institucionalización crónica.

Para el dictado de las clases teórico-prácticas se convocará a profesionales del equipo interdisciplinario preparado para la atención del paciente demente: médico psiquiatra, geriatra, neurólogo, psicólogo, nutricionista, kinesiólogo, trabajador social y enfermero.

Indicadores de evaluación del Programa

A los efectos de una adecuada evaluación del anciano se aplicarán los siguientes instrumentos: “MMSE” (Anexo II) y “Test del informador” (Anexo III); éstos se aplicarán al inicio de la asistencia por los cuidadores formados y se realizará un seguimiento trimestral hasta completar el año de cuidados.

En los cuidadores serán evaluadas la depresión (CES-D), la carga (Rivised Caregiver Bunder Scale) y las respuestas negativas a los comportamientos perturbadores (Revised Memory and Behavior Problem Checklist RMBPC) (Anexo IV). Estos instrumentos se aplicarán al comienzo del entrenamiento, y trimestralmente hasta el año de cuidados. Los datos obtenidos serán comparados con estudios similares en los que la “intervención interdisciplinaria, multidimensional y psicoeducacional demostró que la participación del cuidador en un programa de formación a corto plazo, claramente definido, que combine información y entrenamiento en el manejo del comportamiento, con especial atención al apoyo familiar, ayuda a conseguir efectos positivos en los cuidadores”. (Ostwald y ot.).

Factores externos condicionantes

Habrán de tomarse en consideración para la aplicación de este Programa, aquellas situaciones en que ningún familiar del paciente demente pueda hacerse cargo del mismo, en cuyo caso el cuidador formado debería ser contratado por la Seguridad Social (Obra Social, Mutual, etc.) o por el Sub-Sistema Público (Servicios Sociales Municipales, Provinciales o Nacionales), salvo aquellas excepcionales de familiares que contasen con los medios económicos necesarios para sostener al cuidador. Esta aclaración es imprescindible para identificar como válida la propuesta, ya que no sería útil la formación de cuidadores si no pudiera llevarse a la práctica convenientemente y de forma duradera.

ANEXO I

TEMARIO GENERAL DE LAS CLASES

Demencias y Enfermedad de Alzheimer.

Características de la enfermedad. Deterioro cognitivo. Prevención

Evolución de las patologías demenciales.

Tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

Asistencia en las actividades de la vida diaria del paciente demente.

Asistencia en las actividades instrumentales de la vida diaria.

Trastornos conductuales del paciente demente.

Adaptación del entorno habitacional.

La nutrición.

Intercurrencia de patologías y complicaciones médicas.

El cuidador y la familia como víctimas de la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

Cargas ante los cuidados prolongados, estrés, burn-out.

Síndrome del estrés del cuidador.

Estrategias psicológicas.

Intervención psicoterapéutica.

Rehabilitación.

ANEXO II

MMSE (Mini-Mental State Examination) de Folstein o Mini Examen Cognitivo de Folstein (validado en castellano pro Lobo).

1. Orientación

- | | |
|---|---|
| a) ¿En que año estamos? | 1 |
| b) ¿En qué estación del año estamos? | 1 |
| c) ¿En qué día de la semana estamos? | 1 |
| d) ¿Qué día (número) es hoy? | 1 |
| e) ¿En qué mes estamos? | 1 |
| f) ¿En qué provincia estamos? | 1 |
| g) ¿En qué país estamos? | 1 |
| h) ¿En qué ciudad estamos? | 1 |
| i) ¿En qué lugar estamos en este momento? | 1 |
| j) ¿En qué piso estamos? | 1 |

2. Memoria de fijación

Repita estas 3 palabras: PELOTA – BANDERA – ARBOL

Se puntuará con 1 cada palabra repetida correctamente y se le pedirá que las recuerde porque serán preguntas en un rato.

3

3. Atención y cálculo

Se le pide que reste de 7 en 7 desde 100 (hasta 5 restas)

5

4. Memoria a corto plazo

¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?

3

5. Lenguaje y construcción

Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto? 1

Mostrar un reloj ¿Qué es esto? 1

Repita esta frase: “El flan tiene frutillas y frambuesas” 1

Ahora haga lo que le digo: “Tome el papel del escritorio con la mano derecha, dóblelo con las dos manos y póngalo en el piso”. 3

Lea y haga lo que dice este cartel “CIERRE LOS OJOS” 1

Se le entrega un papel y se le pide que escriba una frase cualquiera, la que quiera. 1

Copiar el dibujo, asignándole 1 punto si se mantienen todos los ángulos y se entrelazan en un polígono de 4 Lados. 1

ANEXO III

Test del informador

Se preguntará al familiar o cuidador principal, cómo era su familiar hace 10 años y que compare como es él ahora, y se puntuará de acuerdo a la siguiente tabla de respuestas:

Ha mejorado mucho:	1
Ha mejorado poco:	2
Apenas ha cambiado:	3
Ha empeorado un poco:	4
Ha empeorado mucho:	5

1. Capacidad para reconocer las caras de sus allegados más íntimos (parientes, amigos).
2. Capacidad para recordar los nombres de esas mismas personas.
3. Recordar las cosas de esas personas (dónde viven, de qué viven, cuándo es su cumpleaños).
4. Recordar cosas que han ocurrido recientemente, en los últimos 2 ó 3 meses, tanto noticias como cosas suyas o de sus familiares.
5. Recordar lo que se habló en una conversación mantenida unos días antes.
6. Olvidar lo que ha dicho unos minutos antes, pararse a la mitad de una frase, no saber que se iba a decir y repetir lo que ha dicho previamente.
7. Recordar su propia dirección o su número de teléfono.
8. Recordar la fecha en que vive.
9. Conocer el sitio exacto de los armarios de su casa y dónde se guardan los objetos.
10. Saber dónde se guarda una caja que se ha encontrado desordenada.
11. Adaptarse a la situación cuando su rutina diaria se ve alterada (ir de visita, alguna celebración, ir de vacaciones).
12. Saber manejar los aparatos de la casa (teléfono, automóvil, lavarropas, máquina de afeitar, etc.).
13. Capacidad para aprender a manejar un aparato nuevo (lavarropas, radio, secador de pelo, etc.).

14. Recordar las cosas que han sucedido recientemente (en general).
15. Aprender cosas nuevas (en general).
16. Capacidad para recordar hechos que ocurrieron o que aprendió cuando era joven.
17. Comprender el significado de palabras poco corrientes (del periódico, TV, conversación).
18. Entender artículos de periódicos o revistas en los que está interesado.
19. Seguir una historia en un libro, la prensa, el cine, la radio o la televisión.
20. Redactar cartas a parientes o amigos de negocios, o cartas comerciales.
21. Recordar personajes y hechos históricos del pasado (la independencia, la dictadura, etc.).
22. Tomar decisiones tanto en cuestiones cotidianas (qué traje ponerse, qué comida preparar) como en asuntos a más largo plazo (dónde ir de vacaciones o invertir dinero).
23. Manejar asuntos financieros (cobrar la pensión, pagar los impuestos, tratar con el banco).
24. Manejar valores para la compra-venta (cuánto dinero dar, calcular el vuelto, etc.).
25. Manejar otros problemas aritméticos cotidianos (tiempo entre visitas de parientes, cuánta comida comprar y preparar, especialmente si hay invitados).
26. ¿Cree que su inteligencia (en general) ha cambiado en algo durante los últimos 10 años?

Instructivo: A medida que el puntaje obtenido se incrementa, también lo haría la denominada “carga del cuidador” puesto que las minusvalías del paciente así lo determinarían consecuentemente.

Bibliografía:

Arnal, R. y ot.: “Guía para la atención del enfermo Alzheimer – LAB. PFEIZER – 1999 – Madrid – ESPAÑA.

ANEXO IV

IV-A: Escala de respuestas negativas del cuidador frente a conductas perturbadoras del paciente demente en domicilio.

Las respuestas se colocarán a continuación de la queja, con una puntuación que se marcará de la siguiente forma:

Ausencia de trastorno:	0
Presencia de trastorno, no perturbador:	0
Poco perturbador:	1
Perturbador:	2
Muy perturbador:	3
Intolerable:	4

Quejas familiares

1. Agitación.
2. Comportamiento alimentario anormal.
3. Tristeza.
4. Incontinencia.
5. Delirio.
6. Encerrado en sí mismo, desmotivación.
7. Alucinaciones.
8. Ansiedad, miedo.
9. Grita, llora.
10. No se mantiene de pie, incapaz de descansar.
11. Pide sin parar, crítica.
12. Cambios de personalidad.
13. No se reconoce o no reconoce a su familia.
14. Se opone a los cuidados.
15. Anda sin pararse.
16. Rabia, violencia, agresividad.
17. Desinhibición; no conoce los límites.
18. Tiene miedo por la noche.
19. Confunde el día y la noche.
20. Repite o reclama sin parar la misma cosa.
21. Conductas sexuales inadecuadas.
22. Va donde no debería, huye.

23. Corre peligro si no es vigilado.
24. Pasividad, no hace nada.
25. Trastornos del sueño.
26. Otros.

IV-B: Escala de evaluación de los límites en el cuidador principal con el enfermo en el domicilio.

Se puntuará con 1 las respuestas positivas y con 2 las respuestas negativas o “no sé”.

1. Me siento culpable cuando me voy de mi hogar para hacer alguna cosa agradable, y X se queda en su casa.
2. Siento que es difícil, incluso imposible, vivir mi propia vida durante todo el tiempo que X requiera mis cuidados.
3. Me siento incapaz actualmente de establecer nuevas relaciones de amistad.
4. Siento que no puedo ir a ningún sitio sin pensar antes en las necesidades de X.
5. Tengo la impresión de no disponer de ningún momento para mí.
6. A veces, no estoy seguro de cuál es la posición de X dentro de la familia.
7. No estoy convencido de lo que se le pueden exigir a X, en cuanto a las tareas del hogar.
8. A menudo no encuentro la manera de relacionarme con X.
9. Antepongo satisfacer las necesidades de X antes que las mías propias.
10. Mi familia y yo estamos en desacuerdo sobre mis relaciones con X.
11. Cuando no estoy con X me pregunto que ocurrirá con él/ella.
12. Los miembros de mi familia tienden a despreocuparse de X.
13. X no sabe ya quién soy.
14. Pienso mucho en X.

Bibliografía:

Oswald, S. K. y ot.: “A randomized psychoeducational intervención for caregiver of persons with dementia”. The Gerontologist: T. 39 – Pág. 299-309 – 1999 – London – United Kingdom.

BIBLIOGRAFÍA

- Aranguren E. C., Rezzónico R. A.: *“Auditoría Médica – Garantía de Calidad en la Atención de la Salud”* – Tomo III – Centro Ed. Fundación FAVALORO – 1999 – Buenos Aires – ARGENTINA.
- De Azevedo Antonio C., Korycan Theresa L.: *“Transformar las Organizaciones de Salud por la Calidad”* – Ed. Parnassah 1999 – Santiago – CHILE.
- Arce Hugo E.: *“Calidad en el Territorio de la Salud”* – Ed. ITAES – 2001 – Buenos Aires – ARGENTINA.
- Moragas Moragas, Ricardo: *“Gerontología Social”* – Ed. Herder – 1995 – Barcelona – ESPAÑA.
- Malagon Londoño, Galán Morera, Pontón Laverde: *“Auditoría en Salud”* – 1º Edición – Ed. Panamericana – 1998 – MÉXICO.
- Donabedian, A.: *“La calidad de la atención médica”* – Ed. La Prensa Médica Mexicana – 1994 – México – MÉXICO.
- Vuori, H. V.: *“El control de calidad en los servicios sanitarios”* – Ed- Masson – 1988 – Barcelona – ESPAÑA.

CAPITULO VI:

“MODELOS INSTITUCIONALES INTER-DISCIPLINARIOS EN GERONTOPSICOLOGÍA Y PSICOGERIATRÍA”

El ingreso a una residencia geriátrica de larga estadía es una instancia notoriamente compleja, de gran estrés, por la que debe atravesar un anciano cuando éste o su grupo familiar han tomado la decisión de requerir la atención de los dispositivos especializados que en ella se brindan.

A través de los años y de las experiencias vividas en el entorno familiar, las distintas partes de la casa han sido impregnadas de recuerdos y emociones, donde se encuentran todos aquellos objetos y posesiones que unen al anciano con su pasado, abandonar la vivienda familiar supone abandonar el escenario de la propia vida, siendo ello doloroso y angustiante.

“Cuando el viejo deja su casa para irse a vivir con algún familiar, tiene a su alcance personas que le recuerdan distintos aspectos de su biografía, manteniendo su identidad personal, en cambio el ingreso a una residencia geriátrica significa dejar el medio social para incorporarse a un ambiente extraño integrado exclusivamente por personas de su misma edad donde puede sentirse un extraño, llevándolo a desorientarse” (Buen Día y Riquelme, 1998).

El geriátrico constituye una “institución total” dado que, al contrario de lo que sucede con la gente que no está internada que tiende a dormir, trabajar y usar su tiempo libre en diferentes lugares y con distintas personas, los ancianos internados deben dormir, comer y usar su tiempo libre siempre en un mismo ámbito, acompañados de las mismas personas y bajo las mismas autoridades. Las actividades están programadas, siendo muy escasos los contactos de los viejos con el mundo exterior. El anciano por lo general no tiene allí posibilidades de tomar decisiones sobre asuntos cotidianos y de llevar a cabo cosas diferentes todos los días.

La institucionalización en residencias se asocia a factores que pueden favorecer la aparición de síntomas depresivos: sentimientos de abandono, cambios significativos en los estilos de vida con incremento del grado de estrés y de adaptación y obligaciones a una vida reglamentada con pérdida de intimidad y autonomía.

Los efectos del ingreso en una institución geriátrica comienzan a sentirse antes del mismo, los primeros esfuerzos de adaptación configuran el llamado “síndrome del primer mes”: algunos ancianos sufren un proceso confusional, mientras que otros se deprimen severamente. Después del mencionado síndrome, algunos residentes recuperan su nivel funcional y otros continúan un progresivo deterioro hasta la muerte.

Otro aspecto importante a destacar entre los ancianos que conviven en una residencia, es el elevado envejecimiento de esta población y junto a ello se observa un creciente nivel de dependencia funcional. Además en nuestra experiencia hemos podido constatar altos porcentajes de pacientes con deterioros cognitivos, trastornos depresivos y trastornos ligados a la ansiedad, previos a su ingreso a instituciones de larga estancia.

Kohan, Hiriart, Nakakodi y Ardizzone, señalan la presencia de una entidad con peso propio en el universo psicogeriátrico, se trata del “Síndrome de adaptación al geriátrico” al que definen como: “El conjunto de síntomas psiquiátricos que se manifiestan a partir del momento en que un viejo sabe que será institucionalizado o a partir de la institucionalización propiamente dicha; los mismos se expresan como elementos nuevos o como la exacerbación de aquellos síntomas preexistentes...”

Los autores mencionados observan, como parte de este síndrome, la presencia de: trastornos del sueño, trastornos alimentarios, trastornos afectivos (tristeza, labilidad, ideas de suicidio), trastornos de conducta, productividad delirante, desorientación témporo espacial, ansiedad, quejas somáticas, caídas e incontinencia esfinteriana. De no hacerse el correcto diagnóstico al ingreso y de no tomarse las medidas adecuadas, el resultado podrá ser la cronificación de estos problemas en el marco institucional, provocándose en los ancianos un sobre esfuerzo de adaptación no siempre compensado.

La residencia, junto al equipo de salud interviniente, podrían dar repuestas integrales a estas problemáticas multifactoriales, reduciendo a la mínima expresión los factores de riesgo que la institucionalización permanente de los ancianos lleva aparejados, y este propósito bien puede considerarse como pilar de la salud mental de esta comunidad de edades avanzadas en situación de virtual confinamiento.

La residencia geriátrica o “el geriátrico” como se le designa comúnmente obviando el término “hogar” que debería antecederle, es el ámbito de existencia de un núcleo significativo de la comunidad de personas mayores, signado por peculiares condiciones de convivencia que pueden ir desde el encierro hasta la vida participativa, en vinculación con otros estamentos de la comunidad organizada.

Por lo general sub-calificado o desdeñado, el geriátrico es, en sí mismo, una micro-comunidad con características diferentes y con rasgos comunes a otros conjuntos sociales, entendemos que dada su vigencia y su impronta en la comunidad de personas ancianas es de notoria necesidad considerar su influencia en la salud mental de este cada vez más nutrido grupo poblacional.

Lo ideal sería que el geriátrico fuera una unidad de estancia temporal donde el anciano pudiera rehabilitarse de alguna intervención quirúrgica o patología aguda invalidante; o para la permanencia en los mismos mientras dure la imposibilidad de los familiares o responsables para hacerse cargo de los cuidados que requiera la persona mayor; no obstante hoy la realidad nos muestra que los ingresos a las residencias son prácticamente definitivos, siendo escasa minoría los viejos que retornan a sus hogares de origen. Es mas si cambian de una residencia a otra, por lo general lo hacen por motivos económicos pasando a un establecimiento de menor calidad y costes mas reducidos, e inclusive a los llamados “geriátricos truchos” que son aquellos carentes de habilitación oficial y que incumplen los mas mínimos requisitos de funcionamiento.

El status del anciano de períodos anteriores ocupaba un lugar preeminente, pues en la sociedad se valorizaba su experiencia de vida, pasando en la actualidad a un sitio de marginación, vivimos en una etapa que consagra un modelo de individuo productor, eficaz y estético, así se tiende a vincular a los ancianos con el deterioro y la enfermedad, de ahí que se tema más a la vejez que a la misma muerte.

Sería provechoso aceptar la vejez sabiéndola activa, vital y presente, como una etapa a la que todos arribaremos si tenemos la suerte de alcanzar una vida larga, empero el imaginario social actual se aleja del concepto de vejez exitosa.

En uno de sus numerosos aforismos Hipócrates, padre de las ciencias de la salud, decía a los futuros médicos: “Cuando visites a un enfermo no olvides de

tener en cuenta a su familia y a su entorno “, este trípode básico no ha sido modificado a pesar de los avances de la tecnología y de la evolución del hombre y las sociedades. Existen causas biopsíquicas, sociales y económicas que pueden motivar una internación geriátrica, a continuación las abordaremos.

A- Causas biopsíquicas:

Estadísticamente las más frecuentes son:

- 1) Síndromes psiquiátricos, principalmente demenciales.
- 2) Secuelas de A.C.V.
- 3) Incontinencia de esfínteres.
- 4) EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica).
- 5) Oncológicas.
- 6) Enfermedad de Parkinson.
- 7) Las caídas y sus consecuencias.
- 8) La concurrencia de múltiples patologías.

Todos estos cuadros conducen a invalidez parcial o total, con distintos tipos de deterioro físico y/o psíquico, y sus correspondientes niveles de dependencia.

B- Causas socio-familiares:

La familia es la unidad básica de la organización social, entendiéndosela como una comunidad de individuos relacionados por nacimientos o casamiento, se la considera la fuente mas importante del cuidado, asegurando la supervivencia física y construyendo lo esencialmente humano del hombre. La familia como institución es la principal escuela de socialización de los roles familiares, ya que es en su seno donde se aprende a ser hijos con los valores de respeto y obediencia, a ser padres en el ejercicio de la autoridad, a ser cónyuges en el amor oblativo y la convivencia, a ser abuelos en la serenidad. Tiene la responsabilidad de la contención y asistencia de sus miembros y, actualmente, está sufriendo un incesante proceso de evolución, cambiando sus pautas culturales.

El desarrollo de tres, cuatro e incluso cinco generaciones simultáneamente, durante los procesos de urbanización e industrialización, ha cambiado el perfil

de la unidad familiar. Se ha pasado, en las últimas décadas, de un tipo de unidad familiar extendida o rural, donde el anciano conservaba su status, a la familia nuclear o urbana, en la que separadamente conviven padres, hijos y nietos, no ya bajo un mismo techo, con mayor riesgo de soledad, aislamiento, desprotección e inseguridad para los mayores.

Hoy cada generación lucha por su tiempo y su espacio a despecho de la convivencia intergeneracional.

Las causas de internación socio-familiar más frecuentes son:

- 1) Carencia de familia o desintegración de la misma.
- 2) Incompatibilidad en la convivencia diaria por problemas de costumbres y de hábitos.
- 3) Problemática de los hijos únicos o alejamiento de los mismos.
- 4) La inserción laboral de la mujer, reduciendo su función tradicional de atender a los miembros de la familia de mayor edad.
- 5) El auge de la generación “sándwich”, que queda a cargo de dos generaciones: hijos y padres.
- 6) La falta de cobertura social.

Un problema que, con frecuencia, dificulta la permanencia del anciano en su propio hogar es la soledad, sobretudo en la viudez reciente.

C- Causas económicas:

El envejecimiento de las poblaciones ha provocado un profundo desequilibrio en las finanzas previsionales. De cuatro generaciones que conviven socialmente, dos o tres de ellas suelen ser improductivas, además el haber previsional sufrió una estrepitosa caída. La disminución del poder adquisitivo de sus ingresos incide directamente en la salud física y mental del anciano, pudiendo provocar: mala nutrición, falta de medicamentos, vivienda inadecuada a su condición actual o falta de la misma, dificultad para acceder a lugares de esparcimiento, imposibilidad para solventar personal auxiliar adecuado, y otras tantas carencias. Por tales condicionantes los ancianos deben recurrir forzosamente a la internación, alguno de ellos sumergidos además en deterioros psicofísicos por pérdidas de la autoestima y del rol ocupacional. Sin

embargo en la Argentina, el porcentaje de ancianos de más de 65 años internados en residencias es bajo: 1.8%, frente a una media en los países desarrollados del 5% de dicha población de mayores.

EXPECTATIVAS DE VIDA DENTRO DE UN GERIÁTRICO:

La mayoría de los seres humanos nacen, viven y mueren en un contexto familiar nuclear y en la vivienda que sirve de nicho para eso que se llama “Hogar”. A lo largo de la vida son minoría los individuos que habrán de ser institucionalizados teniendo que salir de su contexto familiar; cuando esto ocurre se vive como algo transitorio, algo que pasará en plazo prudencial, una vez que transcurran las razones, casi siempre reversibles, que han llevado al sujeto fuera de su hogar. Sin embargo durante la vejez cambian estas pautas socio-culturales y con cierta frecuencia las personas se trasladan a una residencia; incluso, uno de los más extendidos estereotipos o creencias irracionales sobre la vejez es que la mayor parte de los mayores habitan en institutos.

Vivir en el propio domicilio o trasladarse a una residencia son alternativas para los mayores de 65 años; sin embargo, mientras que para algunos la opción es libre, para otros se convierte en una necesidad inexcusable: la enfermedad crónica, la discapacidad funcional, la soledad, parecen ser razones que obligan al individuo a dejar su domicilio y aunque éste ya no sea el marco físico de su familia continúa siendo el “hogar real” para el anciano, por muy deteriorado que se encuentre y muy poco confortable que pueda ser. Esta pérdida, aunque sea para residir en una lujosa institución, puede ser vivida con enojo y dolor.

En España, aproximadamente un 3% de los mayores de 65 años viven en residencias (tanto públicas como privadas) pero el número de personas que se encuentran en listas de espera para ingresar en residencias públicas es de aproximadamente 25.000 (sobre una población mayor de 5.500.000 habitantes). Además, la Unión Europea recomienda a sus estados miembro, dado el envejecimiento de la población del viejo continente y la libre circulación de ciudadanos por la UE, una dotación de 5,5 camas por 100 habitantes ancianos. Todo ello indica que existe y existirá una gran demanda de servicios de este tipo y que el número de personas que vivirán en residencias se incrementará en los próximos años.

Amén de las estimaciones y planificaciones que los entes públicos y privados realizan sobre las necesidades y los programas de atención social, un servicio comunitario ha de ser ante todo: deseado, aceptado y respetado por los usuarios. No obstante, algunos servicios son desvalorizados por los ciudadanos y su utilización puede ser entendida, prejuiciosamente, como algo irremediable y negativo.

Existen evidencias sobre que las personas que viven en su propio domicilio tienen una visión negativa de las residencias de ancianos y que sólo en casos extremos se irían a vivir a ellas. En otras muestras un elevado porcentaje de mayores de 65 años informan que bajo ninguna circunstancia se alojarían en una residencia y los restantes refieren que sólo en condiciones extremas: no poder valerse por si mismos, razones económicas, etc., se verían obligados a optar por ello.

De lo anterior se deriva la importancia de sondear, entre otros aspectos, la visión que las personas mayores que habitan en sus domicilios tienen de las residencias, así como cuales son sus expectativas sobre en que circunstancias se trasladarían a un geriátrico, y otras variables tales como el nivel de conocimiento sobre las residencias, la salud u otras consonantes socio-demográficas que pudieran modular estas expectativas.

Dijimos ya que el ingreso en una residencia para ancianos puede suponer cambios capaces de generar intenso estrés, de acuerdo con la teoría del “interiorismo biográfico” el hogar del anciano adquiere connotaciones que subjetivamente trascienden la realidad de un mero espacio físico. A través de los años y de las experiencias vividas en el entorno familiar, las distintas partes de la casa han sido impregnadas de recuerdos y emociones que pueden actuar a modo de testimonio vivo, en el que se encuentran todos aquellos objetos y posesiones que unen al viejo con su pasado. Abandonar la casa familiar supone dejar el escenario donde se desarrollaron partes importantes de la propia vida, conllevando por lo tanto una especie de renuncia, que en muchos casos puede resultar dolorosa.

Por otra parte, este ingreso supone una forma de reubicación especialmente dura y difícil de elaborar, cuando el anciano deja su casa para ir a vivir con algún familiar, sigue teniendo a su alcance personas que le conocen y que le recuerdan a cada gesto quien es, como es, y quien fue. El reconocimiento que

familiares directos y amigos tienen sobre aspectos distintos de su biografía refuerza el reconocimiento de sí mismo, otorgando con ésto una coherente continuidad a su identidad personal. La opción de ir a vivir con la familia supone, de alguna forma, una obligación para el desarrollo personal continuado, a partir del reconocimiento de bases establecidas de convivencia. Vivir en un geriátrico lleva consigo la incorporación a un ambiente extraño y artificial, en el que el anciano es un desconocido, un “extranjero”.

El geriátrico, en tanto que institución, es un centro que debe necesariamente regirse por una serie de normas, acrecentando con ello la pérdida del sentido de control personal en los nuevos usuarios. No resulta por lo tanto extraño que el recién ingresado se desoriente ante el desafío impuesto por la nueva realidad a la que se debe adaptar.

En nuestra experiencia, los efectos del ingreso en una residencia geriátrica, comienzan a dejarse sentir con anterioridad al instante mismo de la admisión, desde el momento que su materialización es considerada como una “amenaza”.

Describimos los primeros esfuerzos de adaptación al ámbito residencial como “**síndrome de la nebulosa**”, donde muchos residentes recién admitidos sufren un proceso confusional, mientras otros se deprimen extremadamente, presentan comportamientos extravagantes, e incluso entran en una dinámica de progresivo deterioro.

Después de este primer período, algunos residentes recuperan su nivel funcional previo a la admisión, mientras que otros continúan en un paulatino retroceso hasta el momento de la muerte.

Respecto a la elevada prevalencia de trastornos psicológicos en la institución geriátrica, hemos podido constatar junto con indicadores de deterioro cognitivo, elevado índices de trastornos depresivos, así como también trastornos ligados a la ansiedad entre quienes habían solicitado su ingreso en geriátricos, en forma previa a su incorporación. Este hecho pone de manifiesto la necesidad de realizar estudios psicológicos antes de la admisión de los ancianos en la residencia, habida cuenta que en caso de no tomarse las medidas oportunas, el resultado más probable va a ser la cronificación de estos problemas en el marco institucional.

La elevada prevalencia de depresión en residencias geriátricas ha acaparado considerable atención en los últimos años. La mayor parte de los estudios

dirigidos sobre tal aspecto ha examinado el predominio e incluso los supuestos etiológicos de este trastorno en ámbitos residenciales. No obstante son pocos los trabajos dedicados a evaluar el tratamiento, curso y consecuencia de la depresión, matizando las características propias del ámbito institucional.

Por otra parte, la presencia de niveles severos de depresión conlleva derivaciones adversas que son más acentuadas en el caso de los hombres frente a las mujeres, entre las personas de mayor edad. De estas consecuencias cabe resaltar una mayor asociación entre depresión y suicidio, o un paralelismo más marcado entre depresión y mortalidad, para el sexo masculino.

Son múltiples los trabajos donde se comparan las tasas de depresión entre ancianos institucionalizados, y quienes viven en la comunidad, con independencia de características tan dispares como el tipo de instrumentación utilizada, la rigurosidad de los criterios diagnósticos, el tipo de muestra seleccionado, e incluso el contexto cultural de referencia, hay acuerdo generalizado sobre la extraordinaria dimensión que alcanza la depresión en ancianos que viven en geriátricos, habiéndose llegado a estimar que el 80% de los viejos alojados en instituciones manifiestan síntomas depresivos.

En este sentido, se ha elaborado el concepto de “**desmoralización**”, con el que se pretende describir una situación bastante común en ancianos que viven en residencias, caracterizada por baja autoestima, problemas psicofisiológicos, tristeza, y otras características depresivas que no llegan a constituir una depresión clínica. En todo caso, independientemente de las discrepancias existentes en las estimaciones realizadas por los distintos estudios, el problema central aun por resolver consiste en la correcta identificación de los agentes capaces de producir la elevada prevalencia de trastornos depresivos en contextos institucionales, y su posterior corrección. Debiendo señalarse que un buen número de factores de tipo orgánico, psicológico, psicopatológico y socioambiental, confluyen especialmente a estas edades en las altas tasas de depresión y suicidio. El ingreso en una residencia implica desairrago y sobreesfuerzos de adaptación que conducen a una sobrecarga sobre los sucesos precedentes, con impacto directo en el desmejoramiento de la salud mental de los viejos institucionalizados.

Dimensión clínica del ingreso al geriátrico

Pasar a una institución geriátrica puede ser un trauma para el anciano, entendiéndoselo como una “ruptura” del viejo con su realidad interior y externa. En el desarrollo de este trabajo se comentarán las acciones a desarrollar por el equipo de salud de estos establecimientos para que el residente, en su proceso adaptativo, llegue a lograr una integración mas armoniosa con su nuevo hábitat. Como paso previo abordaremos los procesos psicopatológicos con mayor protagonismo en estas etapas.

La depresión: Conceptualización clínica

En la vejez adquieren relevancia **los traumas psicosociales actuales** considerados como principales factores desencadenantes de los trastornos depresivos. Estas situaciones pueden ser dramáticas y evidentes o pasar inadvertidas por ser insignificantes u obvias para el paciente, los familiares, e inclusive para el observador más experto.

Íntimamente ligada con la etiología y fisiopatología de la depresión en la vejez se explicita la hipótesis de la “**vivencia de desamparo social**”, la cual se conceptúa de la siguiente manera: ante situaciones de pérdidas o experiencias nuevas desconocidas y enmarcadas por alto voltaje emotivo (como la internación en una residencia geriátrica), se pueden presentar (en forma transitoria o prolongada) una serie de fenómenos psíquicos sintetizados en sentimientos de desamparo que se caracterizan por exteriorizarse como sensaciones o percepciones interiores de vacío afectivo, cuya expresión puede abarcar tres areas del proceder humano: psíquica, física y comunitaria.

En otros casos se observan trastornos de la imagen de sí mismo y la percepción interior catastrófica de “fin del mundo” que puede desembocar en cuadros alucinatorios o delirantes de cualquier tipo. En tales circunstancias cabe hacerse la siguiente pregunta: ¿por qué, cómo y para qué se producen estas “vivencias de abandono social”? Hay quizás varias respuestas que se mencionan y vinculan a dicha génesis:

- a) Como un paso previo, o sea un mecanismo de defensa anticipado ante una posible pérdida; representando un paliativo para disminuir el sufrimiento que ésta pudiera provocar.
- b) Para lograr una mayor independencia en relación a los objetos de satisfacción primarios, sabiendo que en la vejez los hijos pueden sustituir a éstos.
- c) Como un momento obligado tendiente a disminuir o aliviar el temor a la propia vejez y a la muerte real cercana (elaboración de la muerte).
- d) Como situaciones necesarias para los procesos de cambio existencial, muchos de ellos vividos como pérdidas.

La depresión como perturbación compleja, es un síndrome con diferentes matices sintomáticos, promovido por múltiples causas, que afecta al anciano tanto por el alto grado de sufrimiento psíquico que le promueve, como por sus secuelas personales y sociales.

El término depresión ha sido erróneamente utilizado para describir, en forma indistinta, tanto un sentimiento de tristeza relacionado con la situación displacentera de ingreso al hogar geriátrico, como un estado de ánimo pasajero o estable, un síntoma o una estructura psicopatológica, yendo más allá de todo eso.

Conceptualizamos a la depresión como un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y la vulnerabilidad de la autoestima, con manifestaciones afectivas, ideales, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras que provoca serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño socio-comunitario, otras veces se presenta con su ropaje somático o de manera enmascarada.

Suele compararse al anciano con el niño que, al perder parte de su capacidad reaccional, se deja influenciar por su entorno, por lo cual la tarea del terapeuta al ingreso al geriátrico será detectar estos síntomas ocultos o evidentes, para así seleccionar los mejores abordajes, sin llegar a lesionar o influenciar el psiquismo del paciente.

Las formas clínicas al ingreso son variadas, pudiendo ir desde aquellas más leves e indetectables, como los trastornos depresivos sub-clínicos crónicos,

hasta las más graves y riesgosas, como la depresión psicótica o melancólica. El riesgo de morbilidad en el viejo es alto, por su previo deterioro órgano-psíquico, y la prevalencia al ingreso institucional varía con cada situación personal.

La depresión puede ser desencadenada por diferentes sucesos: biológicos, psíquicos, y sociológicos, que pasaremos a reseñar:

- A) Biológicos: como cuadros demenciales vasculares, enfermedad de Alzheimer, Parkinson, secuelas de accidente vascular cerebral, hipertensión arterial, diabetes, etilismo, cáncer, enfermedades reumáticas, osteopatías, etc.
- B) Psíquicos: como la melancolía, el trastorno bipolar, los síntomas psicóticos y la comorbilidad asociada.
- C) Sociológicos: como el duelo normal o duelo no complicado (DSM-IV) tan frecuente en esta etapa por situaciones de stress psico-social, por ejemplo: jubilación, viudez, pérdida del status económico, pérdida de la salud, familia y amigos. Este estado muchas veces no es tolerado por los allegados (familiares o personal del geriátrico), que no llega a interpretarlo como un proceso normal que requiere de elaboración y colaboración para superárselo. Muchas veces ocurre que la ansiedad del entorno ante este fenómeno es la que no da el tiempo suficiente ni el espacio mental para solucionarlo.

La grave situación económica actual de nuestros ancianos promueve la descompensación de su grupo familiar, con hábitats más precarios y disminución de ingresos por jubilación, lo que los transforma en sub-consumidores y afecta en forma sensible tanto su salud física como su equilibrio narcisista.

La sensación de minusvalía consecuente por los tres factores mencionados anteriormente, se entrelaza al ingreso al geriátrico con las angustias promovidas por la disminución de algunas capacidades psicofísicas, la pérdida de los lugares y objetos comunes, el sentimiento de soledad, la falta de intimidad y la muerte de otros ancianos, que hacen más ostensible la finitud de la vida y potencian el temor y el aislamiento observables habitualmente.

Hay distintas expresiones de depresión en el viejo pero ninguna de ellas da una motivación acabada sobre como explicar unívocamente su génesis; los modelos analíticos, psicodinámicos, cultural, médico, psiquiátrico, biológico, tienen cada

uno su propia explicación, lo importante es no perder la visión integradora del equipo de salud y enfatizar la mirada comprensiva hacia el paciente añoso como vital testigo de su propia biografía.

Los síndromes depresivos constituyen uno de los problemas más importantes de la psicogeriatría y su incidencia es mayor en las mujeres, entre el 10% y el 20% de los adultos mayores de 65 años presentan al menos un episodio depresivo a lo largo de su vejez.

La población mundial crece, las expectativas de vida se alargan y la frecuencia de esta patología es mayor. Estadísticamente, trabajos realizados en el ámbito comunitario señalan que la prevalencia de síntomas depresivos significativos en la ancianidad fluctúan entre el 4 y el 25%, disminuyendo este porcentaje para los casos de depresión mayor en la que se informa una prevalencia del 1 al 5%. Algunos estudios informan que la prevalencia de depresión mayor en la comunidad disminuye con el incremento de la edad (hasta 75-85 años) en tanto que los síntomas depresivos tienden a mantenerse y en algunos casos a aumentar.

La epidemiología de la depresión al ingreso del anciano al geriátrico se puede caracterizar como una pirámide, en la que el incremento de la severidad se asocia con una disminución en la frecuencia; sin embargo, su base está constituida por un grupo de depresiones que constituyen un reto en su diagnóstico precoz, adecuado y oportuno y también en su tratamiento.

Otras investigaciones demuestran prevalencias de un 45% de cuadros depresivos en residencias geriátricas, pero fueron realizados en otros países. En cuanto a la co-morbilidad psiquiátrica, se cita que el 20% de las depresiones mayores se asocian a una depresión crónica previa al ingreso de al menos 2 años de duración.

Los factores asociados que pueden ensombrecer el pronóstico de la depresión en los ancianos, son la presencia de síntomas psicóticos, enfermedades médicas, y trastornos de la personalidad, particularmente aquellos con rasgos obsesivos e histéricos con pobre soporte social, familiar, alteraciones cognitivas y trastorno bipolar.

Se sabe también que el rango de depresión es tres veces mayor en las personas discapacitadas (fracturas de cadera, artrosis, secuelas de accidente vascular cerebral, etc.) y que también influyen los trastornos adictivos pre-existentes,

como el alcoholismo donde del 5 al 15% de sus víctimas desarrollan cuadros depresivos.

El suicidio puede asociarse también a los gerontes depresivos, pero se acepta que se dan más casos entre los ancianos que viven solos que entre los residentes en geriátricos.

El estrés de ingreso puede provocar la vulnerabilidad del sujeto añoso, más en aquellos con antecedentes familiares de problemas afectivos, trastornos de la personalidad y/o eventos traumáticos a temprana edad.

Los eventos biológicos que pueden subyacer a la depleción de catecolaminas o hiperreactividad plaquetaria subsecuente a enfermedades orgánicas, secuela de accidente vascular cerebral, Parkinson, trastornos cardiovasculares (infarto agudo de miocardio, hipertensión arterial) y neurodegenerativos también empeoran la comorbilidad de los trastornos depresivos. Así la depresión del geronte alojado en residencias geriátricas aparece involucrada con el comienzo de la enfermedad de Parkinson, Alzheimer, Accidente Vascular Cerebral, otras patologías cardiovasculares, diabetes, cáncer, etc.

El trastorno de ansiedad generalizada y la fobia social, pueden preceder al comienzo de la depresión y ésta a su vez suele adelantarse a los trastornos de pánico y agorafobia; hay además demencias de comienzo pseudo-depresivo.

Los infartos cerebrales silenciosos por arterioesclerosis cerebral senil pueden conducir a ciertos trastornos depresivos, fundamentalmente los del lóbulo frontal cerebral (detectables por tomografía computada o resonancia nuclear magnética). Si se presentan en forma bilateral pueden acompañarse por cierta euforia con aplanamiento afectivo y si es unilateral existe una disminución de la respuesta a los estímulos. El porcentaje de recuperación de los pacientes con Accidente Vascular Cerebral que produce depresión, es la mitad de aquellos que no la padecen.

Los diabéticos que utilizan insulino terapia suelen caer en trastornos depresivos, en estos casos se requiere una evaluación precisa de su tratamiento metabólico. El infarto agudo de miocardio, la hipertensión arterial y las drogas que se suministran en sus tratamientos, pueden agravar los síntomas depresivos.

La depresión de ingreso al geriátrico tiende a caracterizarse por: abatimiento, desgano, retracción, pérdida de interés por el mundo externo, disminución en la capacidad de experimentar placer, presencia de trastornos funcionales del

sueño, pensamiento lento, rumiante, monotemático y hasta una vivencia delirante de ruina con necesidad de castigo. Al vivir de esta manera el tiempo se torna interminable, siendo una oscura y angustiosa pesadilla de la que se quiere despertar. Esta situación empieza a significar la dimensión temporal del padecer psíquico, los trastornos del sueño y las fantasías suicidas.

Para el DSM-IV los trastornos depresivos se expresan por:

- 1) Humor deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.
- 2) Pérdida del placer o interés por las tareas habituales.
- 3) Pérdida o aumento del apetito o peso, sin dietas específicas.
- 4) Insomnio o hipersomnia.
- 5) Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- 6) Pérdida de energía o fatiga.
- 7) Sentimiento de inutilidad, autorreproche, culpas excesivas o inapropiadas.
- 8) Disminución de la capacidad de pensar o de concentración.
- 9) Ideaciones recurrentes de muerte, suicidio, o deseos de estar muerto.

Con cuatro de estos síntomas precedentes, la Asociación Psiquiátrica de EE.UU. establece el diagnóstico de: **DEPRESIÓN**.

El geronte deprimido es más vulnerable al dolor y a las enfermedades, en general está polimedicado o recurre a los medicamentos como estigma de enfermedad para llamar la atención sobre sus hipocondrías.

Un cuadro cardinal del anciano de residencia geriátrica está dado por las perturbaciones para dormir: insomnio de conciliación, despertar temprano, sueño no reparador, pudiéndose agravar el abatimiento general del depresivo. Tienen además una excesiva tendencia al aislamiento, son reacios a las salidas y no quieren experimentar placer (escuchar música, leer un libro, ver televisión, etc.).

Dentro de las alteraciones del apetito, son más frecuentes las anorexias.

Se hacen irritables, fastidiosos al trato con los demás, a veces con vivencias paranoides. La disminución o imposibilidad de realizar sus deseos sexuales también deben tenerse en cuenta para su abordaje.

Tienen síntomas hipocondríacos, vagos, inexplicables, erráticos y no mejorables por la terapéutica sintomática, particularmente las algias. Padecen también de trastornos en el funcionamiento gastrointestinal (dispepsias, síndrome ácidosensitivo, constipación, colon irritable), acompañados de inhibición de la

voluntad y pensamiento, con tristeza vital y angustia, acentuadas al “no querer”, “no poder”, “no desear”.

El cuadro clínico se basa en el trípode: angustia, ánimo depresivo e inhibición. El rostro del paciente puede a veces denotar pobreza gestual, con marcada hipomimia, presentándose llanto inhibido, desaliño, trastornos posturales en la columna, semblante pálido, discurso lento o forzado y egocéntrismo, con reducción además del espacio sintomático, es decir, dificultad para estar en contacto con los otros.

Es significativa la asociación de depresión en la ancianidad, con la enfermedad de Alzheimer, donde estudios clínicos y epidemiológicos demuestran frecuencias variables con un promedio del 40% para humor depresivo y 20% para trastornos depresivos. En los accidentes vasculares cerebrales, la tasa de depresión fluctúa entre el 30 y el 65% en el año del accidente y suele ser más común en aquellos pacientes con lesión en el hemisferio izquierdo y polo frontal.

La ingesta de determinados fármacos: corticoides, neurolépticos, hipoglucemiantes orales, antihipertensivos, etc., potencia una depresión subyacente.

En la Enfermedad de Parkinson, los síntomas depresivos pueden preceder a la enfermedad, así, el 45% de los casos tienen episodios depresivos antes de desarrollar los síntomas motrices.

Respecto de los trastornos cognitivos, la depresión puede ser un pródrómo que expresa tempranamente una perturbación subcortical o que se promueva el déficit por la hipersecreción glucocorticoidea y los daños que se generan en el sistema nervioso central, en estos casos el diagnóstico diferencial es fundamental.

Debemos mencionar que el duelo normal o duelo no complicado (DSM - IV) tan frecuente al ingreso en esta etapa de la vida por situaciones de estrés psicosocial (ej. viudez, jubilación, pérdida de status económico, trastornos de salud, problemas familiares, déficit de vivienda, falta de amigos, etc.) muchas veces no es tolerado por los allegados como proceso normal que requiere de recuperación; la desesperación familiar ante este fenómeno lleva a solicitar tratamiento psiquiátrico urgente, no dando tiempo ni espacio mental para la elaboración, todo lo cual transporta a veces a la depresión.

Al ingreso a un geriátrico el paciente se siente minusválido, tiene pérdidas de su intimidad, de su libertad, de su capacidad de consumo, de sus objetos personales y de sus afectos, todo ésto altera tanto la salud física como el equilibrio narcisista. Este cuadro se superpone con la disminución de algunas capacidades psico-físicas, incrementándose la sensación de soledad; las muertes de los allegados y de otros ancianos hacen más ostensible la finitud de la vida junto al temor y al aislamiento que también son observables.

En los gerontes internados el duelo normal adquiere una difícil y más larga resolución, situación muchas veces desconocida en dichos ámbitos. Merece señalarse que en la vejez la tristeza puede ser leve o profunda (un verdadero dolor moral), con ansiedad o sin ella, sumándose disminución de la autoestima, pesimismo y equivalentes somáticos leves o intensos que, en muchas oportunidades, conducen a frecuentes errores diagnósticos con los procesos depresivos.

Sigue siendo muy importante referirse a la historia del anciano, sus costumbres y hábitos, dándole sentido existencial al material recogido, para así definir si es depresión, duelo o estado propio de la vejez. Otras veces no es dolor ni tristeza sino un fuerte sentimiento de vacío interior o anestesia afectiva frente a los seres queridos, a los cariños otrora profundos y a las pasiones intensas, que llega a hacerse insoportable. La inhibición psicomotriz es fácil de confundirse con el entecimiento propio de la edad y la condición física de un cuerpo que perdió soltura, agilidad y tiene menor flexibilidad y energía vital.

El insomnio o los típicos despertares nocturnos de los viejos, pueden también atribuirse a dolores, deseos de micción, apnea del sueño, etc. Por otro lado, hay muchos pacientes que habitualmente hacen pequeños sueños diurnos, completando el horario del dormir nocturno.

Desde el punto de vista fenomenológico y con fines descriptivos, se mencionan como clasificación de los cuadros clínicos de la depresión en la vejez los siguientes:

- 1) Depresión reactiva, exógena o neurótica.
- 2) Depresión endoreactiva.
- 3) Depresión endógena, unipolar.
- 4) Depresión endógena, bipolar.
- 5) Depresión sintomática.

- 6) Depresión “enmascarada”
- 7) Depresión mixta.

Estos cuadros a veces no se presentan puros y aparecen como formas combinadas, por ejemplo: puede iniciarse una depresión sintomática en un adulto mayor que esté cursando una depresión exógena o endógena crónica. Por lo tanto, el estudio no debe quedar limitado al área de cada uno de ellos. El **sentimiento de culpa** es uno de los síntomas más habitualmente observado en las distintas formas clínicas de la depresión en la vejez, se expresa desde el simple remordimiento, hasta el profundo dolor anímico que paraliza el cuerpo del envejeciente.

Por otra parte, al analizar los estudios efectuados sobre depresión en residencias de ancianos se debe tener en cuenta que inciden otros factores sobre los resultados obtenidos, como que se trate de residencias mixtas o de un solo sexo (con mayores prevalencias en aquellas con predominio de sexo femenino), vinculado ésto a la mayor longevidad de las mujeres (institucionalizadas o no) y la edad media de la población estudiada (cuanto más antigua sea la residencia, la edad media es mayor) y todo ello influye sobre la prevalencia de la depresión. En este sentido, hay que volver a significar que los síntomas depresivos se hacen más manifiestos en las primeras etapas del ingreso a los centros residenciales, disminuyendo con el tiempo de estadía, con lo que siguiendo estas conclusiones cabría esperarse que en geriátricos de creación más reciente sería previsible encontrar tasas de depresión más elevadas.

Finalmente hay que destacar que existe asociación entre el grado de dependencia del anciano y la intensidad de la depresión o prevalencia de síntomas depresivos.

En cualquier caso se puede aceptar que la existencia de sintomatología depresiva puede hacer que la persona sea más dependiente, como que la dependencia puede ser causa de depresión, si bien ésta puede presentarse en personas con completa autonomía. Es decir, la aparición o no de sintomatología depresiva también se relaciona con el grado de autonomía personal, por lo que es preciso realizar una valoración clínica cuidadosa para encontrar síntomas depresivos en sujetos con un importante grado de dependencia, ya que en ellos

parece existir un riesgo mayor de patología depresiva y una vulnerabilidad global más acentuada.

El duelo y sus resoluciones

En la práctica gerontopsicológica se advierten, tras el ingreso de un anciano a la institución geriátrica, procesos a los que hipotetizamos clínicamente como una operatoria elaborativa de duelos por pérdidas antes que, específicamente, un síndrome psiquiátrico de adaptación.

Esos procesos de duelo suelen resolverse por varios mecanismos:

- 1) Manera exitosa: adaptación-integración.
- 2) Manera patológica: curso melancólico-productividad psicótica.
- 3) Manera fallida: curso tanático-entropía / muerte.

Los modos de resolución de estos duelos tienen, según nuestra observación, una estrecha relación con el procesamiento que de esta instancia de pérdida efectúa cada estructura subjetiva, sin dejar de advertir la incidencia que sobre tal operatoria psíquica poseen las influencias contextuales (crisis social y prestacional, estructura familiar, disminución de los haberes jubilatorios, etc.).

Así pues, la integración o la deriva melancólica en la estructura neurótica, la egodistonia del duelo en la estructura perversa, la productividad delirante en algunas estructuras psicóticas, y el agotamiento de la posición depresiva expresada en una actitud de resignación por la que el sujeto ingresa a un significante profundo: la muerte, son algunas de las modalidades que, en nuestra experiencia clínica, se verifican en los procesos señalados.

Dado que el ingreso al geriátrico conlleva al inicio de un proceso de duelo con diferentes resoluciones, es imprescindible situar la especificidad de esta operatoria.

El significante duelo posee dos significaciones complementarias: la primera, que connota una cualidad afectiva, deriva de *dolus*, vale decir dolor; la segunda deriva de *duellum*, deslizamiento de *bellum*, guerra o conflicto; ligazón ésta que sitúa al proceso como un vínculo conflictivo de resolución dolorosa.

El duelo opera en el campo del principio de realidad en la medida en que dicha realidad determina la necesidad de un trabajo de separación del objeto, puesto que éste, perdido, ya no existe.

El trabajo de duelo consiste en la desinvertidura de un objeto al que resulta difícil renunciar, por cuanto con él se pierde una parte de uno mismo.

Salvarezza, en igual sentido, sostiene que la gran mayoría de las depresiones en ancianos, manifiestas o enmascaradas, corresponden a aquellas "... en las cuales las causas que aparentemente determinan su aparición pueden ser relacionadas con una experiencia vital identificable en un momento más o menos cercano del pasado del paciente. Esta experiencia vital es asimilable con la palabra "pérdida", sin importar que sea real o no. Lo que la determina es la vivencia del sujeto de que algo relacionado con él se ha perdido..."

Es posible sostener, entonces, que la pérdida de un objeto involucra la pérdida de una relación con dicho objeto, éste es: una forma de ser, una modalidad de existir, una estructura de conducta. En opinión de algunos autores para que este proceso pueda desarrollarse es necesario que el sujeto haya incorporado a lo largo de su vida una serie de experiencias integradoras cuya pérdida se exprese en modalidades de frustración y dolor.

De acuerdo a estadísticas la vejez es la época de la vida en la cual existe una mayor probabilidad de aparición de circunstancias que conllevan a una dimensión de privación, y puesto que el proceso de institucionalización parece constituir, en algunos ingresantes, una significativa operatoria de pérdida, es necesario iluminar el proceso de duelo para situarlo en la cuestión de las estructuras subjetivas y sus modalidades de resolución.

Según diferentes autores el trabajo de duelo se desarrolla en tres fases claramente delimitadas que podemos observar cotidianamente en la clínica con el paciente viejo.

En la primera fase se advierte una dinámica caracterizada por conductas defensivas de sesgo maníaco entre las cuales, la más importante es la negación de la pérdida, como negación omnipotente de la realidad. No son infrecuentes los procesos de despersonalización, con manifestaciones contingentes de ansiedad, llanto, desasosiego y agitación; por esta operatoria el sujeto rechaza la idea de pérdida y desarrolla argumentaciones de reproche al otro y autorreproches egodistónicos.

En la segunda fase se produce una intensificación de la relación con los objetos internos generada por el correlativo desinvertimiento libidinal de los objetos exteriores. Esta etapa, en la que sitúa la dinámica elaborativa de la pérdida, “aparece con toda su magnitud la tristeza” (Salvarezza L.). El sujeto, sumido en el dolor y retraído “siente que el mundo no tiene sentido sin quien, amado y deseado, ya no está” (Salvarezza L.). La tercera fase es aquella en que “la relación con los objetos internos se va debilitando y el sujeto es capaz de restablecer vínculos con los objetos del mundo exterior que había abandonado y finalmente vincularse con otros nuevos” (Salvarezza L.). Se trata de un proceso de reinvertimiento libidinal de objeto, de religadura con la realidad, donde los recuerdos dolorosos se hacen más lejanos y espaciados, y donde la inhibición, la retracción y la tristeza ceden para incorporar nuevas relaciones, intereses y proyectos.

En este punto, es sumamente relevante observar que la dinámica del duelo analizada presenta una configuración y resoluciones diferentes según se trate de estructuras subjetivas que la clínica psicopatológica define como: neurótica, perversa o psicótica.

Al ingreso del paciente al geriátrico son esperables modalidades diferenciadas de procesamiento del duelo que involucran la constelación de pérdidas inscriptas en esta etapa, aún cuando es posible constatar que lejos de vivenciarse como pérdida, el ingreso a una institución puede morigerar situaciones preexistentes de necesidad y privación, con lo cual dicho proceso no se verifica.

En la estructura neurótica es esperable o bien una resolución exitosa en términos de integración, donde las fases antes señaladas se desarrollan sin mayores modificaciones o, en su defecto, un duelo patológico de curso melancólico con productividad delirante y/o alucinatoria.

Si el duelo normal se define por el trabajo de elaboración de una pérdida, en el duelo patológico el objeto perdido se internaliza y la organización yoica del sujeto adquiere diversos grados de identificación con aquél. En esta internalización se resignifica una relación ambivalente previa a la pérdida, existente entre el sujeto y el objeto perdido, dando como resultado una cristalización del procesamiento elaborativo y una sintomatología caracterizada por la apatía, vacío, retracción y tristeza.

En una fase crítica, la reacción maníaca con restitución delirante o alucinatoria del objeto perdido, no es infrecuente y determina el cuadro melancólico.

En las estructuras perversas este proceso se presenta con un sesgo egodistónico producto de la coexistencia de los mecanismos de represión y renegación predominantes en el funcionamiento estructural. En esta estructura no existe una interrogación acerca del sentido de la pérdida como en las neurosis, o la imposición en su psiquismo de respuestas cargadas de certeza como en las psicosis. El perverso demuestra que la relación de complementariedad con el otro no existe y en su lugar operan otras oposiciones sustitutivas. Pero donde, tal vez, existan mayores dificultades de conceptualización clínica es en aquellos duelos cuya derivación toma un curso claramente tanático, de entropía, desorganización y, finalmente, muerte.

El Área de Gerontopsicología del geriátrico

En el marco antes enunciado, el área de gerontopsicología del geriátrico adopta en la fase de ingreso (y subsiguientes) del paciente a la institución, una posición preventiva y clínica, con dispositivos orientados a contener y favorecer un mejor desarrollo del proceso elaborativo del duelo.

Para ello se incorporan los siguientes espacios:

❖ Talleres de Reflexión con encuadre terapéutico de “pequeños grupos”

Esta práctica posee como función promover actividades para el favorecimiento de la conciencia elaborativa y crítica a través de diferentes vertientes simbolizatorias y discursivas. Por tal operatoria se analizan y debaten mediadores textuales, cuyos contenidos aluden a problemáticas de interés común, para el traslado y articulación -de lo producido- a vivencias, experiencias y conflictos del orden cotidiano. Este movimiento orienta la elicitación y elucidación de motivos y causalidades (conscientes e inconscientes) de algunas situaciones problemáticas.

❖ Grupos Terapéuticos

Este dispositivo posibilita un efecto de soporte de la palabra, la que constituye el basamento de una intervención clínica orientada a la construcción de

posicionamientos articulados a la operatoria del deseo y al necesario y continuo proceso de subjetivación, y por lo tanto de despasivización, de cada uno de los integrantes de la escena grupal.

❖ **Gerontopsicología clínica**

- Psicodiagnóstico de ingreso: Confección de la Historia Clínica Psiquiátrico-Psicológica; MiniMental Test; Cuestionario de funciones cognitivas de Pfeiffer.
- Evolucionamiento documentario y actas de reunión del Equipo Interdisciplinario.
- Sesiones de apoyo psicoterapéutico individual en episodios agudos, y/o tratamientos analíticos (elaborativos y elucidativos) por vía de demanda de análisis y entrevistas previas; estos últimos en sesiones convenidas con anticipación.
- Acompañamiento y contención en las diferentes fases de duelo.
- Asistencia individual a pacientes postrados y dementizados, por medio de la instrumentalización de un dispositivo del tipo “orientación a la realidad”. Esta práctica promueve un enriquecimiento experiencial y de movilización cognitiva, emocional, sensorial, desiderativa y volitiva, constituyéndose en un instrumento terapéutico limitante de los efectos de deterioro y psicopatologizantes de la inercia y la retracción.
- A los pacientes terminales se los asistirá con apoyo y cuidados paliativos.
- Se recomiendan, en caso de una acentuada conflictividad del ingresante y su grupo familiar, entrevistas de orientación para una mejor elaboración de la problemática, y la angustia de ella derivada, que supone el pasaje del ámbito familiar al institucional.
- Se pueden efectuar encuentros periódicos con familiares, bajo el formato de “talleres de reflexión”, como manera de consolidar un espacio de intercambios donde construir una lectura acerca de los múltiples interrogantes que se presentan en torno de la experiencia de institucionalización.
- Grupos de reflexión (Ballint) con personal de planta (asistentes y auxiliares).
- Docencia en torno a modalidades y estrategias vinculares en la atención del paciente geriátrico.

Estrategias para la mejor adaptación del anciano al Instituto geriátrico

- Trabajar con el equipo multi e interdisciplinario de salud.
- Buena evaluación psicológica y psiquiátrica.
- Actuar en conjunto con la familia.
- Test valorativos (Barthel, Pfeiffer)- ver Anexo.
- Que el anciano conozca previamente el instituto al que va a ingresar
- Colaboración del personal no médico.
- Actividades recreativas (manuales, musicoterapia, obras teatrales, lúdicas, etc.).
- Salidas periódicas para los que puedan desplazarse.
- No estigmatizar la vejez como sinónimo de enfermedad, demencia o inutilidad.
- Exhaustiva valoración clínica por el médico del establecimiento.
- No polimediar.
- Diálogo fluido con el residente.
- Estimularlo a comprender que la medicación no es la única solución para todo lo que siente.

El mejor conocimiento e interés del equipo de salud sobre la fisiopatología del envejecimiento ha promovido modificaciones en las estrategias terapéuticas, pero aún resta desarrollar una sólida estructura teórica que permita alcanzar decisiones más racionales para el abordaje del adulto mayor.

Normas útiles para la prescripción de fármacos

- ⇒ Revisar la caja con medicamentos que el anciano trae de su casa (laxantes, analgésicos, antidiarreicos, hipnóticos, etc.).
- ⇒ Monitoreo periódico del plan de tratamiento, para evitar las tendencias a la automedicación por parte del paciente.
- ⇒ Elegir formas de administración farmacéutica fáciles de ingerir.
- ⇒ Comenzar con dosis pequeñas hasta las dosis útiles.
- ⇒ Prescribir con claridad para el personal de enfermería.

- ⇒ La adecuada forma de prescripción de los antidepresivos es tan importante como la buena elección del fármaco mismo.
- ⇒ No es que se deba conocer todo sobre todos los fármacos, pero sí se debe saber bastante sobre aquellos que se indican con asiduidad.
- ⇒ La supresión psicofarmacológica debe ser gradual, progresiva, constante y diferenciada.

Como ya se dijera, el ingreso al geriátrico es un duro proceso adaptativo y como tal una suma de duelos, conflictos, miedos y angustias, los fármacos sólo deben considerarse un soporte frente a este hecho traumático y no una herramienta de castigo para facilitar el confinamiento y la subordinación de los ancianos al régimen institucional.

Dimensión preventivo-social de la internación geriátrica

ACTIVIDADES DEL TIEMPO LIBRE

El objetivo primordial de la Terapia Ocupacional en la etapa de institucionalización reciente se orienta a conseguir la adaptación exitosa del paciente añoso al ámbito de la residencia. Es conveniente diferenciar la adaptación exitosa de la sobreadaptación, la primera implica un paulatino deslizamiento desde un rol de paciente al de residente, en el cual se remarcan “los aspectos positivos que aparecen al residir en una clínica u hogar geriátrico, la existencia de una continencia profesional permanente para su salud y eventual tranquilidad, así como la oportunidad de relacionarse con grupos de pares, o la participación en actividades recreativas” (Miranda C.). Al mismo tiempo se remarcan sus derechos pero también sus responsabilidades, estas últimas en estrecha relación con las normas de convivencia propias de la institución y la capacidad de manejarse en situaciones sociales dentro de un grupo de pares.

Un anciano sobreadaptado tiende a “cosificarse”, disminuye su autoestima y autoconfianza y es más vulnerable a síndromes depresivo-regresivos, no logra hacer un uso satisfactorio de su tiempo libre y se perpetúa en el rol de pasividad.

Las tres áreas en que se manifiesta el desempeño ocupacional de las personas son: Productividad, Cuidado Personal o Actividades de la Vida Diaria y Tiempo Libre.

La Terapia Ocupacional en el contexto socio-recreativo desarrolla actividades de Tiempo Libre “en un marco recreativo terapéutico en forma individual y grupal, estableciendo indicaciones y contraindicaciones en la elección de las mismas, estimulando las capacidades expresivas, creativas y productivas del geronte” (Miranda C.). Esta misma autora define a las ocupaciones de Tiempo Libre como “toda aquella actividad que se realiza a partir de una elección voluntaria, libre de obligación horaria y de asistencia rigurosa”.

Dentro del área de las ocupaciones de Tiempo Libre hay que diferenciar dos grandes grupos: el ocio propiamente dicho y la recreación. El primero se caracteriza por una limitada interacción con el medio, se trata de actividades de carácter pasivo que no hay que confundir con estados depresivos o melancólicos y que deben ser respetados, involucran, por ejemplo: estar sentado, estar acostado, darse un baño de inmersión, etc. La recreación demanda un mayor grado de exploración y dominio del ambiente e involucra aspectos socio-culturales y comunitarios en interacción. Dentro de las actividades de recreación existen las **pasivas** donde el individuo actúa como espectador (mirar TV., escuchar radio, mirar vidrieras, eventos deportivos, teatros) y las **activas** donde la persona tiene el rol protagónico, ejemplo; sacar fotos, escribir, jugar ajedrez, cantar, bailar, estudiar, exponer cuadros o artesanías, hacer gimnasia, es decir ejercer roles socio-comunitarios definidos.

Procurar el mantenimiento de un equilibrio entre las distintas ocupaciones y brindar la posibilidad de vivenciar cada una de ellas, resulta vital para que el geriátrico funcione en sentido de comunidad.

“Así como en la niñez los roles se organizan en base a actividades lúdicas y en la adultez alrededor de roles procreativos y/o productivos; en la vejez, caracterizada por la transición de intensa productividad a pasividad, vuelven a tomar suma importancia las ocupaciones de Tiempo Libre” (Miranda C.).

Pero la mayoría de nuestros viejos no provienen de una cultura acostumbrada a hacer buen uso de su Tiempo Libre y “no valoran el Tiempo Libre ya que éste era y es considerado por este grupo etéreo como sinónimo de vagancia” (Aussiere, M.R.). Así es que a la novedad de la internación geriátrica, se suma el

problema de la integración a actividades socio-comunitarias recreativas, “la mayoría de los gerontes son incapaces de jugar con las cosas, de disfrutar de ellas, quizás nunca lo hicieron; los hombres argumentan que iban de un trabajo al otro y las mujeres, su imposibilidad marcada socialmente de ver más allá de sus hogares y sus trabajos domiciliarios, con lo cual la terapia Ocupacional se convierte en algo nuevo y, como todo lo nuevo, es temido y resistido” (Sbriller L. y Warchavski G.). De lo mencionado se destaca como muy importante tomarse el tiempo que sea necesario para que la integración a las actividades no sea compulsiva, y el residente tenga la oportunidad de explorar su nuevo contexto hasta sentirse lo suficientemente seguro como para expresar sentimientos de competencia en el dominio del ambiente y de sí mismo, posibilitando de esta forma, su progresiva integración a las actividades porque “desde la Terapia Ocupacional se ofrece un espacio lúdico comunitario que rompe con la cotidianidad, con la rutina, un espacio diferente, libre, sin imposiciones ni obligaciones, dándole al viejo la posibilidad de decidir participar o no, favoreciendo así su autonomía” (Aussiere M.R.).

Mientras esto sucede conviene realizar una evaluación exhaustiva que incluya, además de la valoración de las capacidades funcionales, la indagación de la historia ocupacional, prestando especial atención al uso del tiempo libre en el pasado, en el presente y las expectativas hacia el futuro. También es importante indagar hace cuánto tiempo se retiró de la actividad productiva y qué modificaciones se operaron en su vida ocupacional, concretamente qué actividades se venía realizando en la actualidad ya que “cuanto menor es el nivel de actividades placenteras referidas a la ocupación del tiempo libre, se producen en mayor medida sintomatologías depresivas entre las personas mayores” (Izal M. y Montorio I.). Por lo tanto, es responsabilidad de la institución geriátrica procurar mantener y asegurar al residente un nivel de actividades eficaces, mediante normativas flexibles y adaptadas a sus capacidades funcionales.

En muchos casos nos encontramos con falta de motivación en los ancianos, entonces “se debe ayudar a generar un proyecto de vida amoldado a sus circunstancias actuales, descubrir algún sueño, entendido como sinónimo de motivación, posible de ser realizado y ayudar a concretarlo para vivenciar nuevamente las expectativas de éxito” (Miranda C.).

El papel que juegan las actividades como determinantes de bienestar en este grupo etéreo tienen “un doble mecanismo: de forma directa proporcionado por el valor de tales actividades como fuente de refuerzo, y mediante su impacto sobre la autoestima”. (Izal M.).

En esta etapa es función del equipo de trabajo institucional posibilitar la toma de conciencia por parte del residente y también de su familia, de la importancia que tiene participar en actividades socio-recreativas, en tanto se cuenta con gran cantidad de tiempo desocupado, provocándose la interrogación acerca de proyectos de vida: “¿cómo quiere vivir su tiempo libre?”. “Hay una manera de ocuparse sin sentido en la que el anciano hace lo que se le propone sin que esto adquiera significación para él, que indudablemente no es terapéutica” (Durante Molina P. y Pedro Tarres P.). “Se le debe hacer saber que el adulto puede jugar no como niño sino como adulto; el autopermisismo es la base para poder acceder al juego, permitirse jugar es reencontrarse con el asombro, la felicidad, el cooperativismo, la desinhibición, la alegría, el ser libre, la creación, la proyección, el renovarse” (Aussiere M.R.).

Cuando el anciano logra descubrir estas facetas, la internación geriátrica toma connotaciones más positivas y alentadoras, puede superar las situaciones de pérdida y alejar el fantasma de la depresión, sin perder de vista la necesaria conexión con lo comunitario que dará sustento a los procesos reminiscentes, fuente de salud mental para las personas mayores por su efecto energizante sobre la memoria personal y social, como anclajes de la identidad y la autoestima cada vez más valorados por los especialistas en la temática.

Terapia Corporal

Cuando un geronte es institucionalizado, en su apreciación global hay que considerar los cambios de lógica en relación al cuerpo y la temporalidad, lo cual servirá de apoyatura para indagar acerca del papel que cumple para la subjetividad de este período, lo creativo y lo recreativo.

En cuanto a que “hacerle hacer” en la institución, quizás, la frase anunciada de esta manera esté señalando un riesgo. Igualmente se está interrogando acerca de un asunto inquietante: ¿cuál es el destino posible para el llamado tiempo libre?

La relación cuerpo-tiempo es un eje para comprender muchas de las cuestiones inherentes a esta etapa. En nuestra cultura el registro de la eficacia del paso del tiempo comienza a ser reconocido en los finales de la adolescencia; posteriormente distintos hitos van señalando su impronta: hijos, pérdidas, separaciones, los cambios corporales. Pero la conciencia del tiempo como personaje activo y con voluntad indoblegable, cobra gran resonancia en la vejez, habiendo una relación íntima entre lo que se percibe a nivel de imagen, de representación del propio cuerpo y también desde lo que se palpita como sensorialidad corporal.

Por lo general cuando un anciano llega a una institución se repliega en sí mismo, por ello hay que brindarle un espacio de escucha continente, rescatando sus conflictos, sus deseos y sus propuestas. De esta manera se va a ir facilitando un clima transferencial donde el mayor se pueda ir abriendo a la realidad y consecuencia de su nueva morada.

Debemos considerar que, en la mayoría de los casos, ya no se cuenta con una autonomía psíquica ideal debido al transcurso de un posible deterioro cerebral, por eso es imperioso estimularlo pero sin dejar de escucharle, pudiéndose trabajar en grupos operativos sin perder de vista que “el total no es la suma” sino que cada uno de los residentes existe por su autonomía y personalidad.

En principio debe atenderse a la adaptación a la institución, esperando una factible resocialización; también se favorecerá la comunicación entre pares, en una apuesta a la revalorización del “sí mismo” que, indefectiblemente, confluye en la valorización del “nosotros” compartiendo un tiempo y espacio real con el otro.

El trabajo corporal sirve para que el geronte en el aquí y ahora pueda aceptar su cuerpo con el bagaje que trae, ya sea con sus arrugas, sus dolores, sus imposibilidades motoras, sus pérdidas de memoria, sus achaques y demás limitaciones. Esta actividad no sólo conlleva a la aceptación de un nuevo esquema corporal, sino que estimula funciones cerebrales cognitivas y favorece la expresión corporal como lenguaje en sí mismo; con el abordaje de la motricidad fina y gruesa se trabaja para lograr una autonomía corporal, muchas veces latente, y con la sensopercepción se logra incentivar los mecanismos preceptuales atrofiados disfuncionales (vista, tacto, gusto, oído, movilidad activa o pasiva). Resultando beneficioso no sólo reencontrarse con los apoyos internos

sino también con los externos, por ejemplo: buscar otra manera de levantarse o sentarse de la silla para evitar caídas, aprender otra manera de caminar (si el equilibrio está deteriorado), o sea reforzar conductas corporales hacia la reafirmación del cuerpo y de la identidad, apuntalando la autoestima, en un proceso de educación para la salud todavía poco explorado. También debe entusiasmársele para que el viejo, dentro del trabajo corporal, pueda rescatar su capacidad de juego, del juego en sí mismo y también, porque no, como competencia (juego de bochas, del tejo, etc.), siempre teniendo presente esta idea-fuerza: “cuando se pierde la capacidad de jugar se empieza a envejecer”. Está ampliamente probado que a través del juego el mayor puede rescatar su creatividad o descubrirla; el juego y la creatividad legitiman la necesidad del viejo de reconocerse y ser reconocido sin que sus conductas sean calificadas, peyorativamente, como regresivas.

La creatividad aplicada a actividades grupales en el tiempo libre en tercera edad, cumple varias funciones:

- 1) Darle sentido a ese tiempo.
- 2) Estimular procesos de relibidinización objetal.
- 3) Levantar barreras en términos de represión y conciencia moral.
- 4) Canalización y recuperación de erotizaciones.
- 5) Facilitación al investimento de lo nuevo, en cuanto a vivencias e identificadores.
- 6) Apertura y sostén del espacio intraindividual e interindividual.

Las actividades creativo-recreativas: expresión corporal, teatro, música y plástica, constituyen un instrumento privilegiado para el estímulo de un espacio sensorio-lúdico. El arte de lo transitorio tiene para los ancianos una misión: la de ayudar a superar duelos e instalarse en otra temporalidad; tiempo en el que aparece resaltada la belleza de lo percedero, opuesta a la expectativa de infinitud.

Nutrición

Al momento del ingreso del anciano a la institución geriátrica los miembros del equipo de salud deben tener presente que cada persona posee necesidades individuales y que existen factores físicos, psicológicos, culturales y sociales que necesitan ser considerados en el cuidado integral del mismo. Para favorecer el

ajuste del nuevo residente al centro, hay que comprender la adaptación no como un momento puntual, sino como un proceso temporalmente extenso en el que las partes implicadas: residentes, personal de la institución y familia juegan un papel activo y consistente. En el transcurso de dicho proceso la asistencia nutricional consistirá en primer término en la evaluación del estado nutricional del residente, esta ponderación tendrá en cuenta:

- ✓ La historia clínica.
- ✓ Indicadores bioquímicos.
- ✓ La historia dietética.
- ✓ Datos antropométricos.
- ✓ Datos psicosociales.

Un cuidadoso planeamiento estará basado en una entrevista inicial para lograr su historia dietética, conocer sus hábitos alimentarios y todos los factores que con ella se relacionan.

Es fundamental tener en cuenta que los hábitos alimentarios se han formado lentamente en el transcurso de los años y que llegan a constituir una parte importante de la propia personalidad, muchas veces los alimentos se asocian con vivencias particulares que nada tienen que ver con su importancia nutricional.

En la mayoría de los casos la internación altera el estilo de vida del paciente, por lo tanto si puede lograrse que la selección de los alimentos, sus formas de preparación, su presentación y servicio no difieran tanto de aquellos con los que el individuo estuvo familiarizado, no habrá mayores dificultades para lograr su adhesión al régimen alimentario del geriátrico.

Si en cambio las modificaciones son muchas y muy marcadas se necesitará del estímulo y comprensión de todo el personal que atiende al residente y muy especialmente del nutricionista, para obtener la adhesión del mismo.

En el primer período posterior a la internación pueden aparecer dificultades en la adaptación que se manifiestan en distintos aspectos, en el área de nutrición se observa: falta de apetito y disminución de la ingesta o ingesta excesiva, siendo la primera la que se presenta con mayor frecuencia. El nutricionista deberá intervenir, en estos casos, proponiendo un plan de alimentación hipercalórico, contemplando los gustos y preferencias del residente.

La relación gramo / caloría debe ser menor a 1, es decir se deben seleccionar alimentos de alta densidad calórica, su consistencia será líquida o blanda no exigiendo mucha masticación, sus temperaturas templadas, y se incluirán especialmente alimentos y preparaciones de fácil digestión. En este plan son también de utilidad los suplementos alimentarios, productos formulados que permiten en un mismo volumen de alimento, incrementar el aporte calórico.

Dimensión institucional y comunitaria del geriátrico

Si bien es el ideal que nuestros mayores envejeczan en familia, cuando aparecen enfermedades discapacitantes o falta el sostén psicológico, social y/o económico que les permita afrontar con éxito lo cotidiano, cuando la estructura de servicios creados no los contiene, o cuando la marginación se da en el hogar de origen exponiéndolos a un inmovilismo psicofísico riesgoso para su salud e independencia, la institucionalización de larga estadía puede ser una opción integral y terapéutica; esta internación logra promover, a su vez, el alivio que mejora secundariamente la calidad de vida de la familia del anciano. Asimismo hay personas mayores que eligen vivir en instituciones geriátricas por encontrar mayor seguridad y atención, junto a otras personas de su misma edad. Es con los de su generación con quienes podrán comparar experiencias y valores, un lenguaje común y una mirada compartida de la existencia.

Consideramos que la internación geriátrica, debe realizarse al cabo de una prolija evaluación médica, psicológica y socio-familiar, y habiendo agotado los recursos previos, si los hubiera, de atención domiciliaria y centro de día.

Sería conveniente, por otra parte, que la incorporación de una persona mayor con autonomía mental a un geriátrico, contase con su propio consenso, situación ésta no del todo habitual.

Escuchamos en una oportunidad un comentario acertado acerca del hogar geriátrico: “es como una prótesis, no supera al miembro original pero puede suplirlo con cierto éxito en su funcionalidad”. En este contexto el geriátrico puede ser el lugar en el cual el anciano con limitaciones físicas, psicológicas y/o sociales despliegue la vitalidad que aún conserva, de manera acorde con sus posibilidades, para todo ello las acciones de la institución tendrían que estar orientadas a: subjetivar, aumentar la autoestima, dignificar, resocializar y

rehabilitar al mayor internado, con pautas flexibles y adecuadas, tratando de resguardar su privacidad y estimulando sus salidas periódicas para evitar la pasivización y la inercia, mediante sus contactos reiterados con sus respectivas comunidades de origen.

El ingreso a un hogar geriátrico es, frecuentemente, un proceso que comienza con las dificultades crecientes del anciano para mantenerse en su medio natural; la toma de conciencia de esta situación, por parte de él y de su familia, suele traer aparejada una crisis individual y grupal donde el miedo, la culpa y el duelo por la pérdida que esta situación significa, son centrales.

El ingreso, en sí mismo, es un cambio en la autonomía, en los hábitos y costumbres del anciano, pudiendo provocar una crisis de adaptación, que se supera si es comprendida y trabajada con la familia y el personal del establecimiento, dando así inicio a su integración eficaz al nuevo medio. Si este trabajo no se lleva a cabo en forma adecuada, el anciano empeora su salud y puede morir en corto o mediano plazo.

En el proceso de internación están involucrados: el futuro residente, su familia y la institución de manera sistémica; en la etapa del preingreso el paciente puede presentar angustia, incertidumbre y miedo ante lo desconocido. En este caso el servicio social y el psicólogo actuantes deberán informar y realizar un trabajo de preparación previa para disminuir dichos agravantes. Es aquí donde el paciente puede superar sus temores y fracasos previos o donde se reafirmarán sus prejuicios, haciendo crecer su desesperanza.

Al internarse el anciano debería recuperar su confianza y compartir las metodologías de trabajo, transformándose en sujeto activo de su propia rehabilitación y no en objeto pasivo de la misma, ganando identidad y refundando sus procesos socio-personalitarios de vida en comunidad.

De no lograrlo, se potencian las quejas, las acusaciones de maltrato, mala comida y mala atención, que, en muchos casos, son reales y en otras encubren la disconformidad del anciano consigo mismo.

Esto nos indica que el trabajo de la institución comienza antes de la admisión a la misma, y depende de la empatía que sea capaz de generarse; por ello la admisión debería ser realizada con la familia y el ingresante, exponiéndose los motivos de internación y explicándose claramente la organización y la actividad de la residencia. Es fundamental que el equipo de salud interdisciplinario haga

una evaluación de la capacidad y validez del anciano al momento del ingreso, puesto que en cualquier especialidad, y sobretodo en el campo de la salud mental, el médico no puede trabajar aisladamente, sino con el concurso de otras disciplinas confluyendo en una dirección inevitable: implementar la conformación del equipo con el objetivo de dar respuestas integrales a problemáticas multifactoriales, tal como se dan en la ancianidad.

El equipo de admisión ideal incluirá:

- 1) Médico Asistente (Clínico, Geriatra o Psiquiatra)
- 2) Psicólogo
- 3) Asistente Social
- 4) Terapeuta Ocupacional
- 5) Nutricionista
- 6) Terapeuta Físico
- 7) Enfermero
- 8) Personal administrativo

Sin embargo, este esfuerzo mancomunado correría el riesgo de diluirse y tornarse inefectivo, si no existiera una coordinación interdisciplinaria adecuada que garantizara su funcionamiento; el equipo merecería una coordinación rotatoria, lo que facilitaría el intercambio de roles y la comprensión de los mismos. Asimismo con este accionar se rejerarquizarían algunas profesiones, ubicándolas en un mismo nivel de decisión y responsabilidad, en este proceso podría darse una retro-alimentación sumamente enriquecedora que remotivaría a los miembros del equipo de trabajo.

Las reuniones de grupo, como se verá más adelante, son claves para aproximar diagnósticos, definir estrategias terapéuticas y orientar a la familia del anciano. Por ello la capacitación continua, la interacción permanente y la coordinación rotatoria son los tres pilares básicos para la funcionalidad armónica de este sistema.

El coordinador del equipo procurará convertir la heterogeneidad de los integrantes en homogeneidad de criterios y operatividad interdisciplinaria.

Las características ideales del coordinador del grupo son:

- Filosofía psico-gerontológica que le posibilite interpretar adecuadamente las problemáticas bio-socio-funcionales en su conjunto.
- Amplitud de criterio para interactuar con profesionales de otras especialidades.
- Idoneidad, disponibilidad y conocimientos para formar al recurso humano y orientarlo hacia su mejor capacitación.
- Iniciativa para motivar al equipo en la actividad asistencial, investigativa y docente.
- Capacidad para diseñar estrategias terapéuticas frente a cada caso en particular, evitando las generalizaciones.

Las residencias geriátricas serían entonces unidades de baja complejidad médica e importante trabajo interdisciplinario, donde la multiestimulación actuaría como eje de lo asistencial, lo preventivo y lo comunitario.

Proponemos confeccionar una historia clínico-social única, con la participación de los distintos profesionales y realizar una prolija valoración funcional de las actividades básicas de la vida cotidiana según índices o escalas probadas en la práctica internacional, con adaptaciones inherentes a nuestro contexto (ver Anexo).

Dichas evaluaciones serán útiles para detectar patologías, efectuar pronósticos, identificar los riesgos y planificar esquemas de cuidados, tanto corporales como de las funcionalidades.

Con la familia interviniente pueden ocurrir varias cosas: que colabore, es decir se convierta en aliada terapéutica, o bien que interfiera y haya que ayudarla; la enfermedad del anciano constituye en estos casos un emergente de la conflictiva familiar, solemos detectar con cierta frecuencia severas problemáticas a este nivel.

En la historia clínica dinámica es importante mencionar el tipo de familia que referencia al anciano (continente, sobreprotectora, totémica, abandonónica o distante), ya que el comportamiento frente a la discapacidad puede variar sustancialmente. Ante el hecho del ingreso del anciano al hogar geriátrico, la familia puede entrar en crisis y responder a la presión con sentimientos de culpa al sentirse impotente para resolver la situación planteada, esta circunstancia se

acompaña de actitudes de desconfianza hacia el personal del establecimiento, influyendo en la adaptación del paciente y en sus niveles de convivencia.

Algunos objetivos, dentro de estas acciones, implican la preservación de la integridad familiar; aunque el anciano no comparta previamente un espacio de vida en común con la familia ésta debe ser responsable y participar en la estadía del mismo en el instituto, haciendo efectiva, a su vez, su presencia en el hogar y alejando de esta manera la idea de culpa.

La restauración de la competencia familiar se puede lograr a través de actividades orientadoras con la asistente social y el psicólogo, reuniones de grupo multifamiliar, integración a la vida cotidiana del hogar y búsquedas de proyectos de vida con otros protagonistas: la comunidad y sus instituciones (como cooperadoras, parroquias, centros culturales, asociaciones vecinales, centros de jubilados y pensionados, etc.). Surge aquí como modalidad de abordaje la “conferencia familiar”, es ésta una reunión periódica con la familia, informativa, no terapéutica sino de carácter preventivo, siendo imperioso que la misma colabore y no sea fuente de conflictos actuales y futuros.

Son características de estas “conferencias”:

- Ser de tipo coloquial, sin imposiciones omnipotentes.
- Contar con tolerancia a los cuestionamientos por parte del equipo de trabajo aceptando que no tengan confianza plena en nosotros.
- Saber escuchar para conocer cuales son las necesidades reales.
- No asumir responsabilidades por la familia.
- No recriminar a la familia sino corresponsabilizarla.
- No compartir los excesos de optimismo, ni fomentar el pesimismo.
- Puntualizar la no existencia de soluciones absolutas.
- Considerar que el problema es de todos: paciente, familia, institución y comunidad.
- Detectar las claves pesimistas y entenderlas como proyecciones de las culpas propias y ajenas.
- Enfrentar con anticipación los riesgos de la pérdida de la funcionalidad del paciente.
- Ser cuidadoso en el uso de las escalas de valoración que no son exactas.

El personal del establecimiento debe estar bien capacitado a través de una formación continua que favorezca actitudes positivas hacia las problemáticas del anciano, en pos de estos propósitos resulta beneficioso que el equipo asistencial actúe como apoyo del resto del personal, supervisándolo y conteniéndolo de acuerdo a las necesidades que se evidencien.

El grupo de apoyo al personal podrá reunirse con frecuencia mensual, buscando constituir un espacio para la reflexión e interpretación de las temáticas vinculadas con los ancianos institucionalizados y las particularidades vicisitudes de quienes trabajan con ellos, contándose con la coordinación del profesional psicólogo/a.

Este modelo asistencial-comunitario no puede concretarse sin contar con un hábitat adecuado a las necesidades del paciente añoso, hacia dichas finalidades el diseño arquitectónico de la residencia tendría que:

- 1) Potenciar la autonomía física de sus habitantes.
- 2) Facilitar su estabilidad psíquica.
- 3) Respetar la intimidad individual.
- 4) Estimular las relaciones sociales.
- 5) Incentivar la labor del personal en cuanto al desarrollo de sus funciones en ambientes cómodos, seguros e higiénicos.

Existen aspectos de la política institucional que al no ser evaluados adecuadamente pueden ejercer un efecto iatrogénico, a saber:

- ◆ La excesiva generalización que uniformiza, llamando “abuelo” a todo residente con la consecuente pérdida de identidad.
- ◆ La promoción de actitudes de resignación y sumisión ante prácticas autoritarias del personal.
- ◆ El “pegoteo” afectivo benevolente que obstaculiza una adecuada relación con el viejo.
- ◆ Las actividades recreativas tomadas como un fin en sí mismo, donde los residentes se dejan entretener sin obtener réditos que gratifiquen su autoestima.
- ◆ La desconsideración de sus necesidades afectivas y sexuales por el arraigado prejuicio del anciano asexuado, o su contracara, el perverso.

- ◆ La concepción de que el anciano es un sujeto que puede ser manipulado.
- ◆ La priorización de las funciones de custodia del anciano para vigilarlo hasta que muera.
- ◆ La regulación obsesiva de todas las actividades del residente con horarios extremadamente reglamentados.
- ◆ El despojo de la intimidad, consistente en embates sistemáticos del personal que desnuda y cambia al viejo en público.

En síntesis: el sometimiento del anciano a la alienación y estereotipia institucional.

A modo de compilación mencionaremos una serie de variables o factores que intercombinados benefician la adaptación del anciano a la residencia geriátrica:

- ▲ Voluntariedad de ingreso.
- ▲ Preparación previa al ingreso, contando con una amplia información acerca de cómo va a ser su vida en la institución, visitando la misma y manteniendo conversaciones con los directivos, el personal y los demás residentes.
- ▲ Buen grado de satisfacción del anciano con su vida anterior.
- ▲ Dedicación del residente a las actividades del ocio.
- ▲ Correcta relación interpersonal con los demás residentes y con los trabajadores del geriátrico..
- ▲ Salidas frecuentes, caminar, hacer compras, visitar a los familiares, etc.
- ▲ Adecuada salud física y psíquica.
- ▲ Aceptable contención familiar.
- ▲ Satisfacción con la frecuencia y calidad de la visita familiar.
- ▲ Tenencia de objetos personales.
- ▲ Actitud institucional de menor rigidez y con normativas flexibles.
- ▲ Percepción de apoyo social y económico.
- ▲ Ubicación residencial cercana a los lugares que fueron de referencia para el anciano, a su domicilio o al de sus familiares, evitando el desarraigo.
- ▲ Organización interna con sentido de resocialización e integración con los sistemas locales de salud (S.I.L.O.S.) a través de la configuración de redes.

"Abá, portate bien y

no va a hacer enojos más,

porque te enojero

en un Griático"

RS DPCA

PROGRAMA DE INTEGRACIÓN Y PARTICIPACIÓN PARA
RESIDENTES EN ESTABLECIMIENTOS GERIÁTRICOS

INTERVENCIONES, PROPUESTAS Y PROPÓSITOS

1. **Actividades con carácter lúdico:**

- Campeonatos de truco, canasta, lotería familiar, etc.
- Practicar Hobbies.

2. **Actividades con carácter intelectual:**

- Aulas de “Tercera Edad”.
- Lecturas compartidas sobre textos de interés común.
- Talleres de memoria para que la experiencia individual y colectiva se convierta en lectura e historia transmisible para la comunidad.
- Certámenes de prosa y poesía, “juegos florales”.
- Organizar debates acerca de temas elegidos por los propios residentes, en éstos el número del grupo no debería ser numeroso. Esta actividad tiende a fomentar la conversación y, por lo tanto, permite compartir la sabiduría que se tiene y puede transmitirse a los otros, incentivando la reminiscencia.
- Proyectar películas o diapositivas sobre los distintos lugares de donde proceden los residentes.

En cada proyección los ancianos que pertenezcan al lugar del que se habla compartirán la sesión y luego comentarán con sus compañeros aquello que crean interesante. A estas reuniones se podrá invitar a familiares y a los vecinos del barrio, de modo que se amplíe la red social del residente.

A partir de estas actividades se podrá aprovechar la capacidad de transmisión oral que tienen los sujetos, ya que el viejo está especialmente preparado para transmitir a los demás la información que posee. También se abordarán temas familiares y significativos reforzando la autoestima mediante los ejercicios de memoria; asimismo las proyecciones motivan a los residentes a organizar excursiones a las ciudades o pueblos de las que se ha hablado.

3. Actividades con carácter psicológico: sus finalidades comprenden:

- ✓ Llevar a cabo dinámicas de grupo donde el número de participantes en cada sesión no debería superar las ocho personas.
- ✓ Realizar entrevistas quincenales de 15 a 20 minutos que constituyen una importante ayuda para el anciano.
- ✓ Entrenamientos para favorecer el desarrollo cognitivo.
- ✓ Elaborar, por parte de cada uno de los residentes, un programa de vida, un modo de organización ideal del tiempo libre, descubriendo las propias posibilidades y cómo poder realizarse y sentirse útil.

Estas acciones las llevarán a cabo cada uno de los residentes, necesitando la intervención de un psicólogo, ya que se requiere de técnicas de apoyo específicas (p. ej.: reestructuración de pensamiento, técnicas de autoeficacia, etc.)

4. Actividades de carácter físico:

1) Psicomotricidad: esta actividad es básica por los siguientes motivos:

- Evita los problemas de motricidad y el sedentarismo.
- Fomenta la creatividad y la expresividad, así como la capacidad de relación.

Se fundamenta en cuatro aspectos fundamentales:

- A) Movimientos: tratamiento de deficiencias motoras.
- B) Creatividad: incrementando la autoestima tras potenciar la imagen corporal.
- C) Comunicación: provoca las relaciones interpersonales.
- D) Expresión: exteriorizar la interioridad.

2) Ejercicio: como, por ejemplo, trotar, pasear, nadar, andar en bicicleta, etc.

3) Viajar, descubrir nuevas ciudades y paisajes.

4) Organizar reuniones de baile y clases de bailes, dado que:

- Ayudan a olvidar los problemas.
- Fomentan una mayor preocupación por el cuidado del cuerpo.

- Favorecen la expresión de sentimientos.
- Permiten percibir al otro.
- Mejoran el control espacial.
- Favorecen el ejercicio muscular.
- Amplían la red social.
- Mejoran la comunicación.

Además pueden organizarse intercambios con otras residencias, clubes u organizaciones de tercera edad, utilizando el baile como motivación especial. El baile de salón es estimulante para gran parte de los ancianos actuales, pues en su juventud disfrutaron de este esparcimiento con gran asiduidad; en tanto que los jóvenes del presente se estimulan más con la gimnasia, el deporte y el mantenimiento de la forma física, tendencias que probablemente persistan en las edades avanzadas de la vida de los mismos.

5. Actividades de carácter social:

- ∧ Contactos intergeneracionales (con niños y jóvenes).
- ∧ Organizar convivencias y encuentros con otras instituciones.
- ∧ Participar o colaborar con organizaciones de tipo social, como Cáritas, Comedores Sociales, UNICEF, Lucha contra la Droga... En una palabra, colaborar con la sociedad sosteniendo la presencia activa de los ancianos en el entramado comunitario.
- ∧ Visitar museos, la radio, televisión, periódicos, exposiciones diversas.
- ∧ Exponer fotografías o proyectar videos que se hayan grabado en la residencia y cuyos protagonistas sean los propios residentes.

6. Actividades de destreza manual:

- ⇒ Encuadernación
- ⇒ Tapicería
- ⇒ Cerámica
- ⇒ Marquetería
- ⇒ Grabados

- ⇒ Fotografía
- ⇒ Tejido de alfombras
- ⇒ Tallado
- ⇒ Carpintería, etc.

Estas actividades elevan la autoestima de los ancianos y además reflejan la autoeficacia de los mismos a través de su productividad.

Una motivación importante y que a su vez supondría un *feed-back* sería organizar exposiciones con lo producido y dar premios o estímulos por lo realizado.

7. Otras actividades:

- ❖ Sesiones de gastronomía.
- ❖ Actuaciones en grupos musicales, corales o de teatro con difusión regional.
- ❖ Creación de coros o grupos de baile integrados por residentes de distintas instituciones y de entidades de la comunidad.
- ❖ Cine – Debate – Videoteca.
- ❖ Actividades de jardinería y horticultura.
- ❖ Biblioteca y hemeroteca institucional.
- ❖ Cuidado de los animales que haya en la residencia: pájaros, peces, aves de corral, perros, gatos, etc.
- ❖ Capacitación hacia grupos de personas desocupadas en técnicas manuales e instrumentales, artes y oficios, reparaciones domiciliarias, mantenimiento y montaje, repostería, gastronomía, jardinería, horticultura, etc.

A modo de reflexión:

El anciano ha sido siempre un manantial de experiencias, tendrá menor vigor y habrá perdido ciertas facultades, pero a pesar de ello, los mayores son valiosos e incluso imprescindibles en una sociedad sana; a ellos les debemos lo que hoy somos y tenemos.

Sumatoria de actividades para realizar en centros de día y residencias de mayores por parte de sus moradores en tanto sus capacidades psico-físicas lo permitan

<p align="center">FRENTE A LA PASIVIDAD:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: auto;">ACTIVIDAD</div>	<p align="center">DESARROLLO FÍSICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Gimnasia, yoga -Expresión corporal. Baile. -Paseos, marchas, camping.
	<p align="center">DEPORTIVAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Natación, pesca, bicicleta, caminatas. -Mini golf, tenis, pelota, bochas. -Frontón, Billar, ping-pong.
	<p align="center">TURÍSTICAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Excursiones, giras, paseos. -Intercambios, Congresos. -Balnearios, visitas a granjas, estancias.
<p align="center">FRENTE AL ABURRIMIENTO:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: auto;">INFORMACIÓN Y CREATIVIDAD</div>	<p align="center">FORMATIVO-CULTURALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Conferencias, tertulias. -Bellas Artes., Cine, Teatro, Video, -Lecturas compartidas -Excursiones, Ferias. -Museos, Exposiciones, Grupos Corales.
	<p align="center">DINÁMICA OCUPACIONAL (Hobbies)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Dibujo, pintura, cerámica, tallado, mimbtería, modelismo, cestería, grabado, fotografía, etc.
	<p align="center">MEMORIA COLECTIVA</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Historia viva. Talleres de Memoria. -Tradiciones, reconstrucciones. -Canciones, refranes, costumbres, cuentos. -Revivificación de viejos juegos infantiles.

<p>FRENTE A LA SOCIEDAD:</p> <p>CONVIVENCIA</p>	<p>RECREATIVAS</p>	<p>-Bochas, tejo, billar.</p> <p>-Juegos de cartas, dominó, ludo.</p> <p>-Ajedrez, damas, bingo.</p> <p>Coleccionismo, deportes menores.</p>
	<p>AL AIRE LIBRE</p>	<p>-Certámenes diversos: barriletes, cometas, pesca, juegos, etc.</p>
	<p>SOCIALES Y CONVIVENCIALES</p>	<p>-Bailes, fiestas, disfraces.</p> <p>-Comidas, té-canasta, torti-ferias.</p> <p>-Visitas a enfermos, impedidos, hogares de niños.</p>
<p>FRENTE AL AISLAMIENTO</p> <p>PARTICIPACIÓN</p>	<p>PARTICIPACIÓN CIUDADANA</p>	<p>-Consejos de Tercera Edad.</p> <p>-Campañas municipales, barriales, religiosas.</p> <p>-Centros culturales, cívicos, bibliotecas.</p>
	<p>VOLUNTARIADO SOCIAL</p>	<p>-Servicio de ayudas a domicilio.</p> <p>-Visitas a ancianos hospitalizados.</p> <p>-Auxilio a comedores sociales.</p> <p>Participación comunitaria.</p>
	<p>AYUDA MUTUA (ASOCIATIVAS)</p>	<p>-Tramitación de documentos.</p> <p>Información sobre servicios y descuentos.</p> <p>Homenajes, ayudas, asesorías.</p>

RESUMEN DE LA POSIBLE PROYECCIÓN SOCIO-COMUNITARIA DE UN CENTRO GERIÁTRICO

Fases	Metodología principal	Objetivos para el colectivo
1. Crear las condiciones organizativas para la motivación inicial.	<ul style="list-style-type: none"> • Informalidad en los encuentros. • Establecimiento de lazos personales • Diagnóstico de las relaciones internas del centro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar que “se puede hacer algo siempre”, que las personas no “están ahí” pasivamente. • “Romper” la idea del centro como “refugio” o “depósito” y empezar a habilitarlo como espacio alternativo de convivencia. • Motivación mutua y creciente para iniciar un proceso estable de re-socialización. • Orientar al colectivo hacia normas implícitas de convivencia. • Fomentar una conciencia comunitaria. • Considerar que es capaz de controlar nuevas habilidades sociales y luego sostenerlas. • Motivarse para iniciar un <u>Proceso de Desarrollo Comunitario con sustentabilidad de recursos.</u> • Considerar que es capaz de intervenir en la realidad y transformarla con equidad y justicia distributiva.
2. Lanzamiento informal de actividades lúdicas.	<ul style="list-style-type: none"> • Información puntual no institucional. • Frecuentes actos colectivos (bailes, fiestas, cumpleaños, etc.). 	
3. Entrada del colectivo en procesos de re-socialización.	<ul style="list-style-type: none"> • información institucional permanente. • Proyectos estables con grupos de ancianos 	
4. Condiciones organizativas estables para iniciar proyectos específicos.	<ul style="list-style-type: none"> • Talleres de creatividad. • Cursillo y seminarios. • Proyectos lúdicos específicos dirigidos por mayores. 	
5. Formación en normas explícitas de convivencia y comunicación.	<ul style="list-style-type: none"> • Voluntariado de mayores en actividades de resocialización, educativas y comunitarias. 	
6. Integración de grupos pequeños en procesos de desarrollo comunitario.	<ul style="list-style-type: none"> • El colectivo determina cómo auto-organizarse para ejecutar proyectos de esta índole. • Talleres, cursillos... dirigidos por mayores. 	
7. Integración del colectivo en un proceso global de transformación social activa con Intervención comunitaria responsable y sustentable.	<ul style="list-style-type: none"> • Autoformación. Liderazgos. • Salidas al exterior. • Intervención activa en el desarrollo comunitario de su medio de convivencia (barrio, pueblo, ciudad...). 	

Sobre la importancia que las actividades de participación e integración socio-comunitaria tienen en el sostenimiento de la salud mental de los ancianos institucionalizados “todas las encuestas realizadas en este colectivo en diferentes lugares y naciones reflejan la mayor satisfacción y ajuste personal de estas personas” (Moragas Moragas, Ricardo. 1995).

Sin embargo, entendemos que el problema se plantea respecto de los niveles de salud mental de quienes no participan, sea porque no pueden, no quieren o no se los permiten; la otra duda surge cuando pensamos hasta que punto las diferentes organizaciones públicas o privadas propiciarán esta participación y con que medios contarán para tales cometidos.

Otro punto a no soslayar consiste en aceptar por parte de las organizaciones y sus dirigentes los valores, las opiniones y los gustos de los ancianos destinatarios, como así también en que medida se respetarán dichas premisas.

Tampoco deberán obviarse los perfiles ideológico-políticos de los ancianos intervinientes y lo mismo atañe a las creencias religiosas que profesen, cuyos significados éticos, existenciales y espirituales ameritan una particular consideración por la trascendencia que revisten.

Como pudo apreciarse a lo largo de las páginas precedentes la crisis del anciano frente a la institucionalización se manifiesta a través de un desequilibrio bio-psico-social-funcional y espiritual.

Proponemos establecer pautas de prevención para evitar dicha crisis, con un adecuado abordaje en el plano individual, familiar, en la interrelación “individual-familiar-social” y finalmente desde lo institucional en permanente imbricación con lo comunitario.

Consideramos que la internación geriátrica debe realizarse al cabo de una prolija evaluación médica, psicológica y socio-familiar y habiendo agotado los recursos previos, si estuvieran justificados, de atención domiciliaria y centro de día.

Las residencias geriátricas deben ser unidades asistenciales de baja complejidad médica e importante trabajo interdisciplinario, donde la multiestimulación sea el eje asistencial-preventivo y rehabilitatorio.

La institución debe tener una actitud de menor rigidez y con normativas más flexibles, en contacto y apertura con la comunidad a la que pertenece.

El personal debe estar bien formado a través de una capacitación continua y poseer actitudes positivas hacia la problemática del anciano.

La familia se incluirá como aliada terapéutica, buscando la construcción de un proyecto de vida que incluya tres protagonistas: residente, familia y hogar geriátrico, con vías de comunicación con la comunidad en su conjunto.

Debería estar siempre conformado el equipo de trabajo interdisciplinario, considerando que el sujeto añoso desde esta perspectiva es, en primera instancia, un campo dinámico atravesado por diferentes saberes que no pretenden ni pueden alojarlo, con sus prácticas y teorías, en forma completa.

Esta perspectiva ilumina la necesidad de muchas personas pensando conjuntamente durante mucho tiempo, junto con los referentes familiares y el residente, para construir un nuevo campo de análisis e intervención.

La interdisciplinariedad no convoca a la sumatoria o adjunción de fragmentos, el sujeto viejo no “está” en el diagnóstico nominativo, sino que “está” **en el relato** particularizado que él mismo, su familia y su comunidad construyen a lo largo del tiempo.

ANEXOS

- 1) Escala de Depresión Geriátrica (versión propia).
- 2) Escala de Factores Moderadores.
- 3) Índice de Barthel.
- 4) Test de Pfeiffer
- 5) Escala de Plutchik.

Estos instrumentos son bastante útiles para inferir las capacidades del anciano al momento de su institucionalización en una residencia.

1) **ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA** (VERSIÓN PROPIA)

Iniciales de Nombre y Apellido:.....Edad:.....Sexo.....Fecha...../...../.....-

TRISTEZA:

- 1) ¿Se encuentra alegre la mayor parte del tiempo?
- 2) ¿Siente a menudo ganas de llorar?
- 3) ¿Tiene deseos de vivir?

SUBTOTAL

SI	NO
0	1
1	0
0	1

DESCENSO DE LAS FUNCIONES COGNITIVAS:

- 1) ¿Piensa con rapidez?
- 2) ¿Tiene fallas de la memoria?
- 3) ¿Se orienta fácilmente en su habitación o en los demás lugares del Instituto?

SUBTOTAL

SI	NO
0	1
1	0
0	1

INHIBICIÓN PSICOMOTRIZ:

- 1) ¿Se levanta fácilmente a la mañana?
- 2) ¿Se siente decaído?
- 3) ¿Se siente con fuerzas?

SUBTOTAL

SI	NO
0	1
1	0
0	1

TRASTORNOS ALIMENTARIOS:

- 1) ¿Tiene hambre?
- 2) ¿Desearía evitar las comidas diarias?
- 3) ¿Le gustaría salir a comer a un restaurante?

SUBTOTAL

SI	NO
0	1
1	0
0	1

TRASTORNOS SOCIO-FAMILIARES:

- 1) ¿Se cree importante para su familia?
- 2) ¿Le cuesta hacer amigos en el Instituto?
- 3) ¿Está satisfecho con las visitas familiares?

SUBTOTAL

SI	NO
0	1
1	0
0	1

RESULTADOS:

- 0 a 5 Normal
- 6 a 9 Probable depresión
- 10 a 15 Depresión establecida.

2) ESCALA DE FACTORES MODERADORES

Factores moderadores	Baja (0)	Media (1)	Alta (2)
Voluntariedad de ingreso			
Dedicación a las actividades de ocio			
Contención familiar			
Relación interpersonal con los residentes y personal			
Procedencia desde ámbito inadecuado			

3) **INDICE DE BARTHEL**

ALIMENTACIÓN:

- (10) INDEPENDIENTE: Capaz de usar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable.
- (5) AYUDA: Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, etc.
- (0) DEPENDIENTE.

BAÑO:

- (10) INDEPENDIENTE: Se lava completo en ducha o baño. Entra y sale del baño sin una persona presente.
- (0) DEPENDIENTE.

VESTIDO:

- (10) INDEPENDIENTE: Se viste, se desnuda y ajusta la ropa. Se ata los zapatos. Se pone braguero o corsé si lo necesita.
- (5) AYUDA: Necesita ayuda, pero al menos, la mitad de las tareas las realiza en un tiempo razonable.
- (0) DEPENDIENTE.

ASEO PERSONAL:

- (5) INDEPENDIENTE: Se lava cara, manos y dientes. Se afeita y maneja el enchufe si usa máquina eléctrica.
- (0) DEPENDIENTE.

DEPOSICIÓN:

- (10) CONTINENTE: No presenta episodios de incontinencia. Si precisa enemas o supositorios, se arregla solo.
- (5) INCONTINENTE OCASIONAL: Episodios ocasionales. Necesita ayuda para usar enemas o supositorios.
- (0) INCONTINENTE.

MICCIÓN:

- (10) CONTINENTE: No presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector, atiende a su cuidado solo.
- (5) INCONTINENTE OCASIONAL: Episodios ocasionales. Necesita ayuda en el uso de sonda o colector.
- (0) INCONTINENTE

USO DEL RETRETE:

- (10) INDEPENDIENTE: Usa retrete o cuña. Se sienta, se levanta solo o con barras. Se limpia y se pone la ropa solo.
- (5) AYUDA: Necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse o ponerse y quitarse la ropa.
- (0) DEPENDIENTE.

TRASLADO SILLON – CAMA:

- (15) INDEPENDIENTE: No necesita ayuda. Si usa silla de ruedas, lo hace independientemente.
- (10) MINIMA AYUDA: Necesita una ayuda mínima o supervisión.
- (5) GRAN AYUDA: Es capaz de sentarse, pero necesita mucha asistencia para el traslado.
- (0) DEPENDIENTE.

DEAMBULACIÓN:

- (15) INDEPENDIENTE: Camina al menos 50 mts. Independientemente o con ayudas (bastón, andador).
- (10) AYUDA: Puede caminar al 50 mts., pero necesita ayuda o supervisión.
- (5) INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS. Propulsa su silla de rueda al menos 50 mts.
- (0) DEPENDIENTE.

ESCALERAS:

- (10) INDEPENDIENTE: Sube o baja escaleras sin supervisión, aunque use barandilla o instrumentos de apoyo.
- (5) AYUDA: Necesita ayuda física o supervisión para subir o bajar escaleras.

(0) DEPENDIENTE.

PUNTUACIÓN:

INDEPENDIENTE O DEPENDIENTE LEVE		+60
DEPENDIENTE MODERADO	40-55	
DEPENDIENTE SEVERO	20-35	
DEPENDIENTE TOTAL	-20	

4) **TEST DE PFEIFFER**

(Cuestionario resumido del estado mental)

1. ¿Qué día es hoy (día / mes / año)? (es necesario indicar correctamente los tres para que puntúe).
2. ¿En qué día de la semana estamos?
3. ¿Cómo se llama este lugar? (es necesaria una descripción correcta para que puntúe).
4. ¿Cuál es su número de teléfono? En caso de no tener teléfono, ¿cuál es su dirección?
5. ¿Cuántos años tiene?
6. ¿Qué día nació (día / mes / año)? (es necesario indicar correctamente los tres para que puntúe).
7. ¿Cuál es el presidente de Argentina en el momento actual?
8. ¿Cuál fue el presidente anterior a él?
9. ¿Cuál era el apellido de soltera de su madre?
10. Reste a 20 tres y continúe restando tres todo el tiempo. (es necesario indicar correctamente toda la serie para que puntúe).

Puntuación de errores (de un total de 10): añadir 1 punto si el paciente tiene una educación de grado superior; restar 1 si no tiene educación de grado superior.

Puntuación: 0 a 2 errores – función intelectual intacta.
3 a 4 errores – alteración intelectual leve.
5 a 7 errores – alteración intelectual moderada.
8 a 10 errores – alteración intelectual grave.

5) ESCALA PLUTCHIK

GERIATRIC – RATING - SCALE

(Versión abreviada de 7 ítems para las actividades de la vida diaria: A.V.D.) (*)

1. Para comer, el paciente requiere:

Ninguna ayuda	0
Poca ayuda	1
Mucha ayuda	2

2. El paciente está incontinente:

Nunca	0
Dos o tres veces por semana	1
Más de tres veces por semana	2

3. Para lavarse o vestirse necesita:

Ninguna ayuda	0
Algo de ayuda	1
Máxima ayuda	2

4. El paciente se caerá de la cama o del sillón a menos que coloquen protecciones:

Nunca	0
En ocasiones	1
Con frecuencia	2

5. Para caminar:

No tiene dificultades	0
Precisa ayuda	1
No puede caminar	2

6. Su visión es, con o sin lentes:

Aparentemente normal	0
Disminuida	1
Muy pobre	2

7. Presenta confusión (no encuentra el camino en la planta, pierde sus pertenencias, etc.):

Casi nunca	0
A veces	1
Muy a menudo	2

Puntuación total posible: 0 a 14

0 a 4 - Ausencia de incapacidad.

5 a 7 - Incapacidad moderada.

8 a 14 - Incapacidad severa.

4 es el punto de corte que discrimina la presencia de incapacidad.

Entre 7 y 8 distingue incapacidad moderada a severa.

(*) Determina el estado funcional de personas mayores y ancianos.

BIBLIOGRAFÍA

- Aussiere M. R. y col. “*Juego, su valor como motivador del uso del tiempo libre en el anciano institucionalizado*”. Terapia Ocupacional / Reflexiones. Editado por C.O.L.T.O.A. (1998) – Buenos Aires – República Argentina.
- Bauleo A. “*Efecto de la institucionalización en el anciano*”. Revista Española de Geriátría y Gerontología, 27, supl. 1, Pág. 49-51 (1992) Madrid – España.
- “*Bases para un Plan Nacional de Ancianidad 1996-2000*”. Presidencia de la Nación – Secretaría de Desarrollo Social – Subsecretaría de la tercera edad (1996) – Buenos Aires – República Argentina.
- Buendía J. y Riquelme A. “*La experiencia depresiva en Residencias Geriátricas*”. Salvarezza L. (compilador). En: La Vejez, una mirada gerontológica actual – Editado por Paidós, Pág. 355-377 (1998) – Buenos Aires – República Argentina.
- De Dios del Valle R., Hernández Sánchez A. M., Rexach Cano L. I. y Cruz Jentoft A. J. “*Validación de una versión de cinco ítems de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en población española*”. Revista Española de Geriátría y Gerontología. 36,5 – Pág. 276-280 (2001) – Madrid – España.
- De las Heras F. J., Polaino A., Gaona J. M., Angeles F. y Dueñas M. “*Depresión e ideación suicida entre ancianos que viven en régimen de internamiento dentro de una institución geriátrica*”. Revista Española de Geriátría y Gerontología, 25, 2 – Pág. 83-88 (1990) Madrid-España.
- Durante Molina P. y Pedro Tarrés P. Terapia Ocupacional en Geriátría: principios y práctica. Editado por Masson SA. (1998) – Barcelona – España.

- Estes, Conrad y Schneider. *“La biomedicalización del envejecimiento. Peligros y dilemas”*. The Gerontologist -Traducción F.L.A.C.S.O. (1998).
- Fernández Ballesteros R. y Zamarrón M. D. *“Vivir en una Residencia: Algunas expectativas”*. Salvarezza, L. (compilador). En: La Vejez, una mirada gerontológica actual., Editado por Paidós – Pág. 333-354 (1998) Buenos Aires – República Argentina.
- Izal M. y Montorio I. *“Determinantes del bienestar psicológico en la vejez”*. Revista Argentina de Clínica Psicológica II – Pág. 147-159. Aigle Centro de Estudios Humanos (1993) – Buenos Aires – República Argentina.
- Kohan A. B., Hiriart J. J., García de Nakakodi E. y Ardizzone A. *“Prevención del síndrome de Adaptación al Geriátrico”*. 5º Conferencia Mundial sobre el Envejecimiento. Sesión de Posters (POS. 22), Pág. 41. Mar del Plata, Año 2000 – Pcia. de Buenos Aires – República Argentina.
- *“La Situación de los Ancianos en la Argentina”*. Secretaría de Desarrollo Social. Subsecretaría de la Tercera Edad. Organización Iberoamericana de Seguridad Social. (1994) – Buenos Aires – República Argentina.
- Lacan L. Las Psicosis – Seminario 3 – Editado por Paidós (1998) – Buenos Aires – República Argentina.
- Mazzuca, Lombardi, De Lajonquiére. Curso de Psicología – Estructuras Clínicas – Vol. II. Editado por Tekné (1986) – Buenos Aires – República Argentina.
- Miranda C. y col. *“La ocupación en la Vejez”*. Editado por Imprenta Relieve, (1996) – Buenos Aires – República Argentina.
- Monforte Porto J. A., Fernández Rojo C., Diez Boizas J., Toranzo Martín I., Alonso Jiménez M. M. y Franco Martín M. A. *“Prevalencia de la Depresión*

- en el Anciano que vive en Residencias*". Revista Española de Geriatria y Gerontología, 33 (1), Pág. 13-20 (1998) – Madrid – España.
- Moragas Moragas, Ricardo: "*Gerontología Social*" – Ed. HERDER (1995) – Barcelona – España.
 - Oubiña A. M., Pérez Acebo M. C. y Lopapa J. C. "*Prevención de la crisis vital del geronte frente a la institucionalización*". Revista Argentina de Geriatria y Gerontología, 13 – Pág. 109-115 (1993) – Buenos Aires – República Argentina.
 - Pérez Almeida E., González Felipe M. A., Moraleda Jiménez P. y Zamora Martín M. C. "*Incidencia de depresión en una residencia geriátrica y variables relacionadas con ella*". Revista Española de Geriatria y Gerontología, 24 1 – Pág. 27-33 (1989) – Madrid- España.
 - Piaget J. Seis Estudios de Psicología Editado por Seix Barral (1977) – Barcelona – España.
 - Rodríguez F. N. "*Psicosociogerontología: estudio de la adaptación del anciano a la internación geriátrica*". Revista Argentina de Geriatria y Gerontología, 11 – Pág. 213-223 (1991) – Buenos Aires – República Argentina.
 - Rojano Capilla P., Calcedo Barba A. y Calcedo Ordóñez A. "*Epidemiología de la depresión en las residencias de ancianos*" Revista Española de Geriatria y Gerontología, 28, 1 – Pág. 49-57 (1993) – Madrid – España.
 - Salvarezza L. Psicogeriatría. Teoría y Clínica – Editado por Paidós (1998) – Buenos Aires – República Argentina.
 - Sbriller L. y Warchavski G. "*Abordaje de Terapia Ocupacional en Gerontopsiquiatría*", En: Terapia Ocupacional. Teoría y Clínica. Editado por Ricardo Vergara (1991) – Madrid – España.

- Szurek S., González Felipe M. A., Soler de Lara M. C. y Lozoya Molina G. *“Intervención psicológica en una residencia geriátrica: los grupos de apoyo como base para la modificación de la depresión en ancianos institucionalizados”*.
- Revista Española de Geriatria y Gerontología, 29, 4 – Pág. 229-238 – (1994) Madrid – España.

CAPITULO VII:**SALUD MENTAL COMUNITARIA CON GRUPOS DE
MAYORES Y ANCIANOS**

En las siguientes presentaciones se comentan tres experiencias vinculadas con actividades comunitarias que tuvieron como protagonistas o referentes directos e indirectos a personas mayores y ancianos residentes en la Provincia de Buenos Aires, en las cuales hemos tenido participación como miembros de los equipos organizadores o supervisores de las mismas,

La primera de ellas se desarrolló y continúa llevándose a cabo con los mayores pertenecientes al “Movimiento Vida Ascendente” que forma parte de la Pastoral para la Tercera Edad de la Iglesia Católica Argentina. Este Movimiento de Espiritualidad, Apostolado y Amistad para personas mayores y ancianos, se inició en Francia hace más de cincuenta años y actualmente se halla difundido por casi todo el mundo, incluyendo la mayoría de los países de América Latina.

La segunda experiencia tuvo lugar en 1997 dentro del “Programa para la Tercera Edad” del Gobierno provincial, que incluye además a los conocidos “Torneos Abuelos Bonaerenses”.

El último trabajo se viene llevando a cabo en el Area Programática III del Hospital Zonal Descentralizado de Zárate “Virgen del Carmen”, tratándose de acciones preventivas de hechos violentos protagonizados por niños y jóvenes pertenecientes a un asentamiento marginal.

La elección de estas temáticas se relaciona con la influencia positiva que los resultados de dichas actividades promueven en la salud mental de los miembros de las comunidades abordadas.

** *****

**VIDA ASCENDENTE: ENCUENTROS PARTICIPATIVOS DE MAYORES Y SU
SIGNIFICACIÓN COMUNITARIA**

Promoviendo las posibilidades valorantes de los envejecientes por intermedio de su participación social, desde hace ya más de diez años dimos en organizar periódicamente “Encuentros Participativos de Mayores”, donde los resultados

que fuimos vislumbrando en los concurrentes nos permitieron deducir orientaciones comunitarias partiendo de las corrientes de comunicación y solidaridad que se originaban y proyectaban en dichas reuniones. No pretendimos que tales Encuentros fueran ensayos de Terapias de Grupo, temática suficientemente explicitada por diferentes escuelas, sino que nos dejamos guiar por las producciones afectivas que brotaron espontáneamente durante las citas, y a partir de las mismas apreciamos las motivaciones sociales que cobraban sentido y expresión tanto en el desenvolvimiento de los grupos como en las acciones altruistas y de amistad fraterna que llevaban a cabo sus miembros.

Las convocatorias tuvieron lugar en sitios de reunión habitual de personas mayores: clubes, centros barriales, salones parroquiales, bibliotecas, asociaciones de jubilados y pensionados, empleando tanto espacios abiertos como recintos cerrados de acuerdo a las disponibilidades existentes, horarios y estaciones del año e invitando entre diez y dieciséis participantes por vez.

En estas experiencias grupales no existieron recetas o programas estrictos, por el contrario en los diálogos entablados entre los asistentes, tras una previa introducción de los convocantes, fueron surgiendo variadas fundamentaciones que transitaban desde los requerimientos de interconexión y comunicación entre los senescentes, pasando por las necesidades recreativas y lúdicas, la promoción de sentimientos de solidaridad, apoyo y protección hacia los más desamparados, solitarios, y enfermos, como así también por los caminos del enriquecimiento espiritual, las expresiones artísticas y el regocijo del ocio creativo.

En la mayoría de dichas reuniones grupales se necesitaron etapas sucesivas de sensibilización y de espera paciente hasta que surgieron propuestas de mayor compromiso y responsabilidad, tratando siempre que éstas fueran libres de coacciones y dándose cabida a los mensajes tanto silentes como verbales que pudieran concitarse.

“Que todos puedan hablar, escuchar y ser escuchados”, fue la premisa, “brindar alegría y cultivar nuevas amistades”, fueron las propuestas, “ayudar y recibir ayuda, darse a los demás sin recelos ni desconfianza, compartir sueños y esperanzas, desterrar las soledades, brindar y aceptar afectos, combatir la tristeza y el descreimiento”, fueron las consignas.

Lentamente y cada vez en progresiva apertura hacia los otros, se pudieron hilvanar nuevos caminos ascendentes, retomando valores esenciales que nutren la existencia humana y redescubriendo inquietudes, deseos y sentimientos que se creían perimidos o agotados, por los senderos del autoconocimiento y la autoeducación.

En todo caso se trató que los encuentros se desarrollaran en ambientes confortables, bien iluminados y templados, para que “quedaran ganas de volver”. Las reuniones se prepararon con anticipación como prueba de respeto hacia los participantes, premiándose la puntualidad y la asistencia, pero sin ahogar la espontaneidad ni desechar los beneficios de la curiosidad, la sorpresa y la expectativa, aunque obligatoriamente rigió la adecuación a las edades y capacidades de los integrantes del grupo, como a sus niveles sociales e intelectuales previos, con el simultáneo tratamiento cauteloso de los proyectos, evitándose los riesgos de proponer metas de difícil alcance. Bien merece destacarse que nunca existieron exclusiones y se privilegió la integración de los concurrentes.

Con el afán de perpetuar el quehacer socio-vinculante de los encuentros de mayores, entendimos necesario destacar en ellos a quiénes obraran como animadores para impulsar y acrecentar la vida del grupo facilitando la contribución de todos y cada uno según los propios dones que trasuntaban. Los animadores o convocantes, entonces, tenían como misión aquilatar la vida y productividad del grupo, enarbolando su vocación de servicio y acompañando a los otros en la vigorosa experiencia del camino compartido. Por lo general se contó para tales cometidos con personas mayores dispuestas a escuchar y responder con la más amplia sinceridad, admitiendo dudas y errores, sabedores de sus propias limitaciones y temores, capaces de transmitir esperanza y sentido de responsabilidad frente a sí mismos y a los demás. El animador (del latín “anima”; “soplo de vida”) resulta el promotor de la espiritualidad del grupo como sinónimo de “vida en familia”, con los compromisos, logros y vicisitudes que emergen de los sentimientos fraternales capaces de plasmarse en obras de amor hacia otros.

Las circunstancias que en los grupos hayan convivido personas de procedencia variada, lejos de entablar discordancias, facilitó la aparición de amistades que, posiblemente, no se hubieran establecido en otros períodos previos de la vida,

obteniéndose profundos acercamientos de comunicación y comprensión mutuos. La reiteración de las reuniones se trató que fuera bimensual, adecuándolas a las disponibilidades de los componentes del grupo e incentivando en dichos encuentros la celebración de cumpleaños, aniversarios o fechas significativas.

Es válido detenernos en lo que ameritamos como “aptitud de animación” en las personas mayores. La animación es una antropología que introduce a pensar en el humano añoso y en sus dinámicas vitales, psicológicas y socializantes, que conducen en ascenso a la etapa de maduración sapiente.

La animación también es una metodología sociológico-organizacional que conlleva a la realización del añoso en comunidad, restituyendo los gozos del existir, el coraje de esperar y la fecundidad de amar a los otros, con templanza y fe.

La animación moldea al anciano creativo y creyente: el animador, quién es el que resume la animación en acción y es transmisor de la corriente comunitaria del grupo al que asiste.

Ahora bien el fundamental protagonismo del animador es impeler, apoyar, proteger y fomentar las existencias, carismas y dones de los senescentes que constituyen su grupo, en coherencia con sus progresos en la apertura comunitaria.

Dicho protagonismo quizás nunca se acabe de comprender por completo, de acuerdo con los principios de las leyes naturales o según la interpretación del pensamiento científico convencional.

Animar es concebir espacios para el aprendizaje y la educación con mayúsculas, pues orienta al incremento espiritual y al sentido comunitario. Aquí se afinan los conceptos de Herrera Figueroa*, pues la animación es resultante de la auto-educación del animador, para que éste a su vez sea capaz de educar a los demás y recrear en los envejecientes la vitalidad interior proveniente de sus propias historicidades confluentes con sus facultades

valorantes y cognoscentes, que los superen y les conduzcan a manifestarse en los otros; por estos motivos no puede convertirse en animador quién no esté animado ni crea que los demás puedan animarse, sin necesidad de hacer por los otros lo que éstos puedan hacer por ellos mismos en sentido de comunidad.

* Herrera Figueroa, Miguel: “Filosofía de los valores” – Editorial Leuka – Buenos Aires – Argentina – 1997.

Estos “Encuentros con Mayores” nos probaron que así como la animación es un florecimiento educativo basado en la autoeducación del animador, el humano es capaz de recibir y dar educación en cualquier etapa de su existencia, destacándose su pujanza en el mundo de la senescencia.

Recreando a Herrera Figueroa aceptamos que la autoeducación del animador, por más empírica o intuitiva que fuere (ya que no obligatoriamente el animante es poseedor de una vasta cultura o erudición) da testimonio de su riqueza espiritual, lo cuál le proporciona una “visión puesta en la eternidad, en la trascendencia y en el cambio” y una: “mejoría de crecimiento de su personalidad, siempre inmersa en un desenvolvimiento sociopersonalitario, el valor de lo comunitario mediante”.

Lo que equivale a sustentar que una vez que logra su “autodescubrimiento”, el animador anciano no podrá detenerse en sus cometidos, e irá de estación en estación, en laborioso tramado de sobrepasamiento compartido y religado con los demás envejecientes que interaccionan en su grupo o comunidad.

Aceptada su “misión” y asumida la valía de ésta, el animador que lo fue por inicial vocación de servicio, incorporará como instrumentos ineludibles las adquisiciones de mayores habilidades de comunicación, convocatoria y difusión de sus actividades para con ello alimentar la formación de nuevos grupos de mayores, donde se compartan los mismos objetivos de filantropía, los sentimientos del “caminar con los otros” en actos de servicio y la confianza en ayudar a su comunidad. Desde estas perspectivas se denota que la animación provoca y contagia esperanza y ésta según Viktor Frankl * “es un eficaz antídoto contra la depresión y el deseo de no vivir”.

* Frankl, Viktor: “Psicoterapia y Humanismo” – Editorial Fondo de Cultura Económica – México – 1984.

DE ABUELOS Y NIETOS

Durante el año 1997 en el ámbito de los “Programas para la Tercera Edad Bonaerense”, organizamos un certamen literario bajo el título de “MIS ABUELOS Y YO” entre alumnos de escuelas primarias tanto públicas como privadas, cuyas edades oscilaron entre los once y trece años.

Para la lectura y elección de los trabajos más representativos, tanto en prosa como en poesía, se formó un jurado de nueve miembros, todos ellos de la Tercera Edad, que con anterioridad se hubieran desempeñado en la docencia y en el periodismo, que hubiesen incursionado en la literatura, o aún continuaran haciéndolo.

Sobre un total de quinientos cuarenta y seis escritos, el jurado distinguió a catorce de ellos, siete poesías y siete composiciones, las cuales se transcriben al final de este relato junto a los nombres y edades de sus autores.

Las inferencias comunes obtenidas, en base al análisis de composiciones y poesías, resultan ser las siguientes:

- 1) Se habla más de la figura del abuelo, que de la abuela, o que de las figuras de ambos a la vez.
- 2) Escriben más las niñas que los niños, del total de trabajos el sesenta por ciento correspondieron a las niñas.
- 3) Para expresarse los precoces autores, emplean tanto la prosa como la poesía, siendo sus proporciones similares.
- 4) Los alumnos de las escuelas privadas recurrieron más a la fantasía para sus narraciones, que los de las escuelas estatales, quiénes basan más sus historias en hechos de la realidad.
- 5) Todos los niños comprendidos en el nivel de escolarización previamente explicitado, cuando son estimulados a escribir, y no tienen que preocuparse por la ortografía, descubren el placer de armar sus propios textos. La escritura se convierte para todos en una actividad enriquecedora y divertida.
- 6) Las enseñanzas transmitidas por los abuelos, son consideradas por los niños como valores indiscutidos, los más altos y dignos, y sobre todo no materiales.

- 7) Los recuerdos asociados a los abuelos, perduran incólumes en el tiempo a diferencia de otro tipo de memorias que pueden alterarse.
- 8) A su vez las historias contadas por los abuelos, de manera anecdótica e imborrable, sirven para reconstruir el pasado generacional: reconstrucción del imaginario del niño.
- 9) Los abuelos han vivido y han desarrollado un nivel de sabiduría y poder que pueden transmitir a sus nietos.
- 10) Los prepúberes, pueden ir incluyendo en sus relatos la noción de finitud de la vida humana, aplicada a estas figuras significativas (los abuelos); de esta forma logran hacer una descripción de la vejez con visión más realista, así por la evolución de su pensamiento (abstracto), van comprendiendo que la vejez y la muerte son una etapa de la existencia humana.
- 11) En relación a las explicaciones que brindan los padres sobre la muerte de estas figuras significativas, los nietos hacen una huída a la fantasía; ellos les dicen: -“el abuelo se fue al cielo”, por eso en las narraciones de los más pequeños aparece la búsqueda de los viejos queridos en las estrellas, como intento de compensación de estas pérdidas e ilusión de re-encuentro.
- 12) Los abuelos funcionarían como figuras de contención y escucha, probablemente por la identificación proyectiva que funciona entre abuelos-nietos, no son necesarias las palabras para comunicarse entre ellos.
- 13) En éste vínculo lo que los niños más privilegian es la presencia y la disponibilidad de tiempo que los abuelos les dedican.
- 14) Los niños hacen una lectura y aplicación positiva a su propia experiencia de las deficiencias sensoriomotrices propias de la vejez, pero vistas en sus abuelos parecerían éstas no funcionar como obstáculos para la identificación proyectiva entre ellos.
- 15) Se rescata la importancia del rol a cumplir por los abuelos; es decir por cualquier figura significativa que cumpla esta función: “abuelos del corazón”, y no tanto por la presencia del lazo consanguíneo. O sea que este proceso formador del yo se da igualmente en los niños que no tienen abuelos de sangre como en los que si los poseen.

- 16) En los niños, ante la pérdida de los abuelos, surgen reacciones de pesar, propias de situaciones de duelo, planteos existenciales y cuestionamientos de creencias.
- 17) El lenguaje verbal resulta sumamente limitado, para canalizar los sentimientos hacia los abuelos; especialmente para expresar el afecto y la gratitud hacia ellos.
- 18) Hay amor incondicional hacia estas figuras, incluso mas allá de su desaparición física.
- 19) Para el niño es una revelación enterarse que el padre y la madre también fueron niños, los abuelos pueden hablarle de estos temas haciendo surgir los sentimientos necesarios para la edificación de la propia personalidad de los niños.

Estas identificaciones son verdaderamente estructuradoras e integradoras del yo, ya que el niño percibe que sus padres han sido ellos mismos hijos de otros padres; y sólo han adquirido su estatuto y dominio actual en el transcurso de su evolución, que tendrá que seguirse para cumplir la parábola de la existencia.

- 21) Si el niño ha de sentirse protegido por el adulto mayor, necesita también, de manera complementaria, conocerlo en falta para protegerse de su dominio, para existir con una autonomía cada vez mayor.
- 22) Vuelve a ser posible aprender por los abuelos las buenas y malas acciones de los propios padres.
- 23) Los abuelos al hablar de la niñez de sus propios hijos, ayudan a los nietos a asumir las imágenes de identificación parental, ya que las palabras de los viejos los hacen más accesibles y cercanos.
- 24) En la adolescencia, un abuelo bondadoso logra cumplir el rol de mediador y consejero que ayuda y resuelve los conflictos normales entre padres e hijos, haciéndolos más accesibles y cercanos.
- 25) Los abuelos pueden desempeñar un rol de apoyo, como “yo auxiliar” de los padres y pueden llevar el linaje cultural de la familia dentro del proceso de socialización del niño.
- 26) El nieto hereda rasgos culturales y de personalidad que generaciones pasadas le transmitieron, estas fuerzas cumplen un papel muy importante dentro del proceso de socialización de todo existente.

Los abuelos pueden y deben desempeñar esta función que es un rol funcional para complementar las relaciones entre padres e hijos.

- 26) Muchas de las familias no aceptan de manera adecuada las valiosas contribuciones que un abuelo puede hacer a estos vínculos, por eso generalmente surgen separaciones y conflictos en estas interrelaciones.
- 27) En ocasiones los abuelos hacen de “padres sustitutos”, ya que pueden asumir eficientemente este rol en esta etapa de la vida, porque tienen el tiempo y la disponibilidad que necesitan para sostener estas condiciones, incluso de manera más eficiente que en su paternidad anterior real.
- 28) Los abuelos ayudan al niño a integrarse en el existir, brindándoles pruebas concretas del transcurso del tiempo mediante la conservación de objetos y recuerdos.
- 29) Los viejos que ayudan al niño a construir y desarrollar sus imágenes identificatorias, son percibidos generalmente por éste como no formando parte de la ancianidad.
- 30) Es importante para el equilibrio afectivo del niño que éste pueda expresar sus sentimientos desagradables con respecto al envejecimiento y también mantenerlos a distancia, proyectándolos en personas alejadas a él, por la edad y por la ausencia de relaciones con ellos. Esto sirve al niño de soporte para la angustia que le provocan la vejez y la muerte y le permite entablar y conservar las relaciones con los ancianos allegados (abuelos).
- 31) Las lecturas le permiten al niño construir su relación con el envejecimiento y la muerte, pudiendo encontrar y elaborar allí la experiencia negativa frente a estas realidades.
- 32) Una vez que los niños saben lo que es ser anciano, lo viven y lo sienten, entonces desean gritar lo que saben.
- 33) La existencia de uno o varios nietos, sirve a los abuelos de defensa contra la propia muerte. Se apoyan en esta vida aún joven para cambiar fantasmáticamente el sentido de la propia muerte, llegando a ser fuente de vida y esperanza, reencontrándolos con su proyecto existencial.
- 34) En la subjetividad de los senescentes, el nacimiento de una criatura cambia totalmente la cronología del tiempo; por ejemplo, el país natal que simboliza las raíces, pierde importancia y los recién nacidos son los que se convierten en las nuevas raíces de esos abuelos.

Al envejecer, el país natal enraíza a la persona con la muerte, en cambio el niño lo sujeta a la vida.

- 35) El abuelo experimenta alegría al obedecer al niño, esto se debe a que se siente sobrevivir convirtiéndose en sujeto del niño, y volviendo a encontrar la sujeción natural del niño a su padre.
- 36) Tanto el niño como el abuelo, sirven al otro de imagen con la cual identificarse en la construcción y el desarrollo del “Yo ideal” (proceso inconsciente).
- 37) No hay necesidad obligatoria de encuentros para que este trabajo formador en cada ser se realice; como tampoco son un obstáculo para la proyección identificatoria del niño las deficiencias físicas de los abuelos, al menos cuando no hay deterioro intelectual.
- 38) Los ancianos transfieren sobre los nietos el interés que sentían por sus propios hijos, ya que una vez convertidos en abuelos el deber educativo pasa a otras manos, y dan rienda suelta a sus sentimientos. También los senescentes se presentan como más dispuestos a prestar oídos complacientes a los cuentos del niño, cosas para las que el padre y la madre no tienen mucho tiempo. Al escuchar sus quejas contra las injusticias de que se crean víctimas por parte de sus padres, los abuelos contienen los sentimientos de odio que poseen los pequeños.
- 39) La mayoría de los abuelos toleran de sus nietos lo que, con razón, no le hubiesen permitido a sus hijos. Estas pequeñas tolerancias constituyen válvulas de seguridad que permiten al niño soportar mejor la disciplina paterna normal.
- 40) La experiencia de vida de los abuelos (los conocimientos adquiridos) permiten en forma sencilla y divertida enseñar a los niños, bajo el disfraz de ficciones más o menos simbólicas.
- 41) Abuelo y abuela moldean las estimativas infantiles sobre la bondad, la alegría, el respeto y por sobre todo son religantes con el sentido del bien y la justicia, valores de sobresaliente incidencia en la espiritualidad del niño.
- 42) Los abuelos son comunicadores de esperanza y amor, legados de cuantiosa importancia para el desarrollo de las capacidades valorantes y educativas de los niños.

Luis Fernando Rivera* fundamenta que: “En la familia, donde primero hizo de hijo y luego terminó asumiéndose como padre o como madre, el hombre tiene la escuela más eficaz y comprometida para su cambio. Efectivamente, las relaciones que se originan allí son las que más ligan y obligan a una búsqueda de convivencia”.

Este tránsito imprescindible para el acontecer socio-comunitario de niños y adolescentes, encuentra en las figuras, roles y simbolismos que aportan los abuelos, los instrumentos y procesos identificatorios que reubican a los más jóvenes en los acontecimientos progresivos del existir y de la finitud del tránsito terreno; pero esencialmente, aunque tal vez los niños no lleguen a vislumbrarlo con amplitud, los posiciona ante lo crucial de la trascendencia, que los infantes anhelan para sus abuelos muertos, en la presunción de esperar que cuando los viejos mueren siguen reencontrándose junto a sus nietos con perspectivas de trascendencia.

Rivera sintetiza: “La identificación del pasado, en el caso de los adolescentes, se lleva a cabo dentro del ámbito jerárquico de las idealizaciones”. Para que el joven soporte la angustia del compromiso y la responsabilidad creciente que le demanda su inserción en la sociedad, donde deberá competir y luchar para obtener “su” lugar, hubiere de requerir sin dudas de una suficiente auto-estima, que le provea basamentos de identificación y reidentificación constantes y sólidos con su pretérito idealizado. Por lo tanto es en esta etapa donde, imperceptiblemente, los lazos religantes hacia las figuras rectoras de padres y abuelos, han de cobrar una potencialidad inusitada por intermedio de sus “mensajes” y “leyes” representativas del “orden natural”, propio de la convivencia intergeneracional.

Es notable comprobar que entre los grupos de adolescentes influenciados negativamente por la violencia, proclives al consumo de drogas y al cometimiento de actos delictivos, la ausencia de valores normativos se emparenta con la inexistencia de una estructura familiar consolidada y orientadora, con la ausencia de raíces con su pasado parental, y con una desconexión de las imágenes y recuerdos de sus abuelos, hecho de

* Rivera, Luis F.: “Los tres modelos del hombre. La clave humanística” – Ed. Leuka – Buenos Aires – Argentina – 1987.

significancia que vuelve a señalar la insustituible elocuencia de los ascendientes ancianos en la integrativa sociofamiliar que ameritan los jóvenes.

Reiterando a Rivera: “es en la adolescencia donde el ser humano se introduce en forma incondicional a la búsqueda del valor como creatividad y trascendencia”.

La ancianidad es portadora y transmisora de inmensos dones que, junto a la incondicionalidad de su amor hacia los nietos, se prodigan con abundancia en la cimentación de la afectividad y autoestima de niños, adolescentes y jóvenes, proveyendo de resguardo, guía y contención, para los desbordes e intemperancias que caracterizan estas etapas críticas del existir.

Se fue una noche casi sin que me diese cuenta,
se adormeció en el silencio eterno de las estrellas,
y en mi creencia que es lo que me sustenta,
pensé que lo encontraría en una de ellas.

Y quizás sea cierto, aunque no lo he visto,
siento que me mira en las noches,
y cuando en soledad rezo frente a Cristo,
es como si desde ese misterio me estuviese hablando.

Me dio un pedazo de su vida... o su vida entera...
Quizá no lo entienda pero creo que es así,
aunque pasó de pronto a la otra ribera
ha quedado para siempre junto a mí.

Se fue una noche... ¿su rumbo?... El silencio,
le dije adiós, pero mi corazón se fue en su viaje.
Ahora al pasar los años pienso
que me dejó el suyo y junto a él su mensaje.

Un mensaje lleno de sentimientos... lleno de coraje...
que llega a mi alma como una variante,
y siento que mis ojos se llenan de raros paisajes
buscando en los cielos la luz del poniente.

Se fue una noche casi sin darme cuenta,
se adormeció en el silencio eterno de las estrellas
y al pasar los años hacen que mi alma presienta
que me está mirando desde cada una de ellas.

Se fue una noche, le dije adiós..., llorando...
no se si me escuchó desde su mundo infinito
pero se que cuando las estrellas están temblando
me manda desde el cielo un beso bendito...!

Autora: Ruth
(11 años)

La bondad de un sabio (mi abuelo)

Se sienta allí,
tranquilo,
sereno,
viviendo de recuerdos,
no le teme a nada,
un sabio,
conoce el misterio de la vida
pero no presume de ello,
conoce los secretos del amor
pero el suyo ya se ha marchado.

Solitario caminante de las calles,
sabe que el silencio llegará
antes de lo previsto.
Lo esperará
con la frente alta,
y pasarán ante sus ojos
retratos de su infancia,
su juventud, su pueblo, en un instante.

Me pregunto:
¿cómo devolverle su bondad?,
eso llevaría la eternidad.

Autor: Lucas
(13 años)

Porque sos la persona,
que cuando la necesito está.
Porque cuando era niña
me enseñaste a jugar,
me regalaste miles de cosas,
las más importantes:
tu amistad y tu sinceridad.
Me ayudaste a crecer, a no morir, a no mentir,
y a decir la verdad.
A aprender a escuchar y
también a amar a alguien.
Por todo eso es que
en mi corazón,
siempre estarás.
Aún cuando te decidas marchar.

Autora: Fernanda
(11 años)

Una abuela es una palabra de aliento
en buenos y malos momentos,
una sonrisa dulce,
una mirada cómplice,
la que te da cariño,
y tiempo para hablar.
Te llena de confianza
para contarle un secreto,
y sabés que no lo va a revelar.
Es como un juramento,
un juramento de amor
que nació entre nosotras dos.
Y por eso le pido a Dios
que a mi lado siempre estés
brindándome tu dulzura
y tu forma de ser,
y yo te prometo abuela
que por siempre te querré.

Autora: Cinthia
(11 años)

Gracias a Dios me ha tocado escribir sobre este tema tan especial para mi, porque puedo volcar en un papel mis sentimientos sobre ellos.

Ellos son vida, sol y primavera porque su ternura de ganas de vivir y su cuentos de pequeños nos hacen ilusionar y divertir.

La abuela me iba a buscar todos los días al Jardín de Infantes, siempre esperándome en la puerta con una sonrisa grande y linda, le cuento como me fue y pasamos por una panadería y compramos unas masitas muy ricas color rosa, me gustaban mucho.

Tomábamos la leche y nos poníamos a mirar televisión.

La abuela es una “cocinera ideal”, toda comida que le pedimos nos hace y muy, muy, muy rica. Ella siempre me escucha y no tiene problemas, siempre dando los gustos y haciendo lo imposible por ayudar.

El abuelo es muy bueno y culto, nos enseña de todo, en la escuela nos dan un tema y él lo tiene. El es muy divertido, le hacemos de todo y no nos dice nada.

El abuelo es un loco terrible, siempre lo acompaño a la mañana a hacer los mandados.

La conclusión de estas palabras es:

QUE ELLOS SON TODA MI VIDA.

Autora: Candelaria

(13 años)

Mi abuelo es de cara seca y un poco arrugada. Con él he pasado algunos momentos lindos de mi vida.

Un día hace pocos años lo vi muy triste y le pregunté que le estaba pasando. El me contestó:

-Lore, ¿sabés lo que me pasa?: Me llegó la vejez – Yo le respondí: abuelo, no te pongas triste, a todos nos va a tocar llegar a ella. Así como nacimos y pasamos la niñez, la adolescencia, maduramos y también envejeceremos.

Por eso les digo a todos los mayores del mundo que sigan adelante, porque la vejez es una etapa más de la vida. Y yo que recién comienzo mi adolescencia quiero que todos los abuelos, especialmente el mío, no estén nunca solos, porque ellos son personas muy sensibles que tienen todo un largo camino por delante para seguir recorriendo y un gran corazón, que llenan de sonrisa el alma de niños y adultos con palabras dulces y frágiles que siempre tienen para dar. Por todo ésto que siento y puedo explicar con simples pero sinceras palabras, se que la amistad del abuelo para mí es algo muy valioso que siempre lo guardaré en mi corazón y lo tendré por el resto de mi vida.

Autora: Lorena
(12 años)

- Sombras que sólo yo veo,
sombras que veo pasar,
gritos de mis abuelos,
gritos de soledad.

- Tristes penas que siento,
yo no puedo expresar,
lágrimas ya no tengo,
es de tanto llorar.

- Quiero decirte te quiero,
pero eso no puedo ya,
tú te has ido muy lejos,
y se que no volverás.

- Corto un pimpollo rojo,
y al hacerlo te siento más,
siento que alguien me mira,
seguro que allí estás.

- Miro al cielo, está oscuro,
oscuro como mi andar,
tú guiabas mi camino,
y ahora perdido está.

- Sombras que solo yo veo,
sombras que veo pasar,
gritos de mis abuelos,
gritos de soledad.

Autora: Yésica
(13 años)

Hoy tantas cosas que de ellos
puedo contar;
si habré escuchado historias
sobre valor y amistad
si los conocieran ustedes
como los conozco yo...
Cuando por primera vez
los vi bastó sólo su mirar
para conocerlos por dentro
por fuera;
con una imagen que nunca
voy a poder olvidar.
Cada uno con lo suyo
a mi lado puede estar.
El con sus manos gastadas de tanto trabajar
y ella... con sus dulces palabras que a
cualquiera hace soñar.
Ambos miran el futuro con amor y libertad,
el que siempre habían soñado
con justicia, dicha y paz.
Abuelos, cuánto les debo,
por lo mucho que me dieron
y por lo mucho que me dan,
abuelos, los dos mejores amigos
que haya tenido jamás.

Autor: Martín
(12 años)

Mi abuelo, es mi gran amigo, a el puedo contarle cosas que ni a mis padres se las digo, él siempre tiene tiempo para escucharme y a través de sus palabras siempre me deja una enseñanza. Me acompaña a todos lados y de él he aprendido que existe otro valor que no es el de las matemáticas, ni el signo pesos, el valor de escuchar, de compartir, de jugar juntos, de sentirse protegido: “El valor del corazón”.

Mi abuelo va en cámara lenta, por eso será que puedo aprender mejor, cuando me enseña a cultivar, y a ver como lo pequeño se hace grande; de él aprendí la sensación del agradecimiento a la vida, a levantarme temprano para disfrutar cada día, a no temer a nada, a jugar sin juguetes... él me perdona todo, pero siempre me pide que dé mas. Y es lo mejor que me pasó en estos 13 años que tengo, yo me encontré al mejor abuelo del mundo, porque sin decirme nada se fue acercando despacito a mí, que temeroso decía: yo no tengo abuelos, y me explicó que para eso Dios había creado los “abuelos del corazón”, y para mí eso es suficiente y ahora somos en todo “mi abuelo y yo”.

Agradecido a la vida por lo que me toca vivir y no por lo que me faltó. Pues aunque mi “abuelo del corazón” tiene nietos verdaderos me supo hacer un lugar y compartir conmigo todas sus experiencias y su sabiduría.

Quería escribirle a mi “abuelo del corazón” que hoy tengo y quiero mucho.

Autor: Mauricio
(12 años)

Mis abuelos son la joya
a la cuál admiro y valoro,
son los padres de mis padres,
y yo soy la flor que de esa planta nació.

Adoro a mis abuelos
por ellos la vida doy,
soy la diosa de sus sueños,
luz que ilumina sus amaneceres,
sol que calienta sus días
la estrella que alumbra en sus noches.

En cada arruga ves ternura,
en cada cana placer,
consejos y advertencias
que con respeto sé obedecer.

Mi alegría es su alegría,
mi tristeza, su dolor.
Quiero tanto a mis abuelos
que por ellos la vida doy!

Quiera Dios, abuelos míos,
que la vida les dé un largo camino por recorrer,
que la luz de sus pupilas
se puedan siempre encender,
para tener así la dicha de verme a mi envejecer.

Autora: Romina
(13 años)

Ahora, con tristes lágrimas cargadas de nostalgia, recuerdo a mis abuelos. Dulces ancianos, de rostros arrugados y tiernos corazones, que eran capaces de dar lo último que podían poseer en su vida para darme todos los gustos y verme contenta. Y yo, niña rebelde y caprichosa, los hacía sufrir viéndome llorar por aquella dichosa muñeca que mis padres no podían comprarme.

Fuente de salvación cuando yo hacía alguna travesura. Enseguida iba a esconderme detrás de su delantal sucio de harina o su pantalón lleno de aserrín.

Queridos abuelos, si yo en mi mundo de sueños y fantasías, hubiera comprendido lo que yo significaba para ustedes habría sabido darles un pedacito de mi inocente aureola de niña, de mi almita de canario, de mi corazón. Queridos abuelos, mis ángeles guardianes, jamás voy a perder las esperanzas de estar con ustedes saltando de estrella en estrella en lo alto, jamás los olvidaré.

Autora: Sabrina
(12 años)

Abuelo... me llena esa palabra, me cubre de recuerdos me ampara en su memoria.
Invoco su nombre cuando la fría noche cubre la esperanza, cuando lo siento lejos mío, cuando comprendo que me hace falta.
Porque con él compartí alegrías y aprendí a vivir la vida, porque él me dio las alas para volar y también me enseñó a llorar.
Supe lo que valía cuando sentía que lo perdía, porque hasta ese momento, no comprendí lo que por él siento.
El sabía ocupar lugares importantes, sabía vivir con la frente bien alta y mirando hacia delante. Pues él con una mirada sabía expresarse, porque él con todos sus defectos se hizo querer como un hombre perfecto.
Yo a él lo tuve para jugar a la escondida..., pero al él le gustaba enseñarme de la vida!
Nunca me voy a olvidar de un dicho que dijo con vos pasiva- Nena de a poquito se hace un montón. Y hoy digo cuanta razón tenía mi abuelo (el mejor), era el que todo lo sabía, el que todo lo decía, era una persona envidiable. Tengo fotos junto a él, tengo recuerdos en mi memoria, tuve un abuelo perfecto, tengo un hombre para la historia.
Pero un mal día, Dios decidió llevárselo, llevarse al ángel de la tierra fue aquel 16 de Marzo de 1995, una fecha que me altera. Nunca entendí el porqué, a él porqué y no a los que roban o matan. Porque Dios me lo llevó cuando más lo necesitaba. Busqué la respuesta y no la encontré, sólo Dios sabrá "porqué a él". Quizás ya había cumplido sus actos en la tierra, quizás no, quizás lo espera el cielo. Hoy los recuerdos me invaden cuando menos lo espero, porque daría cualquier cosa por tener a mi abuelo, por tenerlo cerca de mí, por decirle que aún lo quiero.
Yo asumí que, en la tierra no está más pero en mi corazón siempre estará porque él se lo ganó, porque yo sé que está. Pues mi historia consiste en un amor de lejos, con lazos muy dispersos, pero un amor aferrado a todo lo que yo siento. Porque yo sé que él mira desde lejos lo que siente mi corazón, porque él me da fuerzas desde arriba para ahuyentar el dolor. Y por eso abuelo, mi alma está con vos desde el día que te fuiste, nunca te dije abuelo porqué.
Y estás conmigo lo sabemos bien los dos, porque nada está perdido, aún nos queda el amor. Y si a tu cuerpo no lo veo, me conformo con tu calor porque sé que estás al lado mío, viendo cómo escribo en tu honor.
Y aunque yo me haga la fuerte, con esta lágrima me despido mi abuelo, nunca estarás en el olvido siempre estarás aquí presente, en mi habitación conmigo.
Porque con todas las letras sos un ejemplo y lo seguirás siendo. Porque llegué a comprender que el vacío del cuerpo lo cubre el alma, porque me resigno a quererte lejos y sin palabras.
Abuelo algún día nos encontraremos en el paraíso, tu y yo juntos de nuevo ahí, cara a cara podré decirte lo mucho que te quiero.

Autora: Eliana
(11 años)

Ellos ya no están para compartir conmigo alegrías, juegos, bellos momentos que sólo ellos sabían darme.. Aunque no estén yo los sigo queriendo y los extraño muchísimo.

En este texto voy a contarles sobre mi abuelo Agustín (abuelo paterno), que fue al que más conocí. Extraño los hermosos domingos que pasaba junto a él hablando entre mates que iban y venían, risas contagiosas que siempre comenzaban cuando “Lelo” (como le decíamos con cariño en mi familia) me contaba alguna anécdota o chiste que siempre tenía preparado para, de alguna forma, poner una sonrisa en mi rostro.

Hace dos meses que te fuiste y todavía me parece verte sentado en el jardín de tu casa leyendo el diario al sol, y que cuando paso, tú por la esquina apartas la vista de él para saludarme e invitarme a que me siente contigo a tomar tu “ensalada de yuyos” como llamabas a tus mates por estaban llenos de hierbas por tu diabetes, tu colesterol y que se yo cuantas cosas más. Siempre te admiré por tu forma de ser y de quererme. Eras alto, medio calvo, pelo canoso y muy alegre.

Cada vez que voy a tu casa y entro, miro hacia todos lados por que me siento extraña al no verte y sentirte como sí estuvieras allí. Miro cada una de tus sillas en donde te sentabas, tu lugar en las diferentes mesas y me empiezo a reír por que creo escuchar tus cuentos.

Extraño esos domingos en los que almorzaba junto a ti y cuando te entristecías al marcharme.

Me cuesta aceptar que tú ya no me puedes contar tu vida, que están vacías tus sillas, tus lugares, que no puedo abrazarte y decirte cuanto te quiero, no, no puedo.

Esa noche que enfermaste casi decido quedarme en casa, pero mi corazón decía que debía ir a quedar contigo para cuidarte.

Recuerdo que esa noche estuve con vos todo el tiempo, sin saber que sería la última vez juntos, mi despedida.

Primero me había enojado por que no querías que te llamemos al médico, pero luego te dije que me perdones por que yo sólo quería verte bien.

El lunes te llevaron al hospital medio inconsciente.

Mi mamá y la señora que vivía contigo se quedaron para cuidarte todo el día y la noche.

Yo estaba muy contenta por que el médico había dicho que sólo era una gripe que te repondrías y el martes volverías a tú casa. Pero no fue así.

El martes a la madrugada vino mi papá (que estaba cuidándote en el hospital) para decirle a mi mamá que no habías aguantado y te habías ido.

Mi mamá me despertó para contármelo. Desperté y pegué un enorme grito de desesperación por que me decía que no era cierto.

Ese día fue el peor de mi vida. No sabes, ni sabrás lo que significó para mi perderte.

Desde ese día mi vida tiene un gran vacío, el tuyo, aunque siempre estarás dentro mío en los recuerdos que guardo bajo siete llaves y que no olvidaré jamás.

Ahora que viene mi cumpleaños tendré que acostumbrarme a no recibir más ese beso y ese abrazo que tu me dabas.

Te extraño y te pido que desde el cielo me mires junto a la abuela y me cuides por que sin ti me siento como un bebé sin mamá.

Autora: Analía
(13 años)

Afortunadamente tengo a mis cuatro abuelos junto a mi y la vida es más linda.

Cuando tengo algún problema me escuchan y me ayudan a superarlo. Con ellos me siento en paz y en su ternura me da confianza.

Mis abuelos siempre tienen algo para contarme, con sus historias no puedo aburrirme.

Su infancia fue asombrosa y llena de aventuras, me pongo feliz cuando me relatan como eran sus juegos, sus bailes y hasta sus romances haciéndome remontar a otra época, otro modo de vida.

Si bien mis cuatro abuelos son diferentes entre sí, tienen algo en común: su comprensión hacia nosotras, sus nietas.

Cuando tengo que contarles un problema parece que se adelantaran a mis pensamientos.

No se como sería un mundo sin abuelos, pero seguramente sería muy triste. Creo que Dios está un poco en cada abuelo y en cada abuela, y que a través de ellos nos ayuda y nos acompaña para enseñarnos a ser más buenos.

Algún día yo también seré abuela y en esos días me gustaría que mis nietos escribieran algo sobre mí, entonces revivirían los momentos de mi niñez, y volvería a estar junto a mis abuelos como si el tiempo no hubiera pasado, como si toda la vida de ellos y mi vida misma fueran una sola, pero tal vez eso sea lo que Dios nos trata de decir.

Autora: María Eugenia
(12 años)

“PREVENCIÓN DE HECHOS VIOLENTOS ENTRE NIÑOS Y JÓVENES CON PARTICIPACIÓN DE MAYORES Y ANCIANOS”

Esta experiencia se viene realizando desde hace doce meses en el asentamiento denominado “La Cachunga” que pertenece a la barriada de “Villa Negri”, la misma se encuentra incluida en el Area Programática III del Hospital Zonal de Agudos Descentralizado de Zárate “Virgen del Carmen” (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires). El asentamiento está compuesto por unas 260 personas agrupadas en 63 familias, cuyo nivel de N.B.I. ronda el 65%; sus viviendas son muy precarias siendo levantadas en madera, chapas y cartones, en su mayoría, sin contar con agua potable ni servicios cloacales. Un tendido único transporta el agua corriente que se recoge en un vertedor con tres canillas y la luz eléctrica se recibe a través de un medidor común. Las callejuelas de tierra son anfractuosas y oscuras, destacándose un callejón que sirve de acceso al asentamiento en cuyo alrededor hay basurales, pastizales y gran cantidad de animales sueltos, sobretodo perros y roedores. No había espacios previamente destinados para el solaz y esparcimiento como plazas o plazoletas, tampoco otros sitios para la práctica de juegos o deportes.

Como en otros innumerables ejemplos, los chicos de este nucleamiento reemplazan muchas veces a los padres como proveedores del sustento familiar. Desde muy pequeños “limpian parabrisas, abren puertas de autos, venden o cirujan”.

Además de estas formas directas de participación en la economía de la casa, existen otras indirectas como las tareas domésticas y el cuidado de sus hermanitos menores en ausencia de los padres. Es alto el porcentaje de niños que repiten o dejan de ir a la escuela, en otros casos el comedor escolar suele ser el motivo para no abandonar las aulas.

La **violencia** constituye una problemática prevalente en este colectivo, siendo importante causa de patología y de muerte que aparece estrechamente enlazada a las situaciones de riesgo o criticidad en que se encuentran muchas de las familias del lugar. Este es un problema de salud con diferentes niveles de complejidad, que hace imprescindible un abordaje Interdisciplinario y en articulación con otras instituciones.

Aceptamos la violencia como el ejercicio del poder sobre una persona o grupos de personas que son tomadas como objetos, no reconociéndose sus necesidades, derechos y deseos.

En todas las familias pertenecientes al asentamiento, se detectan variados indicadores de criticidad: falta de empleo, desnutrición, migración, inestabilidad de vínculos, promiscuidad, analfabetismo, hacinamiento y situaciones especiales como adicciones, sida, conflicto con la ley penal, etc.

Son frecuentes la errancia y falta de inserción de niños y jóvenes en espacios de referencia y en ámbitos laborales y educativos, lo cual actúa como facilitador del acercamiento de los mismos a circuitos delictivos, droga y prostitución.

La modalidad de trabajo con estas familias suele no ser la misma que con las demás, ya que en general no demandan, no acuden en busca de ayuda, siendo habitual la ausencia o insuficiencia de soportes institucionales. De esto se desprende que queden en una situación de aislamiento importante, lo cual hace que se incremente la gravedad de los acontecimientos.

Estos niños no juegan como los otros de su misma edad, no tienen juguetes o no saben usarlos, crecen entre la hostilidad, la adversidad, la agresividad, la delincuencia, la marginación y la malnutrición.

De acuerdo a lo planteado por los vecinos eran frecuentes los episodios de peleas entre chicos que luego desencadenaban **violentos enfrentamientos** entre adultos **en la misma calle**. Particularmente en la franja etárea comprendida entre los 6 y los 12 años aproximadamente, se daba la tendencia a una **división territorial**: algunos quedaban encerrados y aislados, siendo hostigados y agredidos continuamente, razón por la cual para establecer lazos con lo extrafamiliar debían ser acompañados por adultos, dificultándose su proceso de autonomía y socialización; otros ocupaban provocativamente la calle agrediendo y desafiando a grandes y chicos, siendo característica la falta de lugares de referencia relacionados con la educación, la recreación o la capacitación.

Eran numerosos los pedidos y las quejas de los vecinos dirigidos al equipo, tratándose de un sector poblacional que no respondía a la convocatoria de los espacios ya instituidos, siendo necesario establecer un dispositivo en terreno que hiciera posible el trabajo en conjunto.

Debido a los distintos niveles de complejidad de los problemas en salud poblacional, en este caso particular, la violencia, resulta imprescindible trabajar en equipo con un **abordaje interdisciplinario**. La interdisciplina es un intercambio entre campos científicos, donde cada saber aporta en la definición y abordaje de los problemas, apuntando a la construcción de estrategias que posibiliten un trabajo comunitario mancomunado.

De acuerdo a los postulados de Atención Primaria de la Salud, además de la cobertura asistencial, esta problemática requiere de labores a nivel de la **prevención y participación**.

El eje propuesto fue la prevención de la violencia a partir de la instalación de un **dispositivo lúdico en la calle**, cuya función fue disparar diferentes estrategias de intervención que permitieran un abordaje familiar y comunitario.

El jugar es fundamental en la constitución subjetiva y en la elaboración de distintas situaciones traumáticas que aparecen a lo largo de la vida. Lo lúdico resulta vital para la adquisición del lenguaje, el conocimiento del propio cuerpo y del otro, la comunicación, el encuentro con las reglas y la sociabilidad. Se tomó al espacio callejero como un **“juguete”** a construir, esto quiere decir a transformarlo en un espacio simbólico, que pueda funcionar como un ámbito diferente a un territorio en el cual sólo se producen batallas campales, un espacio capaz de ir tomando diferentes formas a partir de la actividad creativa y que posibilite una **experiencia creadora**. Apreciamos a este sitio como espacio transicional en el cual los niños se subjetivizaran, para inventar el propio cuerpo como “juguete” y así construirlo, reconocerlo y adquirirlo como unificado, y también partir de éste poder tomar al otro como “Juguete”, reconociéndolo como diferente. Al producirse esta invención por parte del sujeto, éste se aleja de quedar atrapado en una posición de objeto pasivizado. Este aspecto es importante ya que **las situaciones de vulnerabilidad psicosocial en la que se encuentran estos niños, producen interferencias que trastocan las simbolizaciones atacando el proceso del jugar**, quedando desprovistos de recursos que les permitan tomar una posición activa a la hora de elaborar situaciones relacionadas con lo traumático y la indefensión. Estos niños se encuentran inmersos en situaciones de violencia y abusos, haciéndose cargo de actividades no acordes a su edad que los precipitan hacia un lugar de exigencia tanto psíquica como física, así son llevados a robar o trabajar, lo cual los aleja

del lugar de niños y los acerca a cumplir funciones de adultos, no quedando tiempo para jugar.

La modalidad callejera es una forma de construcción de un espacio compartido, donde las actividades lúdicas funcionan como **mediadoras de los conflictos** existentes entre niños, adolescentes y adultos, promoviendo **otro** espacio “en la calle” que los pueda alojar y sentirse propio, construido a partir de la historia que cada uno aporta y de las vivencias compartidas, y no ya para vivirlo como inseguro e impropio.

Consideramos imprescindible contar con la posibilidad de circular y usar libremente la calle sin que exista como límite el temor y el rechazo al otro o a la agresión hacia otros. **Es a través del juego que, desde los primeros momentos, el sujeto puede encauzar la agresividad**, frente a ello se intentó ante situaciones de violencia tan graves reproducir la agresividad mediante ficciones de combates o peleas entre bandos, cuyos integrantes se alternaron en uno u otro, para que así los enemigos de ayer fueran los camaradas de hoy o de mañana. Junto a estas prácticas comenzaron a implementarse otras modalidades de juegos colectivos, intercalándose con partidos de fútbol o voley-ball, competencias, carreras y otros juegos gimnásticos; siempre con consignas tales como:

- “Jugar a pelear no es lo mismo que pelearse”
- “Jugar es mejor que lastimar o romper”
- “Jugar es quererse a uno mismo”
- “Los que juegan son felices”, etc.

El equipo técnico-profesional de trabajo se conformó con un profesor de Educación Física secundado por tres estudiantes de dicha carrera que se dicta en Zárate, una Licenciada en Servicio Social y dos Psicólogos; desde julio del 2002 se sumaron cinco promotores comunitarios de salud pertenecientes al “Plan Jefes y Jefas de Hogar”, tres mujeres y dos hombres que habitan en el asentamiento. El Movimiento de Personas Mayores y Ancianos “Vida Ascendente” de la Parroquia “María de Nazareth” de Villa Fox, participó de esta experiencia desde sus comienzos, aportando ocho voluntarios: tres hombres y cinco mujeres, quienes fueron los encargados de promover juegos tales como tejo, mancha, escondida, gallo ciego o pelota canasta, también las señoras se

encargaron de formar grupos de niños de ambos sexos para lectura de cuentos infantiles y narraciones clásicas populares, además enseñaron a las niñas a jugar con muñecas, reproduciendo escenas hogareñas y promoviendo que las pequeñas “hagan” de mamás, tías, hermanas o abuelas. Las figuras simbólicas del Abuelo y la Abuela fueron entonces recreadas por los voluntarios de Tercera Edad, patentizando roles que estos niños tienen desdibujados o que directamente desconocen, brindándoseles soportes identificatorios y contención afectiva.

En este marco relacional, la actividad principal consiste en tres jornadas semanales de juegos creativos y populares con niños, en la calle de acceso al asentamiento.

La característica de este lugar es que se trata de un sitio conocido y cotidiano para los chicos y sus padres. Las actividades están tanto orientadas a la integración, cooperación, solidaridad e intercambio, como al placer y diversión que genera el juego ejercitado en un lugar reconocido como de pertenencia común.

Por otra parte, se realizó un acercamiento con las familias con el objetivo de ofrecer un espacio en el cual pudieran surgir preguntas, inquietudes o sugerencias en relación a problemáticas actuales del barrio y situaciones particulares. La modalidad de las intervenciones estuvo siempre sujeta a la singularidad de cada situación, intentándose desde el equipo un acompañamiento en relación al proceso de identificación y de resolución de distintas problemáticas, así como también en función de las necesidades surgidas. Este accionar se centró fundamentalmente en reuniones de padres, entrevistas y visitas domiciliarias, además se establecieron contactos con entidades de la zona con el objetivo de trabajar conjuntamente y fortalecer lazos sociales y comunitarios. Hacia un futuro mediano será necesario contar con espacios adecuados para la derivación de situaciones puntuales, así como también trabajar en redes intersectoriales.

El equipo tiene reuniones semanales con el propósito de planificar las actividades en función del proceso comunitario en gestión, las edades de los participantes, los intereses y conflictos que vayan apareciendo. Se incluye el periódico entrenamiento lúdico de los miembros, así como también lectura y discusión de material bibliográfico y estudio particularizado de casos.

El dispositivo de labor permitió disponer de un marco en el que se desplegaron situaciones conflictivas que pudieron ser trabajadas, siendo el juego el instrumento con que el niño contó para encauzar la agresividad. No es lo mismo que sea violento a que ponga en juego la agresividad enmascarando la misma mediante la ficción. Organizar las peleas y anticipar su final, son algunos preparativos que permiten el trabajo de sustitución, sublimación, simbolización y desnaturalización de la violencia como modelo de relación interpersonal.

En nuestro caso la calle pudo ser resignificada como lugar para encontrarse, divertirse y participar, dejando de ser vivida sólo como peligrosa. Así se constituyó como espacio entre el afuera y adentro (lo familiar y lo extrafamiliar) dejando de ser de unos o de otros, para pasar a ser de todos.

Este espacio cumplió una función subjetivante al permitir el reconocimiento del propio cuerpo y del otro como semejante y diferente, y potenciar los recursos simbólicos. Así se fue constituyendo un grupo de niños que utiliza la calle para jugar, siendo en promedio 30 chicos, de edades entre 8 y 11 años.

La resultante es la formación de un grupo de pertenencia y contención que antes no existía, y el comienzo de la organización de los vecinos en torno a problemáticas acuciantes y comunes. Los padres de los niños fueron perdiendo el miedo a que sus hijos salieran a la calle y adquirieron confianza en el trabajo comunitario, participando de él directa o indirectamente. El juego comenzó a aparecer como algo de valor para sus hijos, además quedaron planteadas otras problemáticas que los preocupan como las adicciones y el destino de los jóvenes. En relación a este grupo poblacional, nos parece fundamental relevar sus problemáticas para próximamente pensar actividades que los incluyan y tengan como protagonistas, donde el trabajo y la educación funcionen como espacios de referencia y contrarreferencia para afianzar paulatinamente sus sentimientos de integración a la barriada, sobre este nuevo proyecto los voluntarios mayores y ancianos son los más entusiastas.

En el presente, comunitariamente, se están organizando en el asentamiento dos lugares de juego y participación: “La Canchita de los Pibes” y “La Placita de todos”, al tiempo que se comenzó a trabajar en el dispositivo de huertas con los integrantes del “Plan Jefes y Jefas de Hogar”, para ampliar la gama de elementos destinados al trueque y contar con aportes nutricionales para las familias del lugar.

BIBLIOGRAFÍA

- Rolla, Edgardo H.: *“Senescencia. Ensayos psicoanalíticos sobre la Tercera Edad”*.- Editorial Galerna- Buenos Aires – Argentina – 1991.
- Scott Peck, M.: *“La nueva comunidad humana”*. – Editorial EMECE – Buenos Aires- Argentina – 1991.
“La nueva psicología del amor” – Editorial EMECE – Buenos Aires - Argentina – 1997.
- Guardini, Romano: *“El fin de la modernidad”* – Editorial PPC – Madrid – España – 1996.
- Rodulfo, R. – Rodulfo, M.: *“El niño y el significativo”* – Editorial Paidós – Buenos Aires – Argentina – 1996.
- Winnicot, D.W.: *“Realidad y juego”* – Editorial Gedisa – Barcelona – España – 1996.
- Castel, Robert: *“La metamorfosis de la cuestión social”* – Editorial Paidós – Buenos Aires – Argentina – 1996.
- *“Técnicas para la Educación Popular”*: Editorial Humanitas – Buenos Aires- Argentina (6ta. Edición) – 1995.
- Almeida M., Feverwerker L., Llanos C. M.: *“La educación de los profesionales de la salud en Latinoamérica”* – Tomo I – Ed. Lugar – 1999 – Buenos Aires – ARGENTINA.
- Galende Emiliano: *“Psicoanálisis y Salud Mental”* – Ed.- Paidós – Primera Edición – 1990 – Buenos Aires – ARGENTINA.

Levav Editor: *“Temas de Salud Mental en la Comunidad”* – Serie Paltex para Ejecutores de Programas de Salud. N° 19 – O.P.S. – O.M.S. – Washington D. C. – 1992.

COMENTARIO FINAL

En la Argentina de nuestros días, tal como lo vislumbrara Asa Cristina Laurell hace más de una década, pareciera que “estamos saliendo del Siglo XX pero para entrar al Siglo XXI resucitando el Estado Asistencialista”, y, en coincidencia con la visión de esta autora, en este escenario socio-político en ciernes “bajo formas diversas y frecuentemente espontáneas, se están confrontando grandes contingentes –convocados por el empobrecimiento y la desesperanza- con pequeñas minorías – vertiginosamente enriquecidas e investidas del poder que emana del control sobre las decisiones económicas* .

Las presiones del Banco Mundial sobre el gobierno democrático argentino por el pago de la insuperable deuda externa se entrecruzaron con los cuestionamientos de sectores cada vez más crecientes de nuestra sociedad hacia las políticas neo-liberales que caracterizaron la última década del siglo pasado produciendo funestas consecuencias sobre todo el entramado institucional y el patrimonio del Estado Nacional, llegando a poner en colapso a casi todo el aparato productivo y de servicios y conduciendo al empobrecimiento extendido de la población.

Frente a este doloroso panorama es función insoslayable del Estado garantizar el derecho a la salud y a la seguridad social de la sociedad argentina en su conjunto. No es coincidente con la política neo-liberal reinante en las naciones más poderosas del mundo que los países sub-desarrollados elucubren iniciativas destinadas al resguardo de la salud poblacional a través del fortalecimiento del sub-sistema público de salud en desmedro de los grupos de capitales volcados al sub-sector privado.

En estas circunstancias nos preguntamos: ¿cómo podrá establecerse hacia el futuro mediato un sistema de prevención, asistencia y promoción de la salud mental de las personas mayores y los ancianos argentinos con fuerte basamento en el sub-sector estatal, cuando las condiciones para llevarlo a cabo se presentan más inaccesibles día a día?

Ante el interrogante planteado se impone una nueva estrategia socio-asistencial que, en vez de expulsar a los ancianos, no sólo los contenga sino que

* Laurell, Asa Cristina: “*Estado y Políticas Sociales en el neo-liberalismo*” – Ed. Fundación F. Ebert. – 1992 – México – México.

los valore en potencia mediante la promoción y prevención de sus niveles de salud. Es con esta orientación que escribimos nuestra modesta propuesta.

Por ahora los viejos esperan...

EL AUTOR

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Ministerio de Asuntos Sociales: *“Plan gerontológico”* – Ed. Ministerio de Asuntos Sociales – 1992 – Madrid – ESPAÑA.
- Mishara BL., Riedel RG.: *“El proceso de envejecimiento”* – Ed. Morata – 1986 – Madrid – ESPAÑA.
- Rifkin J.: *“El fin del trabajo”* – Ed. Paidós – 1996 – Barcelona – ESPAÑA.
- Roque MA.: *“Nuevas tecnologías y desafío socioeconómico”* – Ed. Institut Catalá d’Estudis Mediterranis – 1991 – Barcelona – ESPAÑA.
- Toffler A., Toffler H.: *“La creación de una nueva civilización”* – Ed. Plaza y Janés – 1995 – Barcelona – ESPAÑA.
- Walker A., Maltby T.: *“Aging Europa”* – Ed. University Press – 1997 - Buckingham - United Kingdom.
- Thomae H., Maddox G.: *“New perspectives on old age; a message to policy makers”* – Ed. Springer Publishers – 1981 – New York – E.E.U.U.
- Fox, E. C.: *“Plan Gerontológico para la Provincia de Buenos Aires”* – Ed. Ministerio de Salud Pcia. de Bs. As. – 1999.
- Monk A.: *“Actualización en Gerontología”* – Ed. Asociación Gerontológica Argentina – 1997 – Buenos Aires – ARGENTINA.
- Fernández Ballesteros R.: *“Gerontología Social”* – Ed. Pirámide – 2000 – Madrid – ESPAÑA.

- O.P.S. – O.M.S.: *“Evaluación de la calidad de la atención en Salud Mental”* – HPP/02/04.
- Cohen H., Dos Santos B. y col.: *“Políticas en Salud Mental”* – Lugar Editorial – 1994 – Buenos Aires – ARGENTINA.
- Tamayo Sáez, M.: *“El análisis de las políticas públicas”* – En Bañoon, R. y Carrillo, E. (comps): *“La nueva Administración Pública”* – Alianza Universidad – 1997 – Madrid – ESPAÑA.
- Almeida, C.: *“Reforma del Estado y reforma de sistemas de salud”* – En *“Cuadernos Médico/Sociales N° 79”* – Rosario – Centro de Estudios Sanitarios y Sociales – Asociación Médica de Rosario – 2001.
- Moragas Moragas, Ricardo: *“Gerontología Social”* – Ed. HERDER – 1995 – Barcelona – ESPAÑA.
- Kliksberg, B.: *“Los escenarios sociales en América Latina y el Caribe”*.
En *“Revista Panamericana de Salud Pública”* – Año 79, Vol. 8 N° 1-2 – Washington D. C. OPS – Julio – Agosto – 2000.
- O.P.S.: *“Planificación local participativa. Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe”* – Serie Paltex para Ejecutores de Programas de Salud N° 41 – Washington D. C. – 1999.
- O.P.S.: *“Promoción de la Salud. Una antología”* – Publicación Científica 557 – Washington D. C. – 1996.

- Iriart, C. y Leone, F.: *“Descentralización en Salud”* – PRONATASS – Ministerio de Salud y Acción Social – 1994 – Buenos Aires – ARGENTINA.
- Levav, I.; Lima, B.; Somoza Lennon y col.: *“Salud Mental para todos en América Latina y el Caribe. Bases Epidemiológicas para la acción”* - En “Boletín O.P.S. N° 107 (3) – 1989.
- Infante, A.; De la Mata, I.; López Acuña, D.: *“Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias”* – En “Revista Panamericana de Salud Pública – Año 79, vol. 8 N° 1-2” – Washington D. C. – O.P.S. – Julio-Agosto – 2000.
- Testa Mario: *“Pensar en Salud”* – Lugar Editorial – 1997 – Buenos Aires – ARGENTINA.
- Testa Mario: *“Saber en Salud”* – Lugar Editorial – 1997 – Buenos Aires – ARGENTINA.
- Iriart, C., Nervi, L., Oliver, B., Testa, M.: *“Tecno-Burocracia Sanitaria”* – Lugar Editorial 1994 – Buenos Aires – ARGENTINA.
- Deming, W. E.: *“Calidad, productividad y competitividad – La salida de la crisis”* – Ed. Díaz de Santos – 1989 – Madrid – ESPAÑA.
- Donabedian, A.: *“La calidad de la atención médica”* – Ed. La Prensa Médica Mexicana – 1994 – México – MÉXICO.
- Laurell, Asa Cristina: *“Nuevas tendencias y alternativas en el Sector Salud”* – Ed. Universidad Autónoma Metropolitana – 1995 – México – MÉXICO.
- Laurell, Asa Cristina: *“Estado y Políticas Sociales en el Neo-Liberalismo”* – Ed. Fundación F. Ebert. – 1992 – México – MÉXICO.

- Laurell, Asa Cristina: Documentos y publicaciones de la Secretaría de Salud del Distrito Federal de México, Años 2002 y 2003, inclusive.
 - Vuori, H. V.: *"El control de calidad en los servicios sanitarios"* – Ed-Masson – 1988 – Barcelona – ESPAÑA.
-

