

2000

Fil: Jiménez, María Candelas. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social. Departamento de Trabajo Social; Argentina

Análisis de los condicionantes socio-familiares de la internación geriátrica de personas con diagnóstico de síndrome demencial leve : sistematización de una experiencia

Jiménez, María Candelas

Jiménez, María Candelas

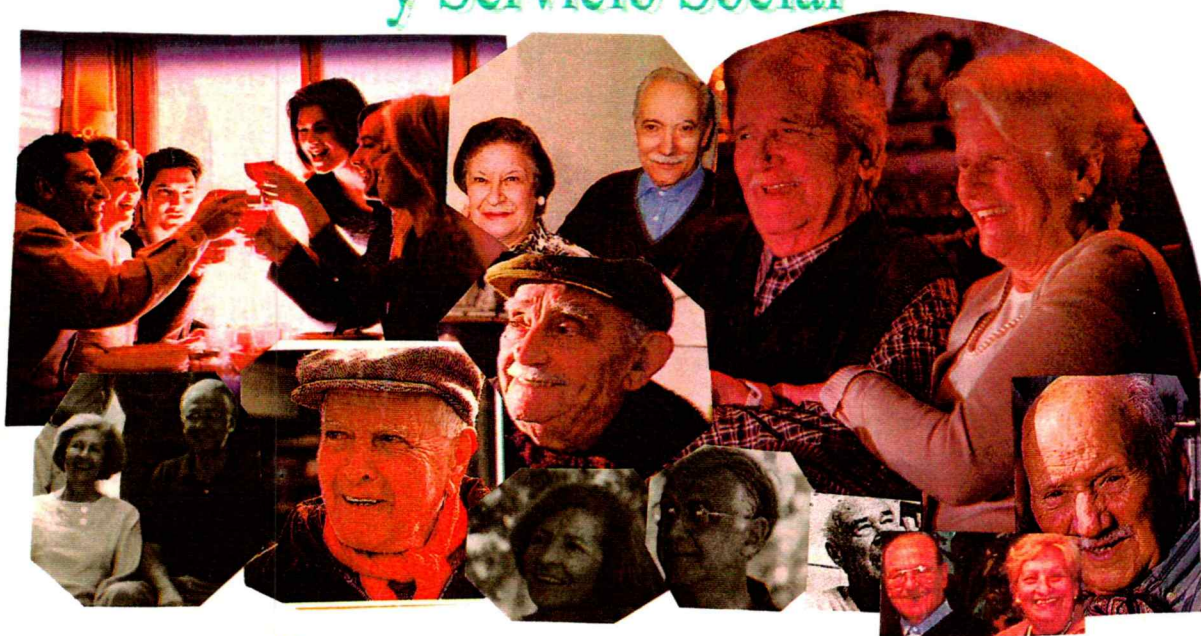
Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/662>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Universidad Nacional de Mar del Plata

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social



“Tengamos siempre presente que se trata de la enfermedad de nuestro ser querido. Con tranquilidad y perseverancia lograremos todo lo que esté a nuestro alcance.”

TESIS FINAL

Licenciatura en Servicio Social

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario	Signatura top
1743	364.46(04) C102
Vol	Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata	

Autoras:
Jiménez María Candelas
Menéndez Lorena Maricel

TEMA

“Análisis de los condicionantes socio-familiares de la internación geriátrica de personas con diagnóstico de síndrome demencial leve”

SISTEMATIZACIÓN DE UNA EXPERIENCIA

DIRECTORA: Lic. Beatriz Castellanos

CO-DIRECTORA: Lic. Nada Taucar

AÑO 2000

A nuestros padres:

Guillermina , José, Alicia y Oscar les
agradecemos por su apoyo incondicional y por haber recorrido
junto a nosotras este trayecto tan importante para nuestras vidas.

Y a todos aquellos que de una u otra manera
compartieron y colaboraron en esta etapa.

Candelas y Maricel

Indice

FE DE ERRATAS

En hoja 2 donde dice año 2000 debe leerse año 2001.

En página 22, penúltimo renglón donde dice: y por el rol de mejor protagonismo o no en la pareja, debe leerse: y por el rol más o menos protagónico que haya tenido en la pareja.

En página 40, renglón 6 a 9 corresponde al autor Roig Corbella, Joan. "La Salud y la enfermedad en la Tercera Edad" en Enciclopedia Descubrir la Psicología. Vol. 29. Ed. Folio. S.A. Barcelona. 1994

En página 37, renglón 10 donde dice: El proceso de envejecimiento envuelve tanto aspectos físicos como sociales, debe leerse: El proceso de envejecimiento envuelve tanto aspectos psicofísicos como sociales.

En página 62, renglón 11 donde dice: una relación de dependencia, se esta consciente o no, debe leerse: una relación de dependencia, sea esta consciente o no.

En página 62, renglón 12 donde dice: De lo contrario esto lo llevaría a sentirse tan indefensos, debe leerse: De lo contrario, esto los llevaría a sentirse tan indefensos.

En página 121, renglón 8 donde dice: sólo pensó en sus intereses personales, debe leerse: sólo pensó en sus intereses personales.

En página 121, renglón 10 donde dice: cambió paulatinamente al nace sus nietos, debe leerse: cambió paulatinamente al nacer sus nietos.

En página 137, renglón 10 donde dice: no sufrió el vagón que viven los abuelos, debe leerse: no sufrió el bajón que viven los abuelos.

En página 140, renglón 1 donde dice: ya que medida que pasan, debe leerse: ya que a medida que pasan.

En página 150, renglón 6 donde dice: el programa contempla en desarrollo, debe leerse: el programa contempla el desarrollo.

En página 153, renglón 10 donde dice: En general el análisis de los datos confirma las hipótesis planteadas sobre los motivos que condujeron a las familias a recurrir a la institucionalización como una solución inmediata, debe leerse: Del análisis de los datos se derivan las siguientes hipótesis como algunos de los motivos.

En página 155, renglón 11 donde dice: pone en evidencia en retroceso, debe leerse: pone en evidencia el retroceso.

1- INTRODUCCIÓN.....	pág. 7
2- OBJETIVOS DEL TRABAJO.....	pág. 13
3- MARCO TEÓRICO.....	pág. 16
I TERCERA EDAD EN LA SOCIEDAD ACTUAL.....	pág. 17
- El anciano y la sociedad.....	pág. 18
- institucionalización en la Tercera Edad.....	pág. 26
II EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO:	
- Salud y enfermedad.....	pág. 33
III GENERALIDADES DE DEMENCIA.....	pág. 42
- Conceptualización del Síndrome Demencial y Reseña de sus características.....	pág. 43
- Impacto del Síndrome Demencial en la Red Primaria.....	pág. 49
- Aspectos de la carga sufrida por los cuidadores de ancianos con Síndrome Demencial.....	pág. 52
IV VEJEZ Y SOPORTE SOCIAL.....	pág. 57
- Conceptualización General sobre Vejez y Familia.....	pág. 58
- El Rol de la Familia en la Ancianidad.....	pág. 61
- Importancia de las Redes Sociales en la Vejez.....	pág. 66
V ASPECTOS DEMOGRÁFICOS - SOCIALES DE LA POBLACIÓN DE EDAD AVANZADA.....	pág. 73
VI POLÍTICAS SOCIALES PARA LA TERCERA EDAD.....	pág. 81
- Breve referencia sobre Políticas y Rol del Trabajador Social.....	pág. 82
4- ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	pág. 91
5- ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	pág. 100
- Datos de base del geronte.....	pág. 101
- Estructura y función.....	pág. 108
- Situación socioeconómica.....	pág. 114
- Situación sanitaria del grupo conviviente previo a la internación.....	pág. 116
- Tipo de relación del grupo conviviente con el geronte.....	pág. 118
- Discurso Cultural.....	pág. 123
- Conocimiento de las características de la enfermedad, comprensión de los requerimientos para la vida cotidiana y dificultad para contener los emergentes que plantearon dichos requerimientos.....	pág. 127
- Percepción de la situación de internación.....	pág. 137

- Alternativas para resolverlos previo internación.....	pág. 133
- Características del sostén familiar durante la situación de internación.....	pág. 141
- Programas Institucionales a nivel nacional, provincial y municipal.....	pág. 149
6- CONCLUSIÓN.....	pág. 152
7- PROPUESTA.....	pág. 158
8- BIBLIOGRAFÍA GENERAL.....	pág. 167
9- ANEXO.....	pág. 172
- Instrumento de recolección de datos.....	pág. 173
- Los que cuidan mayores con impedimentos físicos.....	pág. 177
- Que podemos hacer cuando nos sentimos desbordados por la situación.....	pág. 179
- Resolviendo el conflicto entre todos.....	pág. 182

Introducción

Envejecer es inevitable, es un proceso inherente a la vida, es una etapa integral del desarrollo biológico que se inicia con la concepción y finaliza con la muerte. Si bien es un fenómeno universal la forma de envejecer es particular.

Se puede transitar resignadamente el proceso de envejecimiento o se puede tratar de afrontar las pequeñas o grandes claudicaciones que pudieran presentarse en esta etapa para mejorar la calidad de vida.

Hablar de calidad de vida, supone un estado psicofísico y un contexto donde las posibilidades personales y familiares van a estar condicionadas por aspectos físicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales, económicos y políticos.

Nuestra sociedad gira fundamentalmente alrededor de los conceptos de poder, rentabilidad y consumo, y llegar a la ancianidad supone perder el lugar en esa sociedad debido a que en este contexto subyacen valoraciones ligadas a la eficiencia que no priorizan la condición humana ni la solidaridad cooperativa, dejando tanto a los ancianos como a otros sectores de la sociedad en situación desfavorable. No obstante existen diversas disciplinas interesadas en la atención y bienestar de los gerontes incluyendo el Trabajo Social.

La consideración de la ancianidad como una etapa negativa hace referencia a perspectivas teóricas ya superadas. Esta posibilidad puede deberse a que, por un lado, constituye una etapa vital que puede tener y

tiene elementos de desarrollo personal y por otro lado, a que actualmente se está trabajando sobre el concepto de ENVEJECIMIENTO ACTIVO. Dicho concepto apunta a la posibilidad de que el anciano se integre activamente a su comunidad y que coopere y participe dentro de ésta.

Según datos del último censo de población (1991), la proporción de personas de 60 años y más en el país ha pasado de un 7% en 1950 al 13% a comienzo de la década del '90 (4.198.148 ancianos), lo que permite hablar desde el punto de vista demográfico de POBLACIÓN ENVEJECIDA. La provincia de Bs. As. Refleja ese crecimiento y en su interior la ciudad de Mar del Plata tiene un 16% de población mayor de 60 años mostrando un importante flujo migratorio añoso de diversas procedencias que se asientan para vivir la última etapa de su vida en la llamada "ciudad feliz".

En la ciudad de Mar del Plata la respuesta institucional diferenciada según los grados de dependencia carece de una adecuada estructura.

Resulta significativo que el incremento observado de programas de apoyo a la vejez centrados en la internación, no tenga un correlato con programas que permiten otras alternativas para situaciones personales y familiares particulares.

Diferentes tipos y niveles de dependencia reciben similar propuesta institucional a la que muy pocos pueden acceder y en muchos casos, ninguna acorde con un particular requerimiento.

Ante una estructura de servicios deficitaria con retroceso de las políticas sociales y de la seguridad social no se generan alternativas intermedias para el cuidado de los ancianos; por lo tanto la internación de larga estadía pareciera ser la única opción viable para la familia.

A partir de cierta edad es frecuente la presencia de pequeños o grandes problemas de funcionamiento del organismo y alteraciones que ocasionan molestias; pero en ciertas oportunidades las enfermedades en la vejez suelen tener repercusiones más trascendentales, pudiendo surgir problemas de salud mental, siendo los más frecuentes: la depresión, los problemas relacionados con el consumo de alcohol y medicamentos y el síndrome demencial.

Si bien se cree que el ideal para una persona mayor es vivir en su hogar, la realidad muestra que un porcentaje determinado de ancianos vive institucionalizado (entre 1,2% y 1,5%).

La experiencia de campo efectuada por una de las autoras en el Hogar San Jorge II permitió una primera aproximación a la internación geriátrica de personas con padecimientos psíquicos. Dicha instancia originó la necesidad de investigar particularmente los motivos que condujeron a esas familias de gerontes con diagnóstico de síndrome demencial (estadio inicial) a recurrir a la internación.

Según Pablo Gabay y Mónica Fernández (2000) el síndrome demencial se define como un “conjunto de trastornos caracterizado por una

decadencia adquirida y global de las funciones intelectuales, de naturaleza orgánica- metabólica o estructural- que produce una desintegración de las conductas sociales y personales del paciente y que, frecuentemente presente un curso progresivo y crónico que va de leve a moderado y severo e irreversible”.

Por lo anteriormente expuesto el interrogante que se les plantea a las autoras es: ¿ cómo influye la situación socioeconómica, afectiva y cultural de la familia del anciano con diagnóstico de síndrome demencial sobre la internación geriátrica?.

De todos estos factores intervinientes en esta problemática, las autoras pondrán énfasis en el comportamiento de los familiares, en el del cuidador principal y en el de las redes secundarias; ya que consideran que la acción conjunta cumple un rol preponderante de contención, educación y apoyo hacia el anciano.

Con este trabajo de investigación no se pretende hacer una generalización, sino tratar de descubrir los motivos singulares que llevaron a estas familias a tomar tal decisión.

Se seleccionó una franja etarea de 10 ancianos con síndrome demencial leve porque se considera que éstos tienen la posibilidad de acceder a otras alternativas y no necesariamente recurrir a la internación como única instancia.

El trabajo está estructurado de la siguiente manera: una primera parte compuesta por un marco teórico, cuyo contenido se relaciona con postulados, supuestos, categorías y conceptos que sirven de referencia para orientar y entender la problemática de investigación. El marco teórico que utilizamos se derivó de la teoría desde la cual interpretamos la realidad.

Una segunda parte: el trabajo de campo donde se exponen los aspectos metodológicos los cuales expresan el procedimiento utilizado en forma ordenada para llevar a cabo la investigación. El proceso de recogida de datos a través del contacto directo con las familias e informantes calificados y el análisis de los datos cuyo propósito es resumir y comparar las observaciones llevadas a cabo con el fin de proporcionar respuestas a los interrogantes de la investigación, o sea, al problema formulado.

El último apartado hace mención a las conclusiones arribadas finalizando con una propuesta en torno a pautas que pueden tomarse en cuenta tanto en la generación de alternativas intermedias de larga estadía; como en la orientación social de familias que afrontan este padecimiento.

OBJETIVOS DEL TRABAJO

GENERAL

❖ Analizar la situación socio- económica, afectiva y cultural de un grupo de ancianos institucionalizados con diagnóstico de síndrome demencial leve para comprender los motivos que influyen o influyeron en la decisión de internación geriátrica.

ESPECÍFICOS

- ❖ Conocer la calidad de vida del anciano previo a la internación.
- ❖ Determinar el grado de dependencia real para las actividades de la vida cotidiana.
- ❖ Distinguir la configuración de la red social de pertenencia y sus recursos materiales, afectivos e informativos.
- ❖ Identificar el grado de información que posee la familia con respecto al síndrome demencial.
- ❖ Indagar sobre los valores y pautas culturales que intervienen en la toma de decisiones de las familias que inician la internación.
- ❖ Conocer los programas vigentes del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (I. N. S. S. J. P.) a nivel municipal, provincial y nacional respecto de la ayuda a personas con diagnóstico de síndrome demencial.

❖ Proponer alternativas factibles de ser abordadas desde el Trabajo Social en relación al padecimiento que nos ocupa en el contexto familiar e institucional.

Marco Teórico

Tercera Edad en la Sociedad Actual

EL ANCIANO Y LA SOCIEDAD

La Tercera Edad es un período que abarca los años que preceden y siguen inmediatamente al cese del trabajo.

Ésta tiene una realidad propia dentro del contexto general de nuestras sociedades modernas, y como tal tiene que ser reconocida, estudiada y debidamente comprendida.

En la actualidad, llegar a la ancianidad supone perder el lugar en esa sociedad.

El status del anciano, el de jubilado, significa a menudo “ quedar al margen de”...; no tener normas ni expectativas por lo tanto no tener rol social. El lugar que ocupaba en otros tiempos, cuando se lo valorizaba por sus conocimientos y experiencia, ha desaparecido sin haber sido reemplazado.

Una vez jubilado representa una carga para la sociedad, por el coste de las pensiones de vejez y por creer que ésta es sinónimo de pasividad. Dicha creencia conlleva a pensar en políticas sociales que contribuyen a sostener esa carga y medicalizar la vejez, lo cual significa atender a esta concepción como deterioro físico, orgánico o funcional.

En cambio pensar en el anciano como sujeto social supone otro mensaje de carácter social denominado “envejecimiento activo” debido

a que surge la posibilidad de generar políticas sociales, programas sociales y proyectos desde una perspectiva participativa en donde el geronte comience a tener protagonismo, intervención y termine diciendo que hacer con su vida.

La sociedad legitima criterios de prestigio a partir del status económico obtenido a través del trabajo y la integración social es un proceso continuo, complejo y circular.

Muchos ancianos optan por desarraigarse de la sociedad por decisión propia o porque son forzados por las mismas actitudes de la sociedad. El punto principal acerca del retraimiento, es que tanto la sociedad como los individuos se involucran en este proceso y que la situación puede, ser creada o reformulada positiva o negativamente.

Por un lado actitudes y valores de una sociedad que provee pocas oportunidades para una participación continua en ésta. Por otro lado algunas personas de edad avanzada son una copia al carbón de lo que fueron de jóvenes; responden a las situaciones de acuerdo a sus recursos personales y características de personalidad.

La educación de adultos es muy importante, ya que ofrece a los ancianos la posibilidad de conocer e interpretar su propia experiencia y en ciertos casos ayuda a que se adapten a los rápidos cambios que se producen, a comprender la tecnología actual, lo que comportara su

integración en la sociedad proporcionándoles al mismo tiempo medios para hacer mayor presión social.

Es la sociedad quién aleja al anciano de esa misma sociedad, sosteniendo una escala de valores que no tiene en cuenta ni los aportes significativos que puede brindar ni los bienes y servicios que garantice su pertenencia social.

La vida social de anciano esta directamente relacionada con la salud física, el equilibrio psíquico, el nivel socioeconómico y las políticas que se definan para su seguridad.

Frente a los comportamientos sociales restrictivos característicos de algunas personas mayores, hay otros más expansivos que se basan en una actividad social normalmente intensa y apoyada además en el mayor tiempo libre del que se dispone a esta edad. Dichos comportamientos son reforzados o generados por concepciones de la salud ligadas al concepto de calidad de vida.

El término calidad de vida implica “ un estado de sensación de bienestar en las áreas de salud psicofísica y socioeconómica. Su objetivo es la satisfacción de las necesidades y demandas del individuo en cada etapa de su vida” (1)

La calidad de vida de la persona en la tercera edad está multideterminada por aspectos biológicos, psicológicos , políticos y

culturales que se influyen recíprocamente. Habrá tantos patrones de envejecimiento como personas haya y sociedades existan.

Existen variables que condicionan positivamente un proceso de adaptación activa a la vejez y las mismas repercuten en diferente manera, de persona a persona al igual que de sociedad en sociedad. Sexo, clase, religión, personalidad, educación, status económico y pautas culturales, son de índole social e individual y van a hacer que el proceso de envejecer difiera de una persona a otra.

En este proceso van a darse una serie de cambios con eventos críticos y naturales que requerirán una resignificación del proyecto vital, personal y familiar.

A) Cambios en el trabajo

* retiro o jubilación unida a reducción de ingresos. En la sociedad actual éste es uno de los cambios más significativos en la vida de las personas. En términos generales se plantea que la jubilación presenta varios problemas de ajuste para el individuo derivando en privación financiera para muchos, crisis de identidad y pérdida de rol o status. Para otros el retiro es un proceso real en las sociedades actuales, es algo para lo cual nos preparamos o ante lo cual en ocasiones nos sentimos amenazados. Los ancianos tienen dos posibilidades: continuar laborando en condiciones de competencia, muchas veces, desfavorables con grupos de menor edad o retirarse protegido o no por una jubilación; que

hoy por hoy no brinda una buena calidad y cantidad de servicios asistenciales para mejorar su calidad de vida, en virtud de que los beneficios no son acordes a los aportes que se efectuaron a lo largo de la vida.

La consecuencia mayor y más inmediata del retiro es la económica. Otra es la emocional. Además de ser fuente de ingreso, el trabajo les da a las personas un sentido de independencia, de autosuficiencia, de identidad y le da sentido a sus relaciones sociales con sus familiares y compañeros.

Pareciera que las características de la personalidad y el grado de socialización alcanzado, así como los recursos económicos van a facilitar una nueva organización del tiempo con un corrimiento hacia otras áreas de despliegue del soporte vital. En personas con tendencias al aislamiento se daría una situación vital cada vez más restrictiva.

B) Cambios en la salud:

*La decadencia gradual de los órganos y sentidos que acompaña al proceso de envejecer, puede afectar el funcionamiento de la persona, su movilidad, su participación en actividades y comunicación con el mundo que le rodea; dicha decadencia se verá condicionada por el estado civil de la persona (casada, viuda o divorciada) y por el rol de mejor protagonismo o no en la pareja. De esta manera la familia se verá demandada en todos los

aspectos (económico, político, social, etc.) produciendo mayor impacto, en el caso en que el cónyuge fallecido, haya sido el pilar fundamental en la pareja.

C) Cambios en el ciclo de vida familiar:

El proceso evolutivo puede ser mirado como un continuo de ciclos personales y familiares desde el nacimiento hasta la muerte. La tercera edad se ve afectada particularmente por dos: la etapa del nido vacío y la abuelitud.

*Etapa del nido vacío: es la etapa cuando el último hijo abandona el hogar, sea por casamiento o por independizarse económicamente.

*Etapa del abuelo o abuela: ésta es una parte muy importante de la dinámica familiar, en nuestras culturas es una fuente de satisfacción para muchas personas. La relación con los nietos y nietas tiene mucho significado simbólico y afectivo para las personas de edad avanzada. En muchos hogares la función del abuelo o abuela viene a aliviar la situación económica permitiendo a miembros jóvenes de la familia poder trabajar fuera del hogar mientras se les cuida a los niños. Esto provee instancias para que la persona de edad avanzada se sienta útil.

D) Cambios en el estado civil:

Cuando las personas no se han divorciado y sobreviene la muerte de uno de los cónyuges, la soledad es el peor problema a que se enfrentan las personas que enviudan. El ajuste a la viudez conlleva un proceso parecido al del retiro. En la mujer tiene un mayor impacto en el área económica ya que tradicionalmente ha dependido de los ingresos del varón para su subsistencia.

En relación a la edad, cuanto más avanzada es, existe mayor efecto de la pérdida y más difícil el ajuste; respecto del sexo se ha encontrado que el reajuste, el emocional, es más difícil para los hombres y el ajuste económico más difícil para las mujeres. En relación a las pautas culturales: algunos logran ir acomodándose a los cambios que se van produciendo, pero en general son comunes los problemas de adaptación, algunos se refugian en el aislamiento desconectándose del mundo exterior, otros comienzan a depender constantemente de los demás.

Hay ancianos que buscan realizar otra actividad y continuar relacionándose con el medio y su entorno, porque su independencia es tan valiosa como la propia vida.

Para muchos ancianos nada es tan importante y quizás tan difícil como mantener un lugar adecuado en la comunidad que lo rodea

E) Cambios en la relocalización de tipo comunitaria e institucional:

Los cambios de residencias son otra fuente de ajuste o adaptación en la vejez. La relocalización implica un desafío adaptativo para las personas y muchas veces puede impactar seriamente la vida de éstas y hasta acelerar la muerte.

Existen dos tipos de relocalización en la vida de las personas de mayor edad:

*comunitaria: es el cambio a casas de familiares, a viviendas más pequeñas o económicas, cambio de vecindario o edificio de vida independiente para ancianos.

Muchas veces es voluntario, si bien implica adaptación, no causa mucho impacto de forma negativa.

*institucional: este tipo de relocalización se caracteriza porque el individuo cesa de tener un estilo de vida independiente y en muchas ocasiones el cambio es involuntario. Este tipo de arreglo, por razones de salud o falta de recursos de apoyo, puede hacerse necesario

La presencia de sistemas de apoyo va a influir en el modo de enfrentar los cambios antes citados.

La actitud de la familia es fundamental; es importante su apoyo ya que debe actuar como un agente más en el tratamiento.

El afecto es tan efectivo como el mejor medicamento. El abandono y el olvido son los representantes de la muerte.

Aquellas personas que rodeamos a los ancianos debemos prestarles todo nuestro apoyo emocional y también hacerlos sentirse útiles, creándoles pautas y roles adecuados a su edad, conocimientos y experiencias adquiridas.

INSTITUCIONALIZACIÓN EN LA TERCERA EDAD

En nuestra sociedad es muy frecuente relacionar envejecimiento con institucionalización; en virtud de que existe un correlato de asociaciones que vinculan estos dos términos; resultando complejo establecer distinciones.

Si partimos de pensar en el envejecimiento como un proceso natural con más o menos claudicaciones físicas, psíquicas y sociales; un proceso dinámico multideterminado por aspectos familiares, culturales, políticos y económicos; podríamos ver que una claudicación física, orgánica o funcional tiene problemas de orden médico sociales respecto de la respuesta que la medicina y otros profesionales de la salud pueden ofrecer y problemas socio familiares respecto de las respuestas que la familia y la comunidad pueden brindar.

El rápido crecimiento de las residencias geriátricas constituye una de las características que marca el ritmo de los tiempos que nos toca vivir.

La proliferación de residencias no puede ser explicada solamente por el mayor número de ancianos, pensar esto sería simplificar demasiado la cuestión; tenemos que tener en cuenta motivos sociales, económicos, culturales, políticos, psicológicos y demográficos que configuran un panorama por demás complejo y difícil de abarcar. La sola existencia de los establecimientos geriátricos ejerce una presión muy fuerte para gran parte de la población de gerontes, ya que muchas veces terminan siendo ellos mismos los que se someten al “ritmo de separación” que implica el ingreso a una institución.

El tema de las residencias para la Tercera Edad como alternativa de soporte es difícil y complejo. Las características y circunstancias de cada anciano son distintas y en su diversidad reside seguramente el enfrentamiento de opinión entre los que las defienden y los que las denostan. Para algunos ancianos, la residencia puede ser una muy buena solución, para remediar su soledad, su falta de medios de comunicación e incluso los requerimientos para la vida cotidiana que le imponen sus problemas de salud.

El alejamiento del anciano de su hogar, su vecindario y todo aquello que constituye su referencia y pertenencia no siempre se deriva de una

actitud negligente o delegante de los hijos o de una historia familiar conflictiva.

No solo el anciano carece de seguridad social, hoy por hoy, los hijos y sus nietos la han perdido a raíz de un proyecto político y económico de polarización de recursos y exclusión creciente.

Respecto a la independencia de los ancianos, existe un aumento de la tendencia de éstos a vivir en un hogar independiente de los hijos, pero manteniendo estrecho contacto con ellos, rechazando en lo posible la institucionalización en un hogar geriátrico.

El cuidado familiar de los gerontes dependientes y débiles está generalmente asociado a la crisis económica y la creencia de que esta es la forma más viable de resolver el problema.

Desde una perspectiva más amplia, Daniel Matusevich(1998) considera que las causas de la institucionalización son muy variadas y de diversos tipos, podemos reunir las en tres grandes grupos:

1- Causas físicas: representan el 75% del total de las institucionalizaciones, merecen mencionarse especialmente:

- las consecuencias de los accidentes cerebros vasculares
- las discapacidades motoras (secuelas de fractura, parkinson, artrosis graves)
- los procesos con déficit cognitivo (demencias)
- los trastornos sensoriales (visuales, auditivos)

- la diabetes

2- Causas psicológicas: dentro de este grupo encontramos:

- los temores a morir abandonado
- los sentimientos de representar una molestia para los demás
- trastornos afectivos
- trastornos psicóticos crónicos
- neurosis y trastornos de personalidad

3- Causas sociales: cabe indicar:

- los problemas de vivienda
- la falta de cobertura médica domiciliaria
- abandono familiar
- falta de seguridad social

Estas causas generalmente aparecen asociadas, generan situaciones críticas, con requerimientos y demandas múltiples produciendo diferentes grados de desestructuración familiar.

En cuanto a cuidados y a rehabilitación existe una especie de creencia de que la recuperación tiene que llevarse a cabo en una

institución que facilitaría las cosas en relación al reestablecimiento de funciones. Esta idea está arraigada en una medicalización de la vida, derivando en una confusión: problemas físicos funcionales igual a problemas médicos.

También se genera confusión con respecto a las funciones y responsabilidades que se le atribuyen al geriátrico; ya que si bien su función radica en garantizar un orden doméstico para la alimentación, higiene y vestido; se le asignan otras que debe seguir cumpliendo el hospital tales como los cuidados médicos de enfermería, de rehabilitación. O mucho más cuando se le asignan otras que debe seguir cumpliendo la familia, tales como el apoyo afectivo y el acompañamiento.

De estos niveles de confusión, creemos deriva la idea “cuidados especiales”, gran contexto de justificación de la indicación “geriátricos” a la que apelan todos los involucrados en los diferentes niveles de responsabilidad: hospital, familia, estado, sociedad.

Como señalamos, el análisis de las diversas causas de institucionalización pone de manifiesto que las mismas están muy interrelacionadas, siendo muchas veces difícil determinar específicamente porque se institucionaliza a una persona mayor.

Para Lowenthal (1998) “la institucionalización se produce en la mayoría de los casos cuando la persona a cargo del cuidado del viejo se

agotó física, emocional o financieramente, más que en relación a un empeoramiento de las condiciones del geronte”.

Para Daniel Matusevich(1998) las internaciones breves con fines de rehabilitación son muchas veces la antesala de la internación definitiva, ya que, entre otras cosas se pierde la capacidad de habitar la propia casa y de desenvolverse en el mundo.

Creemos que son perspectivas complementarias que ponen en evidencia que el sistema de sostén es el factor crítico en la institucionalización y no la enfermedad física o mental. Y que el soporte social que requieren las necesidades peculiares de esta etapa de la vida exceden la capacidad y disponibilidad de la persona y la familia e imponen el protagonismo de un estado de bienestar social.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) NATALICIO, Juan Carlos. "Calidad de vida en la Tercera Edad". Asociación Argentina de psiquiatras. Dinamica9-2000. (file://A:dina09-07.htm.)

El Proceso de Envejecimiento: Salud y Enfermedad

“Envejecer no es un proceso ni singular ni simple; es parte integral del desarrollo biológico y de la secuencia de desarrollo del ciclo de vida que comienza desde la concepción y finaliza con la muerte” (1)

Coincidiendo con Sánchez Salgado(1990), desde el punto de vista biológico, hay dos tendencias para explicar al envejecimiento. Una de ellas sostiene que este proceso es el resultado de las contingencias de vida, en palabras sencillas se envejece por uso y desgaste. La otra visión establece que el envejecimiento está genéticamente programado por algún tipo de reloj biológico.

El ser humano evoluciona de su aspecto biológico y por lo tanto la etapa y el proceso de envejecer no debe verse como una etapa final, sino como una etapa de maduración y de evolución del ser humano. Envejecer no es una enfermedad, es un proceso biológico, aunque no cabe duda que durante la vejez aumenta la probabilidad de enfermar. Las arrugas y el color de la piel, el pelo canoso, los huesos más frágiles, son evidencias de un proceso biológico irreversible.

“El envejecimiento es un concepto cultural además de ser un proceso biológico, por lo tanto implica al menos cuatro aspectos que se influyen recíprocamente.

El primero es el aspecto biofisiológico que consiste en dos partes: la biológica y la fisiológica. La parte biológica tiene que ver con cambios en

la apariencia física, la declinación gradual del vigor y la pérdida de la habilidad física para resistir enfermedades o condiciones a las que se enfrenta eventualmente el individuo por exposición a condiciones ambientales. Los biólogos se refieren a este proceso como “senectud” o “senescencia” (envejecimiento biológico normal).

El envejecimiento biológico no ocurre en todos los individuos de igual forma. Los diferentes sistemas de organismos no envejecen al mismo ritmo, algunos experimentan una pérdida mayor de funciones que otros”.(2)

A medida que se envejece el cuerpo muestra cambios diversos: el pelo blanquea y ralea, el vello también encanece. Se caen los dientes, la pérdida de los mismos entraña un achicamiento de la parte inferior del rostro, de modo que la nariz que se alarga verticalmente a causa de la atrofia de los tejidos elásticos se acerca al mentón. Por deshidratación y como consecuencia de la pérdida de elasticidad del tejido dérmico subyacente, la piel se arruga.

El esqueleto también se modifica: los discos de la columna vertebral se comprimen y los cuerpos vertebrales se aplastan. Los huesos se vuelven frágiles y esponjosos.

La fuerza muscular disminuye: los nervios motores transmiten con menor velocidad las excitaciones y las reacciones son más lentas.

El corazón sufre una alteración: pérdida progresiva de las facultades de adaptación, la circulación cerebral se hace más lenta las venas pierden su elasticidad, el rendimiento cardíaco disminuye, la tensión aumenta.

Puede haber alteraciones a nivel de los diferentes sistemas: nervioso, cardíaco, renal, digestivo, respiratorio, etc.

“El segundo aspecto, el psicológico, trata de los procesos sensoriales, destrezas motoras, percepciones, inteligencia, habilidad de resolver problemas, entendimiento, procesos de aprendizaje, impulsos y emociones de las personas de edad avanzada”(3)

Surgen una serie de cambios en las distintas esferas de la personalidad, estas dependen en gran medida del estado general del anciano, de su nivel intelectual y cultural y del medio en que vive.

El abandono, la falta de cariño y comprensión producen un deterioro mayor. Los rasgos de carácter que generalmente aparecen son: egocéntricos (demandan atención continua); resistencia al cambio; refugio en el pasado; intolerancia a la espera; tozudez; mal humor; irritabilidad; aislamiento; retraimiento; tristeza y desvalorización de sí mismo.

“ Los cambios biológicos y psicológicos que ocurren a medida que se avanza en edad, se comparan con el ambiente social del individuo para producir un tercer aspecto: el del comportamiento. Éste se relaciona con

las actitudes, expectativas, motivación, auto-imagen, roles sociales, personalidad y ajustes psicológicos a la vejez.

Finalmente el aspecto sociológico del envejecimiento se vincula con la sociedad en que ocurre este proceso; la influencia que ésta tiene en los individuos según envejecen y la influencia que los individuos tienen a su vez en la sociedad” (4)

El producto final del envejecimiento es el resultado de la interacción entre el componente genético, el organismo y el ambiente en que se desenvuelve cada uno.

El proceso de envejecimiento envuelve tanto aspectos físicos como sociales y la etapa de la vejez es una más en la vida de las personas.

El aspecto social es uno de los más importantes que debemos tener en cuenta en el anciano, ya que en esta etapa de su vida se producen muchos cambios a nivel socioeconómico, cultural y familiar.

Algunos ancianos logran ir adaptándose a los cambios que se van produciendo pero en general son comunes los problemas de adaptación, algunos se refugian en el aislamiento, desconectándose del mundo exterior. El apoyo de la familia es tan efectivo como el mejor medicamento.

Hay ancianos que buscan realizar otra actividad y continúan relacionándose con el medio y su entorno porque su independencia es tan valiosa como la propia vida.

“ El medio social y cultural en que transcurre la vida de cada uno de nosotros tiene profundos efectos en nuestras condiciones de salud y enfermedad. Nuestro contexto social y nuestro estilo de vida tienen gran importancia como factores determinantes de nuestra susceptibilidad a las enfermedades crónicas” (5)

“ La salud no es un estado, tampoco lo es la enfermedad; ambas son parte de un proceso multidimensional y fluctuante. En el transcurso de la vida nos acercamos a uno u otro extremo- salud/ enfermedad (y muerte)- según se rompa o se refuerce el equilibrio dinámico de la interacción permanente de diferentes factores: físicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales” (6)

La salud de cada individuo depende en gran medida del contexto social y cultural en que vive.

Existe la actitud errónea de equiparar a la persona anciana con la persona enferma, como si por el hecho de ser una persona mayor tuviera que estar necesariamente enferma. En realidad, existen personas de edad muy avanzada que son poseedoras de un excelente estado de salud, aunque tengan alguna enfermedad, a veces crónica, pues ello no les impide desarrollar el tipo de vida para el que se sienten motivados de acuerdo a sus posibilidades.

“Los ancianos tiene una relación especial con su salud, mucho más intensa que las personas más jóvenes. El anciano que sabe que debe preocuparse por su salud y, por lo tanto, que debe mantener su forma física y hacer un tipo de vida adecuado, busca en el médico orientación y consejo. Probablemente el geronte sea el mayor consumidor de medicina preventiva, en la medida en que las claudicaciones alertan sobre la enfermedad o disfunción de tipo crónico” (7)

Hay que pensar que en la vida de un geronte cada presentación de un trastorno más o menos invalidante representa un pequeño freno en su capacidad de desarrollar una vida normal autosuficiente.

El aumento de la invalidez supone una limitación a la autonomía y también cierto tono depresivo, a la vez que mayor facilidad para propiciar depresiones.

Las enfermedades en la vejez puede suponer dejar de practicar las actividades que realizaba habitualmente.

“Muchos ancianos se perciben a sí mismos como individuos con una carga de experiencia a ofrecer y con sensación de bienestar. Consideran que envejecer no implica una declinación progresiva o por lo menos incontrolable. Esta satisfacción con la vida, no obstante, debe estar apoyada en la seguridad económica y social, una nutrición adecuada, un estado de salud relativamente bueno y relaciones familiares continentes. Fallando cualquiera de ellos, la percepción de bienestar se modifica tanto transitoria

como permanentemente. Por su parte los factores socioeconómicos gravitan poderosamente en la sensación de bienestar general de los ancianos, los bajos ingresos por beneficios jubilatorios, o su ausencia así como deficiente o ninguna cobertura médica- social, generan distintos grados de satisfacción por la vida, alterándola". (8)

Es destacable también la importancia de la contención familiar en la vida del anciano. Aquellos que mantienen lazos afectivos activos con su familia (casados, con hijos, nietos o sobrinos) viven más años que quienes carecen de red socio-familiar.

Para paliar los efectos de envejecimiento, se considera importante y estimulante, el hecho de vivir con ilusión y con una actitud creativa frente a la vida, de no desconectarse de la relación social, del contacto con amigos y del contacto corporal con ejercicios y con la naturaleza.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) y (2) SÁNCHEZ SALGADO , Carmen D. “ Trabajo Social y Vejez: Teoría e Intervención”.

Cap. I. Pag 11. Ed. Humanitas Bs. A.s 1990

(3) y (4). Op.Cit. Cap. I.Pág 12,13 y 14

(5) WOOD, Clive. “ La gente y la salud, cultura, estilo de vida y enfermedades crónicas” en Foro Mundial de la Salud.1982

(6) TAUCAR, Nada. MALLO, Lilian y CASTELLANOS, Beatriz. “ La perspectiva de red para el Servicio Social”. Pág. 197 en Trabajo Social con Grupos y Redes. Enrique Di Carlo y Equipo Ed Humanitas. 1997

(7) ROÍG CORBELLA, Joan. “ La salud y la enfermedad en la Tercera Edad”. En enciclopedia Descubrir la Psicología. Vol 29. Pág 7 . Editorial Folio. S.A. Barcelona. 1994

(8) NATALICIO, Juan Carlos. “ Calidad de vida en la Tercera Edad”. Asociación Argentina de Psiquiatras. Dinámica 9.2000(file://A:dina09-07htm)

Generalidades de Demencia

CONCEPTUALIZACION DEL SÍNDROME DEMENCIAL Y RESEÑA DE SUS CARACTERÍSTICAS

Según Fernando Agüera Ortiz (1998), la demencia es un síndrome que ha de entenderse como un declinar de determinadas funciones superiores, entre ellas la memoria, en relación con el nivel de funcionamiento previo del paciente. A estas dificultades se añade un deterioro del pensamiento abstracto y de la capacidad de razonar que permiten clasificar la demencia como un trastorno de la inteligencia.

“ El síndrome demencial puede tener diversas etiologías, pero para ser clasificado como tal, la situación clínica ha de revestir las siguientes características:

- 1- Nivel de conciencia normal: un paciente puede sufrir cualquier trastorno que suponga un descenso en el nivel de conciencia de forma intercurrente, pero el diagnóstico de demencia sólo puede hacerse en ausencia de éste.
2. Ser adquirido: se trata de una situación clínica que el paciente no poseía previamente.
3. Ser persistente en el tiempo: la duración ha de ser de al menos semanas o meses.
4. Afectar a diferentes funciones: aunque el deterioro no es necesariamente difuso global como ocurre en la enfermedad de Alzheimer, se trata de un

síndrome que altera el funcionamiento intelectual y psicológico de forma extensa y afecta varias funciones cognitivas.

5. Tener un repercusión apreciable: aunque esta circunstancia puede no darse de forma obvia en las demencias incipientes requiere esta afectación para realizar el diagnóstico de demencia” (1)

Es de naturaleza orgánica, adquirida y evoluciona regularmente hacia la desintegración de las conductas sociales y personales del paciente que las padece. Se presenta en sujetos ancianos o menos ancianos, cuando existe una enfermedad intercurrente, que hasta entonces no presentaba ningún signo de deterioro, más allá del normal crecimiento vital que comporta la ancianidad.

Normalmente los procesos de demencia se inician en la etapa presenil (50-65 años) o senil (más de 65 años).

El proceso de demencia habitualmente es progresivo, suele tener un comienzo larvado, ya que se inicia con síntomas de inhibición psíquica, disminución de la capacidad de concentración, fallas en el rendimiento intelectual y en el lenguaje, deterioro del juicio, desorientación espacial y temporal con alteraciones del tono afectivo, incapacidad de realizar tareas habituales, hasta que se afecta la memoria y ya no se reconocen a familiares ni amigos, se producen desórdenes de conducta y se empobrece la acumulación de experiencias individuales lo que puede llevar a la desestructuración de la personalidad.

La frecuencia de demencias está aumentado en la medida en que se alarga la longevidad de los individuos, que en los países industrializados se acerca o sobre pasa los 70 años, con tendencia a superar esta cifra.

“El porcentaje de sujetos mayores de 60-65 años afectados por un cuadro demencial en un momento dado difiere desde 1% a 20- 32 %. Se puede considerar que un 5% al 10% de sujetos de edad superior a 60 años se encuentra afectado por demencias moderadas o severas y otro 20% presenta síntomas de deterioro psíquico; estos porcentajes sufren un crecimiento exponencial con la edad, duplicando la prevalencia cada 5 años. A la edad de 80 años el 20% de los individuos presenta cuadros compatibles con demencia”.(2)

La demencia más común es la enfermedad de Alzheimer, la cual determina una pérdida de memoria y de capacidades intelectivas lentamente progresiva a lo largo de varios años. Este deterioro intelectual no suele asociarse con una alteración de la afectividad por lo que estos pacientes suelen estar bien integrados en su medio. La demencia de causa vascular tiene con frecuencia una evolución ondulante y se suele asociar a déficit motor (hemiplejía) o a alteraciones del lenguaje. En otros tipos de demencia la apariencia clínica y evolutiva puede ser muy diferente, e incluso puede ser regresiva como en algunas demencias vasculares o en la secundaria a un traumatismo craneal. La mayoría de las demencias producidas por enfermedades abiotróficas o degenerativas del cerebro

(enfermedad de Alzheimer , Parkinson, Pick y otras) no tienen tratamiento curativo, aunque algunos fármacos producen discretas mejorías en algunos pacientes.

Los síntomas demenciales aparecen después de afecciones reversibles, cuyo tratamiento puede hacer remitir el cuadro. El síntoma inicial de la demencia gira alrededor de la sensación de haber perdido la memoria. Con frecuencia, el propio interesado es el único que realmente percibe: se siente “despistado”, no recuerda que es lo que ha ido a buscar a una habitación o se olvida de efectuar alguna de las actividades rutinarias y cotidianas.

Lo primero que olvidan estos enfermos es lo más reciente; esto es debido a que en realidad los últimos antecedentes no han sido fijados correctamente.

Puede recordar con claridad los acontecimientos de infancia y juventud mientras que lo ocurrido en días recientes aparece borroso u olvidado, porque no ha sido registrado ni retenido.

“Para realizar el diagnóstico de síndrome demencial debe exigirse como criterio que el deterioro intelectual esté integrado con el quiebre de la personalidad; ejemplificando este criterio Roa (1982) dice que el ama de casa, aunque muestre deterioro intelectual, no puede ser diagnosticada demente si sabe que tiene que hacer la comida y ejerce la función con responsabilidad.

El demente da muestras de pérdida de la capacidad judicativa al fallar en la crítica de su enfermedad y de la realidad.

Administrando el método comprensivo es posible calificar una conducta como demencial cuando, con la base de un deterioro intelectual, surge sin respetar la continuidad histórico vital del individuo; en este caso, la acción aparece sin tener relación de sentido con la personalidad previa ni con su historia vivencial y resulta incomprensible .

Algunas señales de trastornos instrumentales pueden ser dadas tanto por las quejas del paciente o del familiar: imperfección en las tareas hogareñas o laborales, incapacidad para adquirir nuevos conocimientos o de comprender la información periodística, el aprendizaje es la potencialidad afectada más tempranamente.

La conducta y el aspecto expresan, en ocasiones, abandono de sí mismo, descuido de la higiene, desprecio por normas convencionales sociales, desinhibición sexual, robos sin medir consecuencias, negación y ocultamiento de los déficit. La mayoría de las quejas subjetivas suelen escucharse tempranamente respecto a la memoria. El geronte normalmente olvida algunas fechas; su olvido es variable y suele recordar eventos aunque le cueste precisar la cronología.

En el pensamiento puede detectarse precozmente alteraciones del curso: mínima difusión o vaguedad, frases hechas, recursos antiguos y estereotipados.

Tiene mucho valor la concretización operacional que puede pasar desapercibida al observador no precavido, dado que el enfermo utiliza estrategias evasivas, irónicas y autojustificantes que la disimulan.

La enfermedad puede comenzar con un trastorno aparentemente depresivo, pero sin pérdida de autoestima. La apatía y la reclusión o el aislamiento también son datos significativos. EL elemento semiológico fundamental de esta área lo constituye la peculiar combinación de sentimientos angustiantes e irritabilidad y fastidio.

El enfermo en los comienzos de su deterioro puede reaccionar desproporcionadamente a los estímulos adversos o conflictivos.

El diagnóstico de síndrome demencial se elabora a través de datos obtenidos fundamentalmente de entrevistas con el enfermo y con informantes sean éstas estructuradas o no y de la testificación.

Las manifestaciones tempranas son olvidos déficit en la concentración, apatía, aislamiento.

El tratamiento y asesoramiento a la familia ocupa un lugar preminente, pues de la conservación de la integridad y funcionalidad de la familia dependen las posibilidades de asimilar y administrar adecuadamente el futuro del enfermo.

Por otra parte suelen concurrir problemas en el resto de componentes familiares que determinan riesgos variados, desde maltrato al anciano hasta depresiones y agotamiento” (3)

IMPACTO DEL SINDROME DEMENCIAL EN LA RED PRIMARIA

Las familias proporcionan una amplia variedad de cuidados que suelen ser muy flexibles en cantidad, calidad y tiempo. Ayudan al demente en su higiene personal y funciones domésticas, con frecuencia son su soporte financiero, y sobre todo emocional. También cumplen otras funciones: acompañan, dan consejos de diversa índole y ayudan en su desvalimiento. El cuidado que proporciona al demente cambia a medida que progresa la enfermedad. Los hijos o familiares sufren viendo como se deteriora el ser querido y como día a día va creciendo la necesidad de cuidados extras, y no se acaba aunque el paciente ingrese en una residencia o institución. Esta flexibilidad distingue los cuidados informales (familiares, amigos) de los formales (en general contratados).

Aunque todo el entramado familiar y social (amigos, asistencia social) contribuye al cuidado del demente, con gran frecuencia el paciente con demencia moderada o grave requiere la atención de un cuidador principal, en general, cónyuge o hijo.

Otros aspectos interesantes de la problemática familiar en la demencia son: el análisis de los cambios en las relaciones que conlleva la existencia de diferentes tipos de cuidadores, esposa/o, hijas, hijos u otros

familiares; la dinámica familiar que conduce a que un determinado miembro acepte el rol de cuidador y el stress que para la red primaria supone el demente tanto en casa como institucionalizado.

El grado de aceptación o rechazo que la enfermedad o diversos matices de la misma produce en el núcleo familiar, es otro aspecto a tener en cuenta .

Con la enfermedad del mayor, los chicos de la familia también sufren las consecuencias: su rutina se rompe y necesitan contención afectivo-emocional, guía o disciplina extra

Los cuidadores informales de personas con demencia poseen características comunes, como son la supeditación intensa al paciente y como consecuencia la alteración de su vida personal: desequilibrio de las relaciones sociales y familiares, un impacto importante sobre la salud y, en general, un cambio sustancial en la vida del sujeto que asume los cuidados.

El cuidado informal de los pacientes con demencia tiene interesantes peculiaridades que se articulan a través de :

- la estructura familiar (la composición de cada hogar)
- la existencia de uno o más cuidadores principales y los factores asociados al trabajo desempeñados por éstos (carga emocional y física)
- y la elaboración de diversas estrategias del seno familiar para cuidar al paciente con demencia: rotación de éste en varios domicilios,

contratación de personal, colaboración de otros miembros de la familia.

De acuerdo con el nivel de deterioro de quién padece la enfermedad, es el tipo de cuidado y atención que se requiere. A medida que la demencia progresa se necesita de supervisión permanente. Esta situación golpea con fuerza en la dinámica del grupo familiar.

En la asistencia al enfermo con síndrome demencial, la familia se constituye en un valioso instrumento terapéutico y de continencia para vehicular todo tipo de ayuda y de cuidados sanitarios.

Según la información brindada por la Lic. en Servicio Social Cristina Alvarez (quién se desempeña en el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Privado de Comunidad. Es Coordinadora del Grupo de Autoayuda Mal de Alzheimer GAMA y está especializada en Gerontología); la edad de los cuidadores se sitúa, en más del 60% de los casos, entre los 50 años y más. Un 10% sobrepasa los 75 años de edad. Esto indica que, generalmente, los hijos son quienes se hacen cargo de ayudar a sus padres enfermos. Esta situación supone un detrimento significativo en la atención de sus familias, en las actividades laborales; y, cambios significativos en los roles cotidianos.

Pero además de los señalados, otra serie de factores psicosociales interfieren en la capacidad de ayuda del familiar o cuidador a saber:

A) Sentimientos de culpabilidad

- B) Sentimientos ambivalentes de amor y odio
- C) Dificultad para el uso de los recursos
- D) Dificultad para compartir el cuidado del paciente
- E) Dificultad comunicacional con los integrantes del grupo familiar

Por lo tanto es fundamental el apoyo y orientación que los cuidadores puedan recibir.

La existencia de recursos alternativos permite dar respuestas a las familias para sobrellevar esta situación que genera altos niveles de “stress”. La posibilidad de contar con un recurso humano capacitado en esta patología favorece la calidad de vida de los pacientes

ASPECTOS DE LA CARGA SUFRIDA POR LOS CUIDADORES DE ANCIANOS CON SÍNDROME DEMENCIAL

“La carga sufrida por el cuidador es un concepto complejo que describe los efectos estresantes por tener una persona cercana en la convivencia a su cuidado. Cuando los cuidados son dirigidos hacia un familiar anciano, más aún cuando éste manifiesta grados de incapacidad funcional como es el caso del anciano con demencia, dicha carga no sólo afecta al cuidador principal sino que también influye sobre toda la dinámica de la estructura familiar de éste”. (4)

Ante la falta de entrenamiento y carencia de orientación y preparación para vivir esta etapa, muchos sienten ira, culpa vergüenza o

confusión, por eso es necesario comprender la presión que representa cuidar a los ancianos enfermos con patologías crónicas.

Díaz Domínguez (1996) señala la carga que acarrea cuidar padres mayores con afecciones: se producen sensaciones de depresión, ansiedad o sentimientos de culpa, como así también, percepciones de inutilidad en relación con lo que se hace y autoexigencias no compatibles con la realidad. Frecuentemente, es necesario un ajuste en el rol de cada integrante ya que este tipo de situaciones puede poner en peligro su bienestar emocional.

Coincidiendo con la bibliografía de las guías propuestas por el Programa de Cuidados Informales para la Prevención de la Salud en la Tercera Edad (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados 1999), es importante determinar quienes serán los familiares que estarán en la primera línea de cuidado y quienes los podrán reemplazar en los períodos de agotamiento.

El familiar a cargo del cuidado del enfermo, generalmente reprime su propio dolor adoptando el autocontrol a costa de una tensión interna creciente con síntomas de ansiedad grave.

Las disfunciones de los cuidadores se harán más agudas a medida que la dependencia del anciano cuidado vaya siendo mayor (normalmente irá relacionado con la intensidad de la demencia, con el tiempo de cuidado

y sobre todo con los problemas conductuales generados por el paciente con demencia).

“A medida que la incapacidad del sujeto con demencia progresa, los estresores que sufren los cuidadores son más numerosos e intensos produciéndose un importante conflicto entre la carga que sufre el cuidador y su deseo de mantener el cuidado de su familiar anciano. A su vez, una labor activa del cuidador en los programas de estimulación y rehabilitación del anciano demente supone una fuente estresante adicional. La institucionalización en sí misma no alivia la carga experimentada por el familiar que mantiene el cuidado del anciano con demencia”.(5)

Si el umbral de tolerancia que posee toda persona ante una determinada situación se ve sobrecargado, en este caso por el síndrome demencial que padece el anciano, el cuidador y/o la red primaria se verán afectados por un stress personal y emocional. Esta sensación de estar como frente a una pared casi sin saber que hacer o como actuar sintiéndose bloqueados, es lo que se denomina síndrome de agotamiento. Se manifiesta de diferentes maneras que se van agravando en la medida en que el stress continúa su efecto.

“Cuando en una familia uno de sus miembros enferma de síndrome demencial, todos padecen esta dolencia en mayor o menor medida. La vida de todos, incluso de los que no van a colaborar, se verá afectada. En el caso de los que aportan su ayuda, porque tendrán menos tiempo personal, en el

caso de los que permanezcan al margen, porque sentirán inquietud, miedo, rechazo” (6)

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) ORTIZ AGÜERA, Fernando: " Demencia. Una aproximación práctica". Cap. L. Pág 1 Ed. Masson. S.A. Barcelona 1998
- (2) GABAY Pablo y BRUNO Mónica. "Síndrome Demencial. Importancia de su correcto diagnóstico y tratamiento. Alcmeon. 10.2000
- (3) SUAREZ, Richard Amnuel. "Introducción a la Psiquiatría". Pág 73 a 97 Ed. Salerno.Bs.As.1999
- (4) BERMEJO, P. Félix y cols. "Aspectos sociales y familiares del paciente con demencia". Págs. 72 a 73. Ed. Díaz de Santos S.A. Madrid España 1998
- (5) BERMEJO, P. Félix y cols. Op. Cita Pág 73
- (6) DIAZ DOMINGUEZ y cols. "En casa tenemos un enfermo de Alzheimer".Pág 65 a 68. Composiciones Rali, S.A. Mayo 1996

Vejez y Soporte Social

CONCEPTUALIZACIÓN GENERAL SOBRE VEJEZ Y FAMILIA

Como señalamos anteriormente la vejez confronta a las personas con un proceso crítico; por un lado el crecimiento, la madurez y la experiencia aumentan sus posibilidades, y por otro la evolución biológica y el desequilibrio orgánico y/o funcional las recortan paulatina o abruptamente.

La vejez se refiere a la Tercera Edad de la vida, después del desarrollo que conduce a la edad adulta. Es difícil determinar el momento en que empieza, ya que depende menos de la edad que de las condiciones físicas, morales o sociales en que se ha vivido. Se manifiesta en ella una disminución sensible de las aptitudes sensoriomotrices e intelectuales, cuya declinación se viene preparando desde los 25 años. Las facultades mentales no se ven afectadas de manera uniforme: generalmente, la atención y la memoria inmediata declina, haciendo prácticamente imposible toda nueva adquisición.

La vejez se la entiende como una etapa caracterizada por la vulnerabilidad significando ésta fragilidad, mayor riesgo y susceptibilidad del geronte a condicionamientos físicos, psíquicos y afectivos.

El cuerpo de los ancianos se modifica, perciben los cambios físicos que se producen en ellos como en los que los rodean. Sobrevienen en este proceso también cambios psicológicos. Influyen pensamientos, sentimientos, creencias, valores, actitudes, comportamientos y

personalidad, los que a su vez predominan en su conducta con los demás. Con el tiempo, también cambia el mundo que lo rodea así como la posición que ocupan en éste. Los gerontes reaccionan, ante las influencias culturales y sociales, por ejemplo, al estilo de vida en un lugar específico, en una época determinada, en una sociedad concreta, con sus actitudes, creencias, normas y reglamentos. También experimentan la influencia del entorno que se ejemplifica en el régimen alimenticio, la vivienda, la higiene, la recreación, la educación, el trabajo y todo lo que constituye la vida en sociedad.

La sociedad mantiene en el olvido a los ancianos, sin otorgarles ningún estatuto satisfactorio.

Según el Dr. Joan Corbella Roig(1994) “ la vejez es una situación existencial de crisis, resultado de un conflicto íntimo experimentado por el individuo entre su aspiración natural al crecimiento y la decadencia biológica y social consecuente con el avance en años”.

La vejez podría darse como una etapa vital, una más, semejante a las anteriores pero con elementos distintos a las vividas previamente. La vejez puede tener unas limitaciones, pero también tiene unos potenciales únicos y distintivos: serenidad y juicio, madurez vital, experiencia, perspectiva de la historia personal y social, etc.

Pero como ya señalamos, la oportunidad de que así sea está directamente vinculada a marcadores de contexto tales como la política, la

economía, la cultura, la seguridad social, entre otros. En países como el nuestro con ausencia de políticas sociales, el sostén del anciano recae absolutamente en la familia.

Elizabeth Jelin(1998) define a la familia como “una organización social, de relaciones de producción, de reproducción y de distribución, con una estructura de poder y con fuertes componentes ideológicos y afectivos que cementan esa organización y ayudan a su persistencia y reproducción ”

La familia sigue siendo un punto de referencia crucial para la mayoría de las personas de edad avanzada. Gran parte de las personas ancianas está vinculada a una red de apoyo familiar.

Coincidimos con Caplan (1974) cuando señala a la familia como “ el apoyo principal con que cuentan las personas de edad avanzada. Es la fuente primordial de guía emocional necesaria”.

El vínculo estrecho entre el anciano y su familia se expresa mediante contactos frecuentes, interdependencia y atención en tiempo de crisis, basada en lazos de amor y afecto mutuo. Las relaciones se mantienen a través de la interdependencia y el intercambio de bienes y servicios. La ayuda mutua es otra dimensión muy importante en esta relación.

La obligación, el amor y la reciprocidad representan los componentes principales en la relación de padres o madres ancianos y los hijos.

Los grupos familiares pueden ser más o menos abiertos, por ello en la familia siempre se producen tensiones por transformaciones,

enfermedades, crisis u otros cambios en su evolución interna. Cada cambio de una parte o algún componente en el grupo familiar repercute y afecta a la totalidad.

Es preciso destacar que el impacto del medio incrementa y agrava estas tensiones producto del desequilibrio socioeconómico, político y cultural que atraviesa la sociedad actualmente, derivando en situaciones tales como: desempleo, escasez de políticas sociales, marginación, pobreza, falta de seguridad social, insuficiencia de servicios de apoyos formales, entre otros.

Aunque estos condicionamientos externos produzcan nuevas tensiones; la familia sigue siendo la institución de apoyo básico en los problemas sociales de los mayores: alojamiento, ayuda económica, contención afectivo-emocional y asistencia frente a las enfermedades.

EL ROL DE LA FAMILIA EN LA ANCIANIDAD

Los profundos cambios que la familia ha experimentado para adaptarse a la realidad social a la que pertenece a dado como resultado el empobrecimiento progresivo de las relaciones afectivas y pérdida del puesto que el mayor venía desempeñando dentro de la familia, aumentando el riesgo de aislamiento, soledad y depresión.

Las elecciones de convivencia de las personas mayores reflejan un equilibrio entre la autonomía y la seguridad. La tendencia es permanecer en

las casas donde educaron a sus hijos, pues están llenas de recuerdos que les otorgan sentido de pertenencia.

Son menos propensos a traslados o migraciones y sólo eligen hacerlo por diversión. Los mayores de 80 años se ven obligados a depender de alguien, generalmente se van a vivir con sus hijos o a una residencia o institución.

Una de las razones por las cuales los hijos generalmente se niegan a anticipar o aceptar la declinación o la enfermedad de sus padres, es que estos últimos, pasan a convertirse en la figuras todo poderosas que aseguran los suministros necesarios para vivir y ante los cuales nos sentimos siempre en una relación de dependencia, se esta consciente o no. De lo contrario, esto lo llevaría a sentirse tan indefensos como en la infancia y las ansiedades que se generan frente a estos acontecimientos adquirirán características distintas según la personalidad de cada hijo y de cómo se hayan estructurado las relaciones familiares a través del tiempo. Al respecto, Andrés y Rubinetti (1991) señalan :“ la vida de los padres ancianos se ha deslizado silenciosamente, sin síntomas que pongan de relieve que ya han entrado en la etapa de los desgastes. Es decir, en la vejez. Ya sea por este silencio sintomático o por situaciones psicológicas personales de los hijos, esto no se advierte, o los hijos se resisten a ver ancianos a sus padres. Así es que cuando surge alguna alarma que da cuenta de esta realidad, los hijos entran en un estado de ansiedad tal que “

enloquecen” no sólo a su entorno personal, sino también al de los gerontes. Este es el contexto propicio para la aparición de conflictos entre hermanos, se reeditan viejas disputas por ocupar lugares de antaño en relación con sus padres y se actualizan, rivalidades, celos, competencias. Estos conflictos a veces vehiculizan un enorme monto pasional que los transforma en situaciones donde se maneja un caudal de violencia que involucra a todos los que intervienen en ella: profesionales, instituciones”.

Cuando la persona empieza a perder su mundo social directo y la demencia adquiere una intensidad moderada, su capacidad para seguir viviendo independientemente se reduce. De esta manera la familia se convierte en cuidadora y en el marco de referencia social del anciano.

“La familia es el grupo social básico donde tiene lugar la ayuda para que el anciano con demencia pueda realizar las actividades de la vida diaria. Un sustancial porcentaje de los ancianos con demencia vive en la comunidad gracias a la ayuda que le presta su grupo familiar, hasta el punto de que el mantenimiento del individuo con demencia (sobre todo cuando ésto implica una pérdida de autonomía importante) es difícil sin la ayuda familiar”. (1)

Los familiares que se hacen cargo del cuidado de un mayor enfermo no están libres de conflictos afectivos. Sin saberlo, pueden manejar inadecuadamente las ansiedades ocasionadas por la situación y establecer relaciones con vínculos patológicos. Como resultado de ello se pueden

producir reacciones violentas o malos tratos, tanto físicos como verbales, hacia los mayores que, aunados a viejos rencores, poca tolerancia a la incapacidad o discursos repetitivos o lentos, redunden en una atención deficiente.

Esta actitud hace que muchos mayores callen sus necesidades, no protesten o no expresen sus reclamos por temor a no ser asistidos o a percibir rechazos, por eso es muy importante que los sentimientos conflictivos que aparezcan sean controlados y comprendidos para que no interfieran en la relación con el ser querido enfermo.

Según las guías propuestas por el Programa de Cuidados Informales para la Prevención de la Salud en la Tercera Edad, todo familiar a cargo del cuidado del mayor que haya tenido en su niñez una buena relación con sus progenitores y colaborado en el cuidado de sus abuelos, tiene más capacidad de elaborar situaciones de discapacidad, vejez y comprensión de los fenómenos de deterioro propios o de sus seres queridos.

Existe coincidencia con la bibliografía de referencia en la importancia de que los hijos y el núcleo familiar encargados de la atención del enfermo conozcan los cambios que la enfermedad puede llegar a producir, estar informados acerca de las modificaciones en la personalidad y los problemas emocionales que puedan surgir. En caso contrario, se puede generar tensiones muy graves que entorpecerían la recuperación y alterarían severamente la relación familiar.

Estas tensiones se verán incrementadas si la red primaria no está fortalecida de diversas formas, lo cual dificultará que el anciano se desenvuelva adecuadamente en su vida diaria y se le brinde el apoyo emocional necesario para enfrentarse a sus limitaciones.

Coincidimos con Sánchez Salgado(1990) en que para responder a las demandas crecientes de los ancianos que requieren atención y cuidado por sus limitaciones físicas y mentales, la familia no sólo necesita destrezas y mecanismos de manejo, información, apoyo y cuidados temporales para dar alivio a la situación; sino también el sostén y complemento de las redes secundarias destinadas a satisfacer ante todo necesidades de carácter funcional (ser cuidado, recibir un servicio y una asistencia específica).

La existencia de las redes secundarias constituye una alternativa a la que puede recurrir la familia cuando ésta se encuentre a solas para sostener la calidad de vida de los ancianos.

Si la relación entre redes primarias y secundarias tiende a ser integrada y armónica, permitirá brindar a las personas mayores un soporte sociofamiliar y mejorar su calidad de vida en razón del equilibrio personal que esto brinda a lo largo de la vida.

IMPORTANCIA DE LAS REDES SOCIALES EN LA VEJEZ

Las redes sociales se definen como una trama de relaciones, ligada a la historia personal y social, caracterizada por las afinidades personales, por la movilidad profesional, por la distancia entre lugares de vida y lugares de trabajo, etc. Las redes son portadores de potencialidades y proveedoras naturales de sostén social. Tiene por finalidad la satisfacción de las necesidades de sus miembros (afectivas, informativas y materiales) y la transmisión de la cultura y valores que le son propios.

Es una modalidad a través de la cual se establecen vínculos, relaciones e interacciones.

“Las funciones de la red están determinadas por el tipo de intercambio interpersonal que predomina entre sus miembros:

COMPañÍA SOCIAL: acompañamiento que permite realizar actividades conjuntas, tener disponibilidad para el diálogo y el intercambio de confidencias, interés y comprensión en las actividades de la vida cotidiana.

APOYO EMOCIONAL: sentimientos de pertenencia y protección, visitas frecuentes y gestos de afecto. Estimulo y apoyo en momentos difíciles. Es la función característica con los familiares cercanos y los amigos íntimos.

AYUDA MATERIAL Y DE SERVICIOS: implica una colaboración o prestación específica, alojamiento, sostén económico, oportunidades laborales, servicios de salud.

ACCESO A NUEVOS CONTACTOS: favorece nuevas relaciones sociales con personas o redes que no eran parte de la red del individuo. Información y estrategia para acceder a nuevos recursos.

GUIA COGNITIVA Y CONSEJO: interacciones para compartir información personal o social. Proporcionar modelos de rol y clarificar expectativas.

REGULACIÓN SOCIAL: implica el discurso colectivo de la red. Son las normas que recuerdan y reafirman, responsabilidades y roles, y neutralizan las desviaciones de comportamiento. Transmisión de la cultura de la red”(2)

Dentro de las redes sociales se pueden distinguir dos grupos:

REDES SOCIALES PRIMARIAS: “ son conjuntos de personas que se conocen entre sí unidas por vínculos de familia, amistad, vecindad, trabajo, estudio y ocio. Las relaciones que se dan están basadas en la reciprocidad, mediata o inmediata. Los intercambios están caracterizados por la gratuidad”

REDES SOCIALES SECUNDARIAS: “ son conjuntos sociales instituidos normativamente, estructurados para desarrollar funciones específicas (escuela, empresa, hospital, juzgado) quienes las integran cumplen roles pre determinados y los intercambios que en ellos se concretan están fundados en el derecho o en el dinero” (3)

A medida que la gente envejece, en ocasiones, crece también la necesidad de afecto y de forma paralela la necesidad de satisfacción personal.

La familia, los amigos las relaciones sociales, la formación de parejas, son fuente de afectividad. La desconexión familiar produce alteraciones graves de comportamiento de, sueño y en sus capacidades psicológicas y físicas.

En la vejez existe un proceso invalidante de desestructura y desestabilización de los vínculos familiares y de pareja y repercute en el entorno social y médico. La falta de cariño y abandono social conduce a las depresiones, agresividad, dolor, marginación, odio, emotividad, malestar, etc.

Ante situaciones extremas que pueden llegar a presentarse en la tercera edad, tales como la muerte, la enfermedad, el aislamiento, marginación, entre otros; la red social puede ayudar para que la persona que la padece cree nuevos recursos para afrontarlas. Aunque no es posible cambiar las condiciones de la realidad, la importancia de la red radica en contribuir a disminuir el sufrimiento que producen tales situaciones y fundamentalmente a aumentar la capacidad de apropiarse críticamente de su circunstancia, que en definitiva abre las puertas de la verdadera transformación.

La familia en tanto red primaria, adquiere una gran importancia en la adaptación e integración de la persona mayor en el medio social.

Cada miembro tiene una red de relaciones familiares, con su sistema de relaciones mutuas, reciprocidades, derechos y responsabilidades, relativamente diferenciado e independiente respecto de las redes de los demás miembros. Así, los hijos de madres ancianas pueden ser los responsables económicos de su mantenimiento.

Las redes siempre son portadores de capacidades de contención y satisfacción de las necesidades de sus miembros.

Si se aceptara que la familia, en ciertas ocasiones, no puede sostener a solas la calidad de vida de los ancianos, ya sea por motivos internos y/o por factores socioeconómicos, políticos y culturales; la decisión de buscar distintas alternativas que complementen y apoyen la función familiar podrá ser visualizada como un comportamiento maduro.

Según registros de febrero de 1999 del Área de Tercera Edad de la Subsecretaría del Menor y Familia, Discapacitados y la Tercera Edad de la Municipalidad de General Pueyrredón, existen en Mar del Plata 53 establecimientos geriátricos habilitados. La expansión de la actividad ha originado paralelamente en los últimos años el funcionamiento de 48 pequeños hogares habilitados por la autoridad comunal en casas de familia para un máximo de 4 ancianos autoválidos, con una oferta estimada de 2.600 plazas entre los dos tipos de establecimientos. La proporción de

internación de larga estadía sobre la población de 60 años es de un 2% superior a la media del país, calculada en un 1,5%.

Resulta significativo que el incremento observado de programas de apoyo a la vejez centrados en la internación no tenga un correlato con programas que permitan diferentes alternativas para situaciones personales y familiares particulares. Diferentes tipos y niveles de dependencia reciben similar propuesta institucional y en muchos casos ninguna acorde con un particular requerimiento.

A excepción de dos hogares de día municipales destinados a ancianos indigentes autoválidos, no existe en la ciudad otro emprendimiento de este tipo en el ámbito público o privado. Esta última opción al igual que la de los cuidadores domiciliarios especializados en geriatría podrían contribuir a evitar o postergar la institucionalización total del anciano con menor grado de dependencia.

Ante una estructura de servicios deficitaria, retroceso de las políticas sociales y de la seguridad social que facilite alternativas intermedias para el cuidado de los ancianos, la internación de larga estadía pareciera ser la única opción viable para la familia .

Consideramos que la institucionalización debería ser la última instancia a la que recurra la familia; sostenemos que las residencias no deben presentarse o visualizarse como un lugar donde ingresan los “enfermos de vejez”, sino más bien como el espacio de una comunidad

alternativa donde las personas mayores con problemas de contención familiar de distinta índole, mejoren su calidad de vida y sean atendidos cuando su autovalía esté deteriorada y/o no tengan familiares.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) BERMEJO, Félix D. y cols. " Aspectos Sociales y Familiares del paciente con demencia".

Cáp. IV. Pág 67 y 70. Díaz de Santos S.A. Madrid. España 1998

(2) y (3) DI CARLO, Enrique y Equipo. "La perspectiva de Redes Naturales: Un Modelo de

Trabajo para el Servicio Social". Pág 36 a 52. Ed. Humanitas. Mar del Plata.1998.

Aspectos
Demográficos-Sociales
de la población de
edad avanzada

Para hacer mención al envejecimiento de la población en la Argentina, es oportuno situarla dentro del marco Latinoamericano.

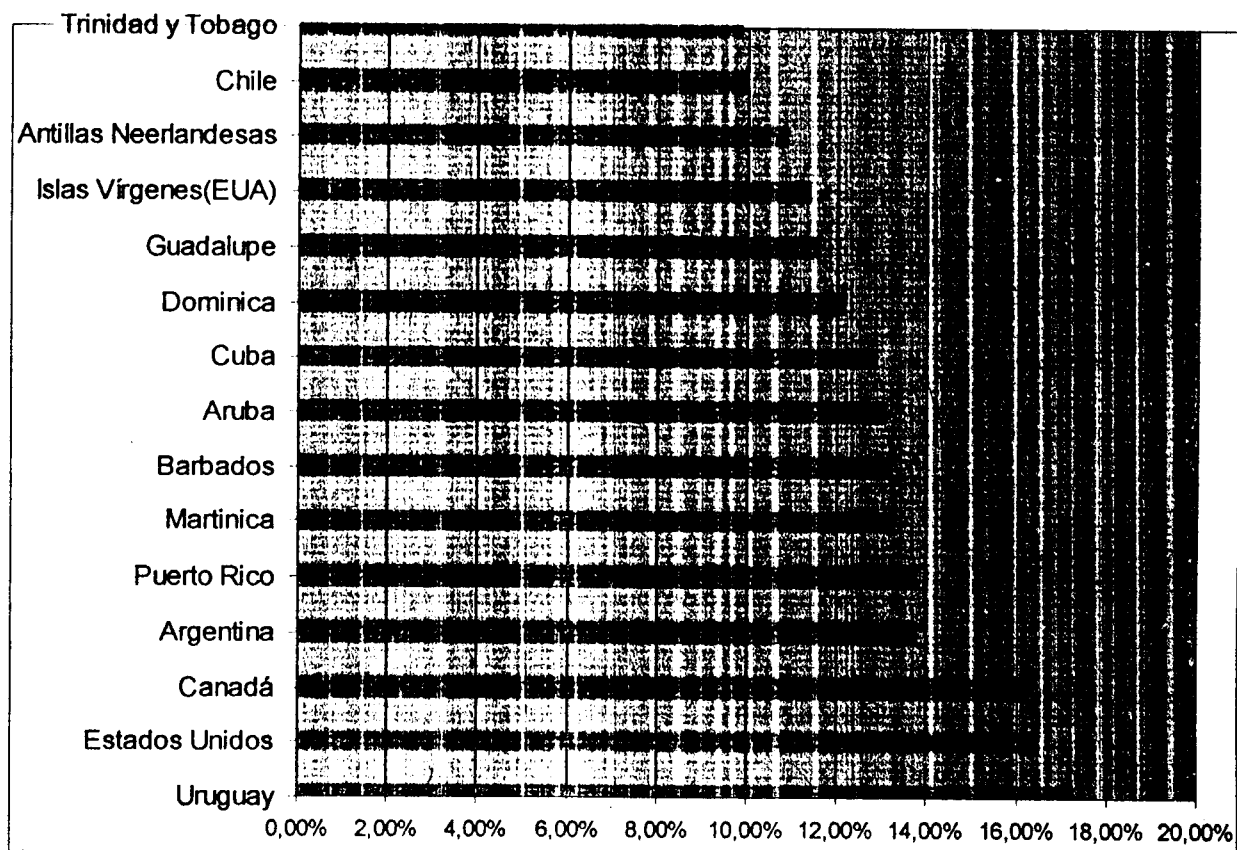
América Latina sólo tiene 3 países con por lo menos 1 millón de habitantes: Uruguay, Puerto Rico y Argentina, en los cuales la población de edades avanzadas alcanza un 9 % o más sobre el total. Estas Naciones se consideran con una estructura de edad vieja.

El resultante envejecimiento poblacional no es privativo de los países industrializados o ricos, sino que también se da en los llamados países en vías de desarrollo como los de América Latina. Por ejemplo, en Uruguay el porcentaje de 60 años o más es superior al de Canadá o de los Estados Unidos.

Pero en muchos países Latinoamericanos el envejecimiento todavía no ha recibido gran atención, ya que la preocupación es reducir la tasa de fecundidad y crear nuevas fuentes de empleo para los jóvenes.

Algunas estadísticas de la OPS /OMS permiten revelar esta situación.

Países con gente de mayor edad de la región (porcentaje de 60 años o más)



“Los avances tecnológicos y las transformaciones culturales a lo largo del siglo ha producido el alargamiento de la expectativa de vida y un mayor control de la natalidad. De esta manera asistimos a un acelerado y progresivo proceso de envejecimiento poblacional, expresado en datos censales de nuestro país(1991), la proporción de personas mayores de 60 años y más en el país ha pasado de un 7% en 1950 al 13% al comienzo de la presente década. Dentro de dicho conjunto la población mayor de 75 años constituía el 25,4 % en 1991, señalando una tendencia marcada de crecimiento que se denomina “envejecimiento del envejecimiento”.(1)

Actualmente la población total de Argentina es de 37 millones de habitantes, esto significa que 4.200.000 personas tiene más de 60 años. En nuestro país hay aproximadamente 2 millones de personas mayores de 70 años, casi el 5% de la población. "En la Argentina hay 6.000 geriátricos, los cuales funcionan sin una ley común que exija calidad y establezca controles y penas para los que no cumplen. Es el espejo de un país que descuida sus ancianos".(2)

El porcentaje de población mayor de 60 años que vive en establecimientos de larga estadía, geriátricos, etc en la Argentina está entre el 1,2% y 1,5%, esto significa que 99 de cada cien ancianos terminan sus días fuera de instituciones de larga estadía.

"Cabe mencionar que la ciudad en donde se encuentra el mayor porcentaje de gente envejecida es Capital Federal que tiene un 23%, prácticamente 1 de cada 4 habitantes es mayor de 60 años".(3)

Según datos del último Censo Nacional de población(1991), la ciudad de Mar del Plata tiene un 16 % de población mayor de 60 años, reflejando un importante flujo migratorio añoso de diversas procedencias que se asientan para vivir la última etapa de su vida en la llamada "Ciudad Feliz".

El sector poblacional que comprende el grupo de edad avanzada no es un grupo homogéneo debido a que el mismo está constituido por una gran diversidad de personas con edades desde los 65 años (Carnivali 1989).

A continuación se mencionan algunas de las características que se mantienen más o menos constantes a través del tiempo y que son muy particulares respecto al grupo de edad bajo consideración.

En este sector hay una cantidad mayor de mujeres que de varones. Se observa un exceso de varones en las edades jóvenes que va reduciéndose progresivamente con la edad, de tal manera que en las edades avanzadas hay un mayor número de mujeres (Vásquez 1988). Esto hace del mundo de las personas de edad avanzada uno en donde abundan las mujeres.

Hay varios países en los que la población de edad avanzada se está envejeciendo aún más por el registro de altas tasas de crecimiento en el grupo de 75 años o más, llamados “viejos-viejos”.

Otra característica sobresaliente de este grupo poblacional es su composición por estado marital. Existe en él una proporción considerable de personas viudas, mayormente del sexo femenino. Se ha observado que los viudos reincide en el matrimonio más que las mujeres, situación que se aplica a los divorciados también (Carnivali 1989).

“En cuanto al nivel de instrucción formal del grupo de edad en cuestión, el mismo suele ser menor que el registrado por cualquier otro sector adulto de la población”.(4)

La participación de los ancianos en la producción de bienes y servicios es bastante limitada y es más baja que la registrada por cualquier grupo adulto de la población. No obstante, el tipo de actividad económica

prevaliente en una sociedad juega un papel importante en la participación de los ancianos en la producción de bienes y servicios.

Los movimientos migratorios de este grupo de edad suelen ser de menor frecuencia que los registrados por otros grupos en las edades menores de 64 años.

“ El envejecimiento progresivo de la población ha tenido consecuencias importantes en la vida económica, política y social de los países tales como: el envejecimiento de la población tiende a bajar el nivel de vida en los países altamente industrializados debido a que se registra un aumento en la relación de dependencia de las personas de 65 años o más, mientras que ésta entre los más jóvenes disminuye. Tal aumento, demanda un costo mayor.

El tamaño relativo de la población económicamente activa, al igual que la flexibilidad de la misma, puede verse afectado por el envejecimiento de la población y el consiguiente envejecimiento de la fuerza laboral.

El envejecimiento de la población tiende a disminuir la tasa de ahorro, debido a que muchas personas de edad avanzada vive de los ahorros acumulados y de los servicios prestados por la comunidad. Esta situación influye también en las medidas de seguridad social, servicios de salud, provisión de servicios, de recreación y esparcimiento y otros beneficios para las personas de edad avanzada.

Desde el punto de vista político, el sector poblacional de 65 años o más se ha constituido en una fuerza electoral. La presión que ejercen mediante el voto promueve la promulgación y aprobación de legislación en su beneficio.” (5)

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) DE LOS REYES, María Cristina. “ Ancianidad, familia e institución geriátrica”. Pág 22 a 24 en Revista Nexos N° 12 Año 7. Marzo 2000
- (2) EQUIPO DE INVESTIGACIÓN Diario Clarín. “ Geriátricos, la dura realidad de un mundo sin reglas ni controles”. Pág 40 y 41 Bs. As. 2000
- (3) ZOLOTOW, David. Jornada de Extensión sobre: “La comunidad y sus mayores”. 16 de septiembre de 2000
- (4) SÁNCHEZ SALGADO, Carmen D. “ Trabajo Social y Vejez. Teoría e Intervención”. Cap. III .Ed. Humanitas Bs. As. 1990
- (5) SANCHEZ SALGADO, Carmen D. Op. Cit Pág 55 a 56

Políticas Sociales
para la
Tercera Edad

BREVE REFERENCIA SOBRE POLÍTICAS Y ROL DEL TRABAJO SOCIAL

Alvín Schoor (1971) define políticas sociales como un curso de acción con respecto a un fenómeno social particular que gobierna las relaciones sociales y la distribución de recursos dentro de una sociedad. La Política Social funciona como una institución social interesada en las provisiones sociales de la población. Puede manifestarse mediante seguros sociales, seguros de salud, programas de desempleo o cuidado para indigentes o minusválidos a cualquier edad.

Según Sánchez Salgado(1990) “ el incremento en la población de 65 años o más en la época actual ha suscitado cuestiones sociales económicas y políticas. La dependencia potencial de un sector pasivo creciente, sostenido por la población económicamente activa, la necesidad de servicios sanitarios especializados en geriatría y los cambios producidos en la organización familiar, constituyen factores que deben ser considerados por los responsables en formular políticas y programas gubernamentales para la Tercera Edad.

El desarrollo de Políticas Sociales que contemplan los problemas del envejecimiento en los países desarrollados es muy notorio en relación con el nuestro, donde impera la incertidumbre y el desamparo, a pesar de los esfuerzos de organismos no gubernamentales, profesionales y personas relacionadas con la atención de la ancianidad.

En la ciudad de Mar del Plata la respuesta institucional a los diferentes grados de dependencia carece de una adecuada estructura. Diferentes tipos y niveles de dependencia reciben similar propuesta institucional y en muchos casos, ninguna acorde con su particular requerimiento.

Una oferta integral de asistencia geriátrica debe incluir unidades para pacientes agudos y de mediana estadía, unidades de larga estadía (denominados en nuestro país “ Geriátricos” en el área privada y “ Asilos” u “ hogares”, en el área estatal) unidades psicogeriátricas y centros u hogares de día. A excepción de dos hogares de día municipales, destinados a ancianos indigentes autoválidos y unidades de atención domiciliaria interdisciplinaria, no existe en la ciudad otro emprendimiento de este tipo en ámbito público o privado. Esta última opción al igual que los de los cuidadores domiciliarios especializados en geriatría, contribuiría a la postergación de la institucionalización total de anciano con menor grado de dependencia. Respecto a este punto, actualmente a nivel local, se está trabajando en la capacitación de cuidadores domiciliarios. Cabe destacar que la duración de la misma es a corto plazo por no contar con los recursos, subsidios y programas necesarios.

Ante una estructura de servicios deficitaria en alternativas intermedias para el cuidado de los ancianos, la internación de larga estadía es la única opción viable para la familia.

Según Passanante(1994) “ existe un porcentaje de personas de edad avanzada que tiene bajos ingresos o carente de recursos, la misma es candidata potencial a ocupar las plazas de los hogares oficiales, pero se advierte la falta de alcance de estas instituciones para cubrir esta demanda”.

Ante la insuficiencia de los servicios de apoyos formales y muchas veces debido al alto costo de los mismos, se ha hecho necesaria la participación del anciano, familia y comunidad. La tendencia actual en muchos países ha sido la de una dependencia mayor de los sistemas de apoyo informal para resolver las crisis presupuestarias del estado.

En lo que respecta a la relación de vejez y sociedad, las intervenciones del estado se han organizado alrededor de dos ejes políticos principales. El primero hace referencia a la implantación del derecho social a la jubilación para el trabajador. En tanto el segundo eje enmarca la definición de un modo o estilo de vida específico para los ancianos. Aquí entran en juego cuales son las necesidades de esta población y como deben ser satisfechas mediante la provisión de seguros o servicios sociales.

Se considera que las metas de la Política Social deben tender principalmente a efectuar cambios no sólo en las estructuras, sino también en los sistemas sociales con el objetivo de que se ajusten a las necesidades humanas dentro de un contexto social. La dirección de la Política Social debe apuntar también a la modificación de valores y normas socioculturales que son perjudiciales tanto para el crecimiento como para un desarrollo

saludable, limitando de esta manera la plenitud del individuo a través de su participación social.

El rol del Trabajador Social en todo este proceso es de una importancia crucial.

El Trabajo Social es una disciplina científica, se inspira en la valoración de la igualdad humana la cual reconoce el derecho que tiene todo ser humano a autoorientarse sobre los valores y la vida, dentro de los límites de la convivencia y de la realización de su propia dignidad.

Su accionar se centra en la atención de necesidades humanas concretas, basándose en una relación dialógica con los sujetos implicados en pos de buscar la resolución de problemas y la transformación de situaciones sociales.

De este modo se aspira al crecimiento del sujeto social mediante el reconocimiento y utilización de sus potencialidades.

El Trabajo Social sabe (o siente) que no se relaciona con una parte del hombre, sino con una unidad.

El objeto específico del Trabajo Social, según Enrique Di Carlo, “es el hombre como ser pensante en debate con sus circunstancias. Es la unidad consciente y actuante del ser persona”.

El Trabajo Social se basa en la hipótesis de que la posibilidad de superar problemas sociales, va a depender de la movilización y desarrollo de las capacidades inteligentes del sujeto como persona.

El Trabajador Social puede colaborar aportando conocimientos a la comunidad y coadyuvar en la construcción del sujeto social como individuos de derechos. El profesional de trabajo social ante necesidades de asistencia y orientación brinda cooperación respetando la humanidad de los sujetos y revalorizando sus potencialidades. El Trabajador Social en vez de hacer hincapié en aquello que la persona no tiene, debe poner énfasis en los puntos fuertes, los valores, el potencial para el crecimiento; procurando de este modo ayudar a la gente a encontrar su propia identidad frente al avance de la masificación y de la homogeneización social y cultural.

El papel del Trabajador Social se ha extendido de las acciones asistenciales y educativas, a una concepción más amplia, ofreciendo mayores posibilidades a los problemas que se presenten, pudiendo brindar variedad de alternativas y de esta manera, mejorar la calidad de vida de los ancianos.

La meta final radica en que la situación social emprendida sea transformada. Dicha actividad práctica es efectuada desde el MÉTODO PROFESIONAL basándose en la comunicación racional (crítica) con el sujeto, ya que él es el protagonista del asunto

Para promover una legislación cuyo fin sea mejorar la calidad de vida de la población anciana, es necesario una política social que ponga énfasis en la intervención interdisciplinaria.

“ Es apremiante la implantación de Políticas Sociales que den atención a los requerimientos de la población de edad avanzada haciendo posible que éstas lleven una vida independiente y digna”(1)

El Trabajador Social para poder ayudar a las personas de mayor edad debe comenzar por conocer y entender al individuo, su problema, sus limitaciones individuales y particulares, la fortaleza que trae a la situación y los recursos disponibles para una resolución favorable, al menos en parte, a sus problemas sociales y emocionales.

La acción del Trabajador Social puede ir dirigida al individuo y/o su familia y/o comunidad; sin embargo la prioridad debe orientarse a mantener al anciano dentro de su comunidad, respetar su derecho y procurar aumentar o mantener su autonomía, confianza, entre otros.

La intervención del Trabajador Social con ancianos y sus familias puede estar orientada hacia la prevención y establecerse en tres niveles a saber:

PREVENCIÓN PRIMARIA: apunta a detener o prevenir algo, de forma tal que le reste efectividad (ejemplo: brindar asesoramiento e información al cuidador del anciano con síndrome demencial para poder así prevenir el agotamiento y stress que tal situación genera)

PREVENCIÓN SECUNDARIA: dirigida a controlar una situación problema o condición existente (ejemplo: crear un espacio con profesionales idóneos que permitan a la red primaria obtener información,

reflexionar o intercambiar conocimientos, dudas e inquietudes sobre la situación problema)

PREVENCIÓN TERCIARIA: pretende disminuir los efectos de una incapacidad y ayudar al individuo a recuperar su funcionamiento (ejemplo: fomentar la participación del anciano en satisfacer alguna de sus necesidades, permitir que se alimente por sí solo cuando puede hacerlo)

“ La meta principal del profesional debe ser ayudar a la persona anciana a mantener niveles óptimos de funcionamiento dentro de sus limitaciones. La intervención con este sector poblacional demanda que el Trabajador Social tome en consideración opciones éticas entre lo real y lo ideal.

Desde esta visión la intervención debe orientarse multidimensionalmente.

En primer lugar debe estar dispuesto a limitar las metas apropiadamente, de manera que éstas se lleven a cabo en forma efectiva. Se refiere aquí a que en lugar de focalizar hacia cambios en personalidad, dirija sus esfuerzos a la ayuda de la persona anciana y de su familia en la resolución de problemas situacionales”(2)

En segundo lugar, en cuanto al nivel comunitario, la intervención del Trabajador Social debe privilegiar el carácter colectivo de la población, sujeto de la intervención social reunida en torno a un problema común en

territorio dado. La conciencia de un problema común es lo que los reúne, como también la posibilidad de resolverlos juntos.

Es importante que el Trabajador Social contribuya a movilizar al colectivo a fin de que éstos intenten instalar el problema en la agenda política, siendo una forma viable de influir sobre aquellas personas encargadas del bienestar del ciudadano.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) SÁNCHEZ SALGADO, Carmen D. " Trabajo Social y Vejez: Teoría e Intervención". Cap V Pág 115. Ed. Humanitas. Bs. AS. 1990.
- (2) SÁNCHEZ SALGADO, Carmen D. Op. Cita. Cap. V pag 94

Aspectos Metodológicos

Esta investigación se desarrolló dentro de un área específica como es el Hogar "San Jorge II", institución privada de internación geronte psiquiátrica que recepciona casi exclusivamente a personas derivadas por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, con quién tiene convenio.

Cabe destacar, como ya se señalara anteriormente, que en la misma una de las autoras efectuó la pasantía durante el período abril 1999-abril 2000. Dicha instancia le permitió una primera aproximación a la internación geriátrica de personas con padecimientos psíquicos en general. Se sintió francamente interesada por las personas que sufría síndrome demencial leve, estadio que no supone un grave problema de desestructuración personal y familiar.

Las autoras rescataron esta experiencia para su trabajo final centrando su interés en conocer los motivos que condujeron a las familias de gerontes con diagnóstico de síndrome demencial leve a recurrir a la internación como alternativa inmediata; dando esto origen a la presente investigación.

Partieron de interrogarse acerca de ¿cómo influye la situación socioeconómica, afectiva y cultural de la familia del anciano con diagnóstico de síndrome demencial leve sobre la internación?.

Para arribar al logro de los objetivos propuestos se utilizó una investigación de carácter exploratoria a fin de lograr una visión de tipo

aproximativa respecto a los motivos que influyeron en la decisión de internación; y descriptiva dado que “su preocupación primordial es descubrir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos; utilizando criterios sistemáticos que permitan poner de manifiesto su estructura o comportamiento” .(1)

Se decidió trabajar con el universo: la totalidad de las familias (10) de gerontes entre 70 y 90 años de edad con diagnóstico de síndrome demencial leve que se encuentran internados en el Hogar “San Jorge II”. Si bien las personas mayores de 60 años pueden desarrollar demencias de todo tipo y grado (leve, moderadas, severas) se decide trabajar con esta franja etarea por presentar un cuadro demencial leve.

Se presume que dicho cuadro no conlleva severas limitaciones para la vida cotidiana motivo por el cual se estima que la internación podría haber sido la última instancia.

Para poder dimensionar el problema se utilizó la exploración bibliográfica, la observación documental y entrevista semiestructuradas a informantes calificados.

Se elaboraron instrumentos de recolección de datos tanto para recabar la información de los gerontes como para conocer los programas de la comunidad.

Se realizaron pruebas pilotos, las cuales posibilitan poner en práctica los instrumentos y así efectuar algunas correcciones.

Para recabar los datos primarios se utilizaron las técnicas de observación y entrevistas semiestructuradas.

La recolección de los datos secundarios se efectuó a través de la observación documental de las historias clínicas correspondientes a cada caso a fin de precisar las características de los gerontes como objetivo de estudio y entrevistas semiestructuradas a informantes calificados (3) (Ver análisis de los datos pág.); las cuales se efectuaron a partir de una pregunta básica y general, con la intención de ampliar y profundizar la información proporcionada. Éstas permitieron recabar la información respecto de los programas de apoyo a la comunidad.

La observación documental de las historias clínicas se llevó a cabo en el ámbito institucional. Esto permitió establecer un primer acercamiento y recabar datos personales del anciano.

Las entrevistas a familiares y/o allegados del geronte se concretaron en el domicilio del grupo conviviente previo a la internación. La observación semiestructurada se efectuó tanto en el domicilio como en la institución geriátrica.

Cada entrevista duró una hora aproximadamente, éstas se grabaron para luego ilustrar, ejemplificar y analizar el material tanto en el nivel de las conductas concretas como en el de los significados profundos. Para la entrevista se contó con una guía que se describe más adelante (Ver modelo de entrevista semiestructurada en anexo).

En este sentido no se siguió un orden determinado, sino que, teniendo en mente la guía, se respetaron las asociaciones que hizo el entrevistado/a ampliando o limitando los temas según el interés que tuviera para la investigación.

En las entrevistas se indagó sobre las transiciones o momentos más significativos tanto del anciano como de su grupo conviviente para luego hacer una sintética historia de vida.

La exploración del resto de la red primaria se realizó en forma más general.

El procedimiento que se adoptó fue el de desgrabar las entrevistas inmediatamente después de realizarlas, analizarlas en base a la guía y hacer un plan de los temas que convenía profundizar en la entrevista siguiente.

La relación interpersonal con los entrevistados/as fue un elemento claro en la recolección de los datos. Una actitud cálida y segura, el pedido de autorización sobre el uso de grabador, la explicitación extensa y reiterada de los fines de la investigación y del uso de los datos recogidos y las garantías sobre la confidencialidad de la información grabada fueron conductas indispensables de la investigación para lograr un clima adecuado para este tipo de entrevista.

Para abordar el interrogante planteado ¿ cómo influye la situación socioeconómica, afectiva y cultural de la familia del anciano con

diagnóstico de síndrome demencial leve sobre la internación? y con fines analíticos se realizó la definición operacional de los siguientes aspectos:

-DATOS DE BASE DEL GERONTE: se consideró importante el análisis de este aspecto porque permitió un conocimiento más acabado del anciano, ya que SEXO, EDUCACIÓN, STATUS ECONÓMICO, entre otros; son de índole social e individual y van a hacer que el proceso de envejecer difiera de una persona a otra. El fin fue obtener por un lado un perfil individual de su vida para intentar vincularlo con el análisis de los aspectos que configuran el problema. La intención fue establecer algún tipo de relación o tendencia, y por otro lado posibilitar la descripción de la configuración de la población en situación de internación.

-CALIDAD DE VIDA PREVIA A LA INSTITUCIONALIZACIÓN: con el análisis de este aspecto se pretendió establecer como es el estado del geronte en las áreas de salud psicofísica y social, con el objetivo de conocer por un lado su capacidad de autonomía tanto en las actividades de la vida diaria como en las instrumentales y por el otro como influyo ésta en la decisión de internación.

-ESTRUCTURA Y FUNCIÓN: con esta dimensión se procuró puntualizar como se compone la red primaria del geronte y conocer la estructura y función del grupo conviviente previo a la internación, a fin de poder analizar el grado de compromiso de los miembros y el rol que cada

uno de ellos desempeña en relación a los requerimientos concretos que demanda en geronte.

-SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA: dentro de este aspecto se seleccionaron los siguientes indicadores: trabajo, ingresos y vivienda a fin de poder relacionar como impacta la estabilidad en la posibilidad de contener una crisis vital y que sucede ante la eventualidad de crisis simultáneas.

-SITUACIÓN SANITARIA DEL GRUPO CONVIVIENTE PREVIO A LA INTERNACIÓN: con este aspecto se pretendió vincular la decisión de internación con la presencia de enfermedades con cierta dependencia en algún y/o algunos miembros del grupo conviviente, que dificultara el cuidado del anciano.

-TIPO DE RELACIÓN DEL GRUPO CONVIVIENTE CON EL GERONTE: se pretendió visualizar el lazo existente entre el grupo conviviente y el anciano a fin de comprender como afectó la relación en la decisión de internación.

-DISCURSO CULTURAL: se pretendió determinar que valoraciones, creencias, normas, cultura y actitudes tiene la familia sobre la vejez en general y la vejez vulnerable en particular. Se intentó arribar a la idea que el grupo conviviente tiene acerca del padecimiento que nos ocupa.

-CONOCIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD Y COMPRENSIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS

PARA LA VIDA COTIDIANA: se pretendió identificar el grado de información que posee la familia con respecto al síndrome demencial y el conocimiento de las limitaciones para la vida cotidiana que produjo dicho padecimiento en el anciano a fin de analizar como influyó en la internación.

-DIFICULTAD PARA CONTENR LOS EMRGENTES QUE PLANTEARON DICHOS REQUERIMIENTOS: se procuró determinar que obstáculos concretos se les plantearon a las familias para dar respuestas a las necesidades derivadas de la enfermedad.

-ALTERNATIVAS PARA RESOLVERLOS PREVIO A LA INTERNACIÓN: se intentó conocer si al momento de tomar la decisión de internación se tuvieron en cuenta otras opciones a fin de evaluar si la red primaria recurrió a la institucionalización por ausencia de soporte social.

-PERCEPCIÓN DE LA SITUACIÓN DE INTERNACIÓN: se seleccionó este aspecto a fin de conocer que sentimientos, significados y logros tuvo el familiar o allegado al momento de concretizar la internación y que cambios experimentaron a partir de ese momento.

-CARACTERÍSTICAS DEL SOSTÉN FAMILIAR DURANTE LA SITUACIÓN DE INTERNACIÓN: con este aspecto se apuntó a analizar que tipo de sostén brinda el grupo conviviente durante el período de internación a fin de determinar si se trató de una claudicación, abandono o contención de la red primaria.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) SABINO, Carlos. "El proceso de investigación". Ed. Humanitas.Bs.As.
1986

Análisis de los datos

Se creyó necesario para mayor comprensión del lector repetir la definición operacional de cada uno de los aspectos a medida que se fueron analizando.

D) DATOS DE BASE DEL GERONTE

Se consideró importante el análisis de este aspecto porque permitió un conocimiento más acabado del anciano, ya que SEXO, EDUCACIÓN, STATUS ECONÓMICO, entre otros; son de índole social e individual y van a hacer que el proceso de envejecer difiera de una persona a otra. El fin fue obtener por un lado un perfil individual de su vida para intentar vincularlo con el análisis de los aspectos que configuran el problema. La intención fue establecer algún tipo de relación o tendencia, y por otro lado posibilitar la descripción de la configuración de la población en situación de internación.

Respecto del sexo 9 de las 10 personas internadas son mujeres. Si observamos el estado civil, 5 de ellas son viudas, 3 solteras, 1 casado y 1 divorciada. Es notable la incidencia de la ausencia de conyuges en las mujeres internadas. Esto tiene una connotación más importante si observamos que el motivo que generó la internación del anciano fue presentar previamente al diagnóstico de síndrome demencial un cuadro psiquiátrico que imposibilitó su contención familiar.

Las edades de los gerontes oscila entre los 70 y 90 años. Este dato coincide con las estadísticas que señalan que el mayor porcentaje (20%) de los individuos que presentan cuadros compatibles con demencia se encuentra en dicha franja etarea.

Todas las personas internadas pertenecen a PAMI: 6 son jubiladas, 3 pensionadas y una tiene pensión graciable.

La cobertura social de la población objeto de estudio responde a las características de la institución, ya que de los 70 pacientes internados, 68 ingresaron a través de PAMI y sólo 2 en forma particular.

El haber jubilatorio que perciben es el mínimo, exceptuando un anciano que por su trabajo recibe mayor aporte. Esto coincide con la realidad ya que como señaláramos reiteradamente en nuestro marco de referencia, la jubilación debiera constituir un premio por años de trabajo; mientras que hoy en día no brinda una buena calidad y cantidad de servicios asistenciales para mejorar la calidad de vida de los ancianos, colocándolos en una situación de carencia y pérdida de la autonomía.

En cuanto al lugar de origen de los adultos mayores se pudo observar que 9 de ellos proceden del interior de la provincia de Bs. As. y de otras; mientras que el restante es oriundo de la ciudad de Mar del Plata.

Con respecto a las migraciones hacia esta ciudad, 7 lo hicieron en su juventud en busca de trabajo, ya que en aquella época ésta ofrecía una amplia gama de servicios y oportunidades laborales, y el resto se asentó en

la llamada “ciudad feliz” para vivir la última etapa de su vida. Este dato resulta significativo en virtud de que, se contradice con el estereotipo instalado en esta comunidad donde se cree que los ancianos que terminan institucionalizados son aquellos que se radican en la ciudad feliz para pasar los últimos años de su vida.

El nivel de instrucción de los gerontes no supera la primaria, 6 de ellos la tienen completa, mientras que 4 incompleta dificultando de esta manera la adaptación a los rápidos cambios que se produce, a la comprensión de la tecnología actual y a la proporción de medios para hacer mayor presión social.

En cuanto a la ocupación laboral, 7 tenían trabajo remunerado (3 eran modistas, 1 empleado de casino, 1 sastre, 1 filetera y 1 empleada doméstica) y 3 eran amas de casa.

En todos los casos la persona responsable tiene vínculo familiar, 4 son hijos, 2 hermanos, 2 sobrinos y 1 tía. Sólo uno de ellos está bajo la responsabilidad de una persona cuyo vínculo no es directo (cuñada).

Se considera que la disponibilidad de brindar sostén, tanto como para evitar la internación como para acompañarla, depende del tipo y calidad de vínculo.

Por un lado no es lo mismo que el responsable de la internación sea un hijo, hermano, sobrino o allegado. Pero por otro lado, llama la atención que la disponibilidad de ocuparse del anciano sea mayor en una persona

que no tiene vínculo directo. Por ejemplo en el caso de Lucía de 89 años, su hermano Juan Manuel, según sus propias palabras, concurre al hogar muy eventualmente y por pedido de su esposa y no por sentimiento, ya que la relación con ella fue siempre muy conflictiva. En tanto su cuñada está unida a Lucía por un vínculo de afecto y compromiso aunque a veces se siente desbordada por asumir tanta responsabilidad.

II) CALIDAD DE VIDA PREVIA A LA INSTITUCIONALIZACIÓN

Con el análisis de este aspecto se pretendió establecer como era el estado del geronte en las áreas de salud psicofísica y social previo a la institucionalización, con el objetivo de conocer por un lado su capacidad de autonomía tanto en las actividades de la vida diaria (en adelante A. V. D.) como en las instrumentales (en adelante A. V. D. I.) y por el otro como influye ésta en la decisión de internación.

Se entiende por A. V. D. a aquellas necesidades básicas e indispensables para la vida de una persona como higiene, vestimenta y alimentación; y por A. V. D. I. Aquellas que si bien son necesarias no son imprescindibles; por ejemplo: actividades manuales (tejido, costura), recreativas (juegos, paseos), socializantes (festejo de cumpleaños), entre otras.

Se pudo observar que de el total de ancianos con síndrome demencial, 5 presentan patologías psiquiátricas asociadas, (3 padecen depresión, 1 tiene personalidad psicopática y 1 esquizofrenia).

La calidad de vida de éstos se encuentra interferida por los siguientes factores: psicológicos y biológicos en 3 casos, psicológicos (2), biológicos (2), cultural (2), económico (1), éstos se influyen recíprocamente y repercuten de diferente manera en cada persona haciendo que el proceso de

envejecer difiera tanto en la capacidad de integración social personal como en la capacidad de contención de su entorno familiar.

“... Yo la quiero mucho a Lucía. Si tuviera oportunidad de tenerla en mi hogar lo haría, pero la situación económica lo imposibilita...”

(cuñada, 70 años)

“... Mi tía nunca tuvo enfermedades orgánicas, pero siempre presentó problemas psicológicos...”

(sobrina, 45 años)

Con respecto a la capacidad de autonomía, 4 gerontes se desempeñaban independientemente para las A. V. D., 2 requerían supervisión esporádica, 2 necesitaban supervisión constante y el resto asistencia completa.

“... Mi tía se vestía, por ejemplo, con el sweters al revés y andaba con un tapado como batman...”

(sobrina, 45 años)

“... Cuando mi mamá se enfermó y comenzó a requerir ayuda para comer e higienizarse, se imposibilitó su permanencia en nuestra casa porque mi esposa trabajaba al igual que yo. Ante esta situación tomé la decisión de internarla...”

(hijo, 54 años)

Por otra parte la mayoría de los gerontes (6) desempeñaban actividades instrumentales por sus propios medios, exceptuando 3 que requerían apoyo esporádico. Sólo 1, según referencia de su familiar, no efectuaba ningún tipo de actividad por tratarse de una persona ermitaña y muy solitaria .

Entre las actividades que realizaban destacaron las manuales, socializantes, recreativas, culturales. En un solo caso el cobro de la jubilación.

“... Sólo le gustaba lavar los platos e ir a cobrar la jubilación, pero después se quebró la pierna y ya no salió más...”

(cuñada, 70 años)

III) ESTRUCTURA Y FUNCIÓN

Con esta dimensión se procuró puntualizar como se compone la red primaria del geronte y conocer la estructura y función del grupo conviviente previo a la internación, a fin de poder analizar el grado de compromiso de los miembros y el rol que cada uno de ellos desempeñó en relación a los requerimientos concretos que demanda el geronte.

En cuanto a la red primaria de los ancianos, se observó una amplia gama de situaciones:

Cuadro I

Nombre del anciano	RED PRIMARIA						
	cónyuge	hijos	hermanos	nietos	tías	sobrinos	cuñada
Adela	-----	-----	-----	-----	SI	-----	-----
Lidia	-----	-----	SI	-----	-----	SI	-----
Alberta	-----	-----	SI	-----	-----	SI	-----
Roque	SI	SI	SI	SI	-----	SI	-----
Lucía	-----	-----	SI	-----	-----	SI	SI
Dolores	-----	SI	SI	SI	-----	-----	-----
Lucía A.	-----	-----	SI	-----	-----	SI	SI
Rosario	-----	SI	-----	SI	-----	-----	-----
Avelina	-----	-----	SI	-----	-----	SI	-----
Rosa	-----	SI	SI	SI	-----	-----	-----

Llamó la atención que sólo 1 de los 10 ancianos posee una red primaria amplia con familiares directos obligados no sólo moralmente sino legalmente, sin posibilidades de poder brindar al geronte ningún tipo de contención (afectiva o material) debido a que se encuentran realizando terapia familiar por estar desbordados por la situación .

“... Aunque nos esforzáramos en brindar contención a papá, las situaciones vividas por su enfermedad nos superaron y decidimos pedir ayuda profesional para abordar la problemática...”

(hija, 45 años)

A diferencia de Adela que si bien sólo cuenta con una tía, ésta tiene un alto grado de compromiso aún con las limitaciones propias de su edad.

En relación a la red primaria del resto de los ancianos se pudo determinar según el cuadro que, está compuesta en su mayoría por hermanos y sobrinos y en menor proporción por hijos, nietos y cuñada.

La estructura y función del grupo conviviente se puede apreciar en el **Cuadro II** . Recordamos al lector que en el marco teórico se han desarrollado la totalidad de las funciones.

Nombre del anciano	Grupo conviviente previo a la institucionalización				
ESTRUCTURA					FUNCIÓN
	Vínculo	sexo	edad	ocupación	
Adela	Tía	F	83	Jubilada	Apoyo emocional, compañía social, ayuda material y de servicios, guía cognitiva, acceso a nuevos contactos, regulación social
Lidia	Hermana	F	62	Ama de casa	Apoyo emocional y compañía social.
	Sobrino	F	28	Empleada	-----
Alberta	Sobrino	M	46	Desocupado	Apoyo emocional, compañía social, ayuda material y de servicios, guía cognitiva, acceso a nuevos contactos, regulación social.
	Esposa del sobrino	F	45	Ama de casa	-----
	Hijo del sobrino	M	18	Estudiante	Compañía social
	Hija del sobrino	F	15	Estudiante	Compañía social
Roque	Esposa	F	62	Ama de casa	Apoyo emocional, compañía social
	Hija	F	33	Desocupada	-----
Lucía	-----	-----	-----	-----	-----
Dolores	Hijo	F	54	Chofer de colectivo	Ayuda material y de servicios
	Nuera	F	50	Docente	-----
	Nieto	M	10	Estudiante	-----
	Nieta	F	12	Estudiante	-----

Lucía A.	Hermano	M	75	Artesano viajante	Ayuda material y de servicios
	Cuñada	F	70	Jubilada	Compañía social y apoyo emocional.
Rosario	Hija	F	63	Jubilada	Compañía social, apoyo emocional, ayuda material y de servicios, guía cognitiva, acceso a nuevos contactos, regulación social.
	Yerno	M	70	Jubilado	Ayuda material y de servicios.
	Nieta	F	28	Estudiante	-----
Avelina	Sobrina	F	45	Odontóloga	Compañía social, apoyo emocional, guía cognitiva, ayuda material y de servicios, acceso a nuevos contactos y regulación social.
	Esposo	M	50	Desocupado	-----
	Hijo de la sobrina	M	20	Estudiante	-----
	Hija de la sobrina		17	Estudiante	-----
Rosa	Hija	F	59	Docente	Ayuda material y de servicios
	Yerno	M	60	Plomero	-----
	Nieto	M	23	Estudiante	Compañía social y apoyo emocional

En su mayoría, los ancianos han convivido con familiares directos: 3 con hijos y sus respectivas familias. Se observó que sólo un hijo y en un caso desempeña la totalidad de las funciones; mientras que los 2 restantes sólo brindan ayuda material y de servicios.

Dos ancianos han residido con sus hermanos quiénes no han cumplido las funciones esenciales, ni siquiera por obligación moral.

Es significativo destacar que en uno de los casos la cuñada desempeñaba las funciones que deberían ser ejercidas por su marido y no sólo por obligación moral sino por una relación basada en el afecto y la solidaridad.

De los 5 ancianos restantes; 2 convivieron con sobrinos y su núcleo familiar, 1 con su conyuge e hija, otro con su tía y uno vive solo.

Resulta pertinente destacar que en el caso de los 2 ancianos que vivieron con sus sobrinos, ambos son sus responsables legales y cumplen la totalidad de las funciones, existiendo alto grado de compromiso en relación a los requerimientos concretos que demanda el anciano ante y durante la internación.

Otro punto significativo fue que el adulto mayor que convivió con su esposa e hija, si bien recibió apoyo emocional y compañía social previo a la institucionalización; actualmente la familia no se encuentra en condiciones de brindar ningún tipo de soporte a raíz de encontrarse desbordados por la patología. Roque (personalidad psicopática)ver pág.

Se consideró importante señalar que una residente vivió siempre sola, a pesar de poseer una red primaria compuesta por un hermano, sobrinos y cuñada; quiénes no desempeñaron las funciones pertinentes. Según referencia de su hermano la relación entre ambos fue siempre muy negativa producto de una historia familiar conflictiva, basada en celos, rencores.

“...La mala relación con Lucía es de toda la vida, siempre se refirió hacia mí de manera despectiva, hablando mal de mi persona...”

Esto nos confirma que el dicho: “ persona en casa, persona cuidada y persona internada, persona abandonada, es un prejuicio.

IV) SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Dentro de este aspecto se seleccionaron los siguientes indicadores: trabajo, ingresos y vivienda a fin de poder relacionar como impacta la estabilidad en la posibilidad de contener una crisis vital y que sucede ante la eventualidad de crisis simultáneas.

Del total de las familias entrevistadas, 8 poseen estabilidad laboral cubriendo las necesidades básicas. Las 2 familias restantes a pesar de encontrarse laboralmente inestables, ya sea por trabajos temporarios desempeñados por el jefe de hogar en un caso y por contar sólo con la jubilación del interno, en el otro; cubren las necesidades básicas.

La ocupación que desempeñan los miembros de las familias entrevistadas se puede apreciar en el cuadro II.

Se pudo observar que de las 10 familias, 9 refirieron como necesidades actuales a las de índole material directamente vinculadas al aspecto económico laboral.

“... Estamos subsistiendo por el momento... una necesidad actual es conseguir un trabajo estable...”

(sobrino, 46 años)

“... Una necesidad actual es poder tener una casa propia...”

(cuñada, 70 años)

Resulta significativo que sólo una familia hizo mención a una necesidad afectiva como actual. Por ejemplo:

**“... Me gustaría poder establecer un mejor vínculo afectivo con
mi hermana...”**

(hermano, 54 años)

En cuanto al aspecto habitacional, 9 familias tienen estabilidad, casa propia con espacio físico suficiente para el núcleo familiar conviviente, a diferencia de Araceli (cuñada) que, si bien, tiene inestabilidad habitacional con espacio físico reducido, manifestó el deseo de albergar a la anciana si la situación económica lo permitiera.

V) SITUACIÓN SANITARIA DEL GRUPO CONVIVIENTE PREVIO A LA INTERNACIÓN

Con este aspecto se pretendió vincular la decisión de internación con la presencia de enfermedades con cierta dependencia en algún y/o algunos miembros del grupo conviviente, que dificultara el cuidado del anciano.

Con respecto a la presencia de enfermedades en los miembros que componen el grupo conviviente del adulto mayor previo a la internación, se pudo observar que si bien, no existen enfermedades invalidantes, 3 familias están compuestas por miembros de edad avanzada, limitados para el cuidado del anciano.

“... En mi caso, la dificultad no fue la presencia de una enfermedad, sino lo que limitó el cuidado de mi sobrina fue mi avanzada edad...”

(tía, 83 años)

Otra dificultad que se presentó en 6 familias fue la desestructuración familiar producto de la patología del geronte, impidiendo la convivencia armónica.

**“... No padecemos ninguna enfermedad, gracias a Dios,
exceptuando la patología de mi hermana que repercutió en nuestro
núcleo familiar...”**

(hermana, 62 años)

La familia restante, compuesta por miembros jóvenes, si bien no padecen enfermedades, se vieron imposibilitados de contener al geronte por encontrarse afectados psicológicamente a raíz del cuadro psiquiátrico y demencial del anciano.

VI) TIPO DE RELACIÓN DEL GRUPO CONVIVIENTE CON EL GERONTE

Se pretendió visualizar el lazo existente entre el grupo conviviente y el anciano a fin de comprender como afecto la relación en la decisión de internación.

Al analizar la población objeto de estudio se pudo observar 4 casos con vínculo fuerte y 6 con vínculo débil.

De los 4 ancianos que poseen vínculo fuerte con familiar directo en dos casos el intercambio es fluido dialogando y abordando diferentes temas tanto con el familiar responsable como con el resto de los convivientes.

“... Desde que se murió la madre de Adela, la relación entre nosotras se afianzó mucho más, logrando compartir largas charlas sobre cualquier tema...”

(tía, 83 años)

“... Cuando Lidia vivía conmigo nos pasábamos las tardes tomando mate y hablando de nuestras cosas...”

(hermana, 62 años)

**“... Aunque mi tía sea una persona solitaria, con mis hijos compartía
gratos momentos...”**

(sobrino, 46 años)

Con respecto a los 2 casos restantes el intercambio es escaso, la familia lo atribuyó a la personalidad y carácter del geronte.

**“... Mamá es una persona fría poco demostrativa, a veces pareciera
que no quiere a nadie...”**

(hija., 63 años)

En cuanto a los 6 casos que se caracterizan por tener vínculo débil con su familia, cabe destacar que en todos la relación está activada por contactos más o menos frecuentes. Se constató en todos ellos que la debilidad del vínculo refiere a la historia familiar y a características de personalidad de los involucrados.

Roque tiene una personalidad autoritaria, agresiva y psicopática. Estableció un vínculo negativo con sus hijos, siempre mediatizado por el temor, sólo existieron órdenes incuestionables y censura para las necesidades, deseos y

comportamientos que no coincidieran con su escala de valores, por cierto muy alejada de la legitimada por la sociedad.

Si bien perdió contacto con su grupo conviviente (esposa e hija menor),

Continúa relacionándose con el resto de sus hijas y nietos.

“... Más allá de su enfermedad ha sido un buen padre, no nos ha hecho

faltar nada, nos ha brindado cariño...

... El problema es que no podemos aceptar su patología...”

(hija, 45 años)

Otra anciano siempre vivió solo. La relación con su único hermano fue y es históricamente conflictiva. El intercambio es escaso.

“... Creo que el apoyo familiar es fundamental, pero la visito por

obligación y no por sentimiento...”

(hermano, 70 años)

Con respecto a los 4 restantes, si bien, tiene vínculo débil con el grupo conviviente por historia familiar previa, 3 mantienen relación con familiares no convivientes. Por ejemplo Dolores posee un buen vínculo con nietos, hermanos y nuera.

Otro caso fue el de Lucía A. Cuya relación con su cuñada es muy buena, no siendo así con su hermano.

“... Aunque conozca la historia familiar de mi cuñada y mi marido no llego a entender como aún persiste el rechazo y la indiferencia entre ambos. Por suerte Lucía me tiene a mí que nos llevamos bien...”

(cuñada, 70 años)

Rosa estructuró con su hija una relación restringida basada en la posesión y el autoritarismo. Sólo pensó en sus intereses personales impidiendo de esta manera la apertura al diálogo con ella. Está situación cambió paulatinamente al nace sus nietos, estableciendo con éstos un intercambio especial que mejora la relación madre-hija.

“... Si bien los contactos con mi mamá fueron esporádicos por la posesión y el autoritarismo que siempre ejerció sobre mí, la relación mejoró mucho cuando nacieron mis hijos...”

(hija, 59 años)

Lucía A. y Lucía no han establecido relación con familiares no convivientes.

**“... Mis hijos no se acercan a ella, no sólo por el distanciamiento
conmigo, sino también por el carácter de mi hermana...”**

(hermano, 75 años)

**“... Mirá, no sólo yo tengo mala relación con mi hermana, mis hijos
también...”**

(hermano, 70 años)

Como cierre de este aspecto se destacó como significativo que sólo 4
ancianos mantengan vínculo fuerte con familiares directos y que sólo en un
caso de los 4, ese vínculo esté establecido entre madre e hija.

VII) DISCURSO CULTURAL

Con este aspecto se procuró determinar que valoraciones, creencias, normas, cultura y actitudes tiene la familia sobre la vejez en general y la vejez vulnerable en particular. Se intentó arribar a la idea que el grupo conviviente tiene acerca del padecimiento que nos ocupa.

Es preciso destacar que para el análisis de este aspecto se tomaron como referencia las definiciones desarrolladas en el marco teórico.

El total de las familias entrevistadas respondieron a la pregunta formulada sobre vejez en forma heterogénea.

Se pudo observar que en 5 casos tiene una perspectiva integral sobre el concepto.

“... La vejez es una etapa más de la vida con ciertas particularidades según el caso...”

(hijo, 54 años)

“... Es una etapa que debemos transitar con más o menos inconvenientes, pero con limitaciones inevitables...”

(hija, 59 años)

Mientras que en otros 2 casos las respuestas apuntaron directamente al deterioro de la persona. En los 3 restantes se hizo alusión a la vejez como una etapa de horror y miedo.

“... Tengo horror a la vejez. Temo que me pase lo que le está sucediendo a mi papá...”

(hija, 45 años)

“... La vejez es un horror, cuando sos anciano poca gente te hace un favor...”

(cuñada, 70 años)

En cuanto a la vejez vulnerable se pudo establecer que la mayoría – 8 familias – tienen una idea vinculada con el concepto (riesgo, susceptibilidad, requerimientos de mayores cuidados, entre otros). Mientras que las 2 restantes parecieron no registrar el riesgo aumentado en esta etapa de la vida.

“... Creo que la persona anciana y además enferma requiere más cuidados que en otros momentos de la vida por encontrarse expuesta a mayores riesgos...”

(hijo, 54 años)

“... Para mí la debilidad o la sensibilidad pueden existir en todas las etapas que atraviesa una persona, aunque el anciano se encuentra más expuesto al riesgo por su desgaste físico...”

(hija, 59 años)

“... Opino que el anciano es susceptible al riesgo por el deterioro que va atravesando...”

(hermano, 70 años)

En relación a la idea que tienen los entrevistados con respecto a las personas con diagnóstico de síndrome demencial, se pudo determinar que: 7 poseen ideas muy generales de lo que la enfermedad implica teniendo como parámetros la propia experiencia, mientras que el resto (3) la caracterizan como “locura”.

“... Creo que esta enfermedad es genética, ya que un hermano de mi mamá comenzó con las mismas características...”

(hija, 59 años)

“... Es terrible padecer síndrome demencial porque no tiene cura...”

(cuñada, 70 años)

**“... Opino que requieren más cuidado y es una enfermedad
difícil de sobrellevar...”**

(hija, 45 años)

“... Locura, es lo primero que se me viene a la mente...”

(hermana, 62 años)

**“... Definiría al síndrome demencial como
una especie de locura...”**

(tía, 83 años)

VIII Y IX) CONOCIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD, COMPRENSIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS PARA LA VIDA COTIDIANA Y DIFICULTAD PARA CONTENER LOS EMERGENTES QUE PLANTEARON DICHS REQUERIMIENTOS.

Con estos aspectos se pretendió por un lado identificar el grado de información que posee la familia con respecto al síndrome demencial y el conocimiento de las limitaciones para la vida cotidiana que produce dicho padecimiento en el anciano a fin de analizar como influyen en la decisión de internación.

Por otro lado se procuró determinar que obstáculos concretos se les plantearon a las familias para dar respuestas a las necesidades derivadas de la enfermedad.

En cuanto al conocimiento de las características del síndrome demencial se pudo observar que de 10 familias entrevistadas, 7 manifestaron tener un conocimiento general de la enfermedad y comprensión de los requerimientos, fundado en la información obtenida por experiencias vividas con sus familiares.

“... Comenzó con pérdida de memoria, ausencias, es decir esto es lo que le sucedía a mi hermana...”

(hermano, 70 años)

**“... Se olvidaba el fuego prendido, tenía períodos que
con mi mamá era terrible...”**

(sobrina, 45 años)

**“... Era muy reiterativa, no se quería bañar...
... comprendo las demandas que ésta acarrea,
ya que cuando mi madre comenzó con la enfermedad
estaba viviendo conmigo...”**

(hija, 59 años)

Otras 2 familias recibieron información al respecto de profesionales médicos intervinientes en el caso, no sólo de cómo se manifiesta la enfermedad sino también la atención que requiere el anciano.

“... Conozco las características porque los médicos que atienden a mi papá me han dado material para leer y me han explicado que cosas necesita una persona anciana con este padecimiento...”

(hija, 45 años)

“... Sé los síntomas que presenta la enfermedad porque el médico nos iba diciendo y explicando a medida que se presentaban determinadas conductas...”

(sobrino, 46 años)

Sólo una familia expresó desconocer las características del síndrome demencial haciendo referencia a las alucinaciones que sufría su hermana.

**“... Que le sucede a las personas con esta enfermedad, no sé,
ella veía cosas, alucinaba y yo no sabía que hacer...”**

(hermana, 62 años)

En lo que respecta a las dificultades para contener los emergentes, se pudo establecer que en los 10 casos se presentaron los mismos problemas, pero de diferente manera.

En el caso de Adela la dificultad primordial que imposibilitó su cuidado fue la avanzada edad de su tía.

Otro caso fue el de la hermana de Lidia, a quién se le presentaron una diversidad de inconvenientes debido a su desconocimiento sobre la enfermedad y sus requerimientos.

**“... Vivía con nervios, no podía salir, me parece que me
estaba por enfermar yo...”**

(hermana, 62 años)

Un dato significativo: una de las familias entrevistadas a pesar de haber demostrado un alto grado de comprensión y compromiso respecto de la enfermedad y de los cuidados que ésta implica, debió recurrir a la internación. Por sus propias palabras se pudo inferir que el motivo de internación fue producto del agotamiento familiar.

“... Cuando se nos escapa el control es inevitable la internación. Somos enemigos de los geriátricos, pero llega un momento que no hay otra solución, o es un anciano en su última etapa de vida o es toda una familia que se destruye...”

(sobrino, 46 años)

En el caso de Roque las dificultades estuvieron dadas por las características de la personalidad y tendencia psicopática (agresividad, autoritarismo, manipulación) que éste ejercía sobre su núcleo familiar.

“... Para convivir se complicaba por su fuerte carácter, agresividad...maltrataba a mi madre, ante cada situación su permanencia en el hogar se volvió intolerable...”

(hija, 45 años)

Por otro lado en el caso de Rosario la entrevistada manifestó que la dificultad central es de índole económico.

“... Mirá, el obstáculo es que la mayor parte del tiempo no estamos en casa y no se puede pagar a una enfermera para que la atienda...”

(hija, 63 años)

El resto de las familias entrevistadas (5) manifestaron que se vieron imposibilitadas para evitar la internación por cuestiones laborales y fundamentalmente por dificultades en arribar a acuerdos para otra alternativa.

En casi todos los casos esta falta de acuerdo se refirió a una conflictiva actualizada de la historia familiar previa.

“... Una dificultad que se nos presenta es no disponer de tiempo sumada a la mala relación que tenemos...”

(hija, 59 años)

**“... Al acentuarse la enfermedad de mi mamá nuestra relación
empeoró, se volvió más demandante y yo no tengo tiempo de
atenderla...”**

(sobrina, 45 años)

X) ALTERNATIVAS PARA RESOLVERLOS PREVIO A LA INTERNACIÓN

Se intentó conocer si al momento de tomar la decisión de internación se tuvieron en cuenta otras opciones a fin de evaluar si la red primaria recurrió a la institucionalización por ausencia de soporte social.

Del total de las familias entrevistadas se pudo observar que en 8 casos no tuvieron en cuenta otras sugerencias por diferentes motivos y en 2 casos se pensaron en otras alternativas que evitan la internación; las cuales se agotan de inmediato debido a cuestiones económicas en ambos casos y a la fuerte personalidad de la anciana en uno de ellos.

“... Pensamos en todas las alternativas posibles, pero todo es dinero...”

(sobrino, 46 años)

“... En una primera instancia decidimos contratar a un cuidador, lo que implicaba un gasto económico importante. Pero debimos optar por la internación ya que por el carácter de mi hermana los cuidadores se desbordaban...”

(hermano, 70 años)

De los que no tuvieron en cuenta otras alternativas (8), 2 familias expresaron que la internación fue la mejor solución, 4 ante la desestructuración familiar y la carencia de información, capacitación y orientación sobre otras opciones decidieron que la internación fuera la decisión inmediata, otro caso fue el de Lucía donde sus familiares expresaron que no buscaron otras opciones porque la situación económica la imposibilitaba y por último se hace referencia a un caso en particular como es el de Roque, se destaca que los fundamentos de no haber buscado otras alternativas están más que claros ya que como se mencionara en aspectos anteriores la patología del anciano colocó a la familia en una situación de desborde, razón por la cual la opción para obtener un alivio familiar y bienestar del geronte fue recurrir a la internación.

**“... No pensé otra elección porque creo que la internación fue la
decisión más correcta...”**

(sobrina, 45 años)

**“... No busqué otras alternativas porque creo que la mejor
solución era internarla en el geriátrico, puesto que allí
están las personas capacitadas para atenderla...”**

(hija, 59 años)

“... La verdad es que pensé en la internación porque no sabía que hacer y aparte ella se quería internar...”

(hermana, 62 años)

“... Mi mamá es una persona muy difícil, de mucho carácter, está en su mundo, su problema y realmente no tengo conocimiento de la existencia de otras alternativas que puedan ayudar...”

(hija, 63 años)

“... Sólo pensamos en la internación, si bien no nos informamos sobre otras posibilidades, la convivencia familiar no daba para más...”

(hijo, 54 años)

“... La situación impedía que pensáramos en otra alternativa, ante la agresividad decidimos alejarlo de nuestro hogar. Nuestra intención era internarlo temporalmente, actualmente esto es imposible...”

(hija, 54 años)

“... Actualmente al no poseer una propiedad, ni espacio físico adecuado, la posibilidad de pensar en propuestas complicaría aún más la situación...”

(cuñada, 70 años)

XI) PERCEPCIÓN DE LA SITUACIÓN DE INTERNACIÓN

Se seleccionó este aspecto a fin de conocer que sentimientos, significados y logros tenía el familiar o allegado al momento de concretizar la internación y que cambios fueron experimentando a partir de ese momento.

Con respecto a los sentimientos que percibieron los familiares el día de la internación se pudo observar que, en 6 casos predominó el alivio y tranquilidad, manifestando que la decisión tomada fue la mejor elección.

“... No sentimos ni culpa, ni pena, si tranquilidad.

**No sufrió el vagón que viven los abuelos que se
sienten abandonados...”**

(sobrino, 46 años)

**“... Sentí tranquilidad y alivio porque creo que tomé
la decisión más correcta...”**

(hija, 63 años)

**“... La verdad es que sentí alivio y tranquilidad porque
si se hubiera quedado sola en su casa hoy no estaría viva...”**

(hermano, 70 años)

Mientras que en otros 3 casos se observaron sentimientos de tristeza y angustia fundamentando diferente motivos.

“... Sentí mucha pena porque la decisión de internarla fue por no disponer de los medios necesarios para que permanezca con nosotros...”

(cuñada, 70 años)

“... Fue horrible, me sentí muy mal, pero la internación era necesaria...”

(sobrina, 45 años)

“... Lloré mucho el día que la interné, la tristeza me superó...”

(tía, 83 años)

Cabe destacar que en el transcurso de las entrevistas éstos últimos familiares se quebraron llegando hasta las lágrimas.

Por último, los familiares de Rosa expresaron haber experimentados sentimientos ambivalentes de alivio y culpa.

“... Mirá, el día que la interné, por un lado sentí tranquilidad, porque la convivencia no daba para más, pero por otro lado sentí culpa por dejar a mi madre en un geriátrico...”

(hija, 59 años)

En relación a los cambios que los familiares experimentaron a partir del momento de la internación, se pudo establecer que de 10 entrevistados, 7 comunican haber percibido modificaciones positivas en sus sentimientos.

En el caso de Lidia, su hermano manifestó:

“... estoy contenta porque ví que era buena gente, es como una familia. Desde que la interné hasta ahora noté un cambio muy bueno, por suerte...”

Otro caso fue el de Adela, en donde su tía expresó:

“...el cambio fue bueno debido a que la tristeza desapareció por ver a mi sobrina compensada y con buen estado de ánimo...”

En el caso de Lucía su hermano manifiesta:

“ ...creo que el cambio fue muy bueno, ya que medida que pasan los años confirmo que mi decisión fue acertada...”

El resto de los entrevistados (3) atravesaron sentimientos de culpa a partir de la internación, acrecentándose éste día a día .

“... Siento culpa por crearme responsable de que mi padre se encuentre institucionalizado...”

(hija, 54 años)

“:.. Los cambios fueron, que si bien hubo una mejor organización en nuestras vidas a partir de su internación, cada vez que me voy del hogar siento cierta culpa por sentirme responsable de que mi madre esté ahí...”

(hija, 54 años)

“ ... Desde el día que la interné hasta ahora sentí y siento culpa aumentando ésta cada vez que la visito y regreso a mi casa.

Aunque te soy sincera el alivio es inmenso...”

(hija, 59 años)

XII) CARACTERÍSTICAS DEL SOSTÉN FAMILIAR DURANTE LA SITUACIÓN DE INTERNACIÓN

Con este aspecto se apuntó a analizar que tipo de sostén brindó el grupo conviviente durante el período de internación a fin de determinar si se trató de una claudicación, abandono o contención de la red primaria.

En relación a las visitas al geriátrico que realiza el grupo conviviente al anciano, se pudo observar que, la total de la muestra recibe visitas.

En 2 casos concurre todo el núcleo familiar. El responsable lo hace periódicamente y el resto de los miembros cada 15 días.

En otros 5 casos los ancianos reciben la visita del familiar responsable institucionalmente, acompañado en ocasiones, por un miembro del grupo conviviente.

“... Visito a mi sobrina una vez por semana debido a mi edad y a la distancia que hay hasta el geriátrico...”

(tía, 83 años)

“... A Lidia la veo una vez por semana (sábado o domingo) porque cuido a mi nieto y no puedo ir más seguido...”

(hermana, 62 años)

“... Yo la visito a mi tía todos los días un ratito (15 minutos aprox) y a veces me acompaña mi esposa, quién permanece con ella más tiempo...”

(sobrino, 46 años)

“... Cuando puedo y tengo franco voy al geriátrico a ver a la tía, mi hijo que estudia en Bs. As., cada vez que viene también va...”

(sobrina, 46 años)

“... Religiosamente veo a mamá una vez por semana, cuando puedo voy más seguido. En ocasiones me acompaña mi hija...”

(hija, 63 años)

Tres casos significativos fueron los de Lucía, Lucía A. y Roque. La primera recibe una vez por semana la visita de su cuñada permaneciendo junto a ella una hora aproximadamente. En cambio su hermano quién es el responsable institucionalmente no la frecuenta.

“... Como ya te dije anteriormente, tengo mala relación con mi hermana por este motivo no la visito, en cambio mi esposa si lo hace...”

(hermano, 70 años)

La segunda es visitada un vez por semana por su cuñada, quién es la responsable institucionalmente; mientras que su conyuge (hermano de la anciana) lo hace esporádicamente y por presión de su esposa.

“... A Lucía la visito siempre yo, cuando logro que Juan Manuel acepte acompañarme, vamos juntos...”

(cuñada, 70 años)

Y el tercero (Roque) presentó diferentes variantes. En un primer momento recibió la visita de su esposa y tres de sus hijas. Se destaca que la hija menor no concurre por ser la más afectada en esta situación .

Actualmente asisten al hogar solo sus tres hijas, dos veces por semana, dos horas aproximadamente, toman maté y dialogan; mientras que su esposa no lo hace por indicación médica y decisión propia.

“... Hoy puedo mantener un diálogo con mi papá, puede ser por la medicación, pero anteriormente no lo podía hacer...”

(hija, 45 años)

En cuanto a las visitas de otras relaciones significativas se pudo observar que: 4 ancianos no reciben visitas y 6 sí.

Los que no son visitados se debe al desinterés, comodidad, distancia y mala relación afectiva.

“... No recibe la visita de sus primas porque no tienen interés de compartir nada con ella...”

(tía, 83 años)

“... Las amigas no la visitan porque es una persona muy conflictiva...”

(sobrina, 45 años)

“... Si bien tiene dos hermanas con las cuales no tiene problemas, éstas no la visitan porque viven en Bs. As...”

(hermano, 70 años)

“... Tiene sobrinos que no la visitan porque nunca tuvieron buen vínculo...”

(cuñada, 70 años)

Los 6 ancianos restantes reciben visitas de: amigas, sobrinos, nietos y hermanos.

“... Todas las semanas, día por medio va mi amiga a visitar a mi hermana...”

(hermana, 62 años)

“... Mi hermana cuando puede, visita a mi tía...”

(sobrino, 46 años)

“... Papá es visitado por sus nietos a quienes en ciertas ocasiones no recuerda...”

(hija, 45 años)

“... Mi mamá tiene un nieto que a pesar de vivir en Bs. As. la visita cada vez que puede...”

(hijo, 54 años)

En relación a los trámites inherentes al anciano se pudo notar que en 3 casos se encarga el personal de la institución. En los otros 7 los familiares responsables.

“... Los trámites más inmediatos lo realiza el personal de la institución, ante cualquier eventualidad se comunican conmigo...”

(hija, 59 años)

“... De todas las cosas que necesita mi mamá me encargo yo...”

(hija, 63 años)

En relación a las actividades de esparcimiento que el familiar o allegado realiza con el geronte se pudo determinar que: en 4 casos si realizan alguna actividad junto a sus familiares. Mientras que en otros 4 casos el familiar ha efectuado la propuesta de realizar paseos obteniendo una respuesta negativa por parte del anciano y otros 2 no tiene familiares dispuestos a realizarlas.

Roque lo hace con sus hijas, quienes lo llevan a pasear por la ciudad.

“... Él sabe que debe regresar motivo por el cual no nos contradice al momento de volver, como le hemos dicho que su estadía es transitoria, teme que al contradecirnos deba quedarse internado por más

tiempo...”

(hija, 45 años)

En cambio Dolores efectúa paseos junto a su nieto, residente en Bs. As.

**“... La verdad es que yo no tengo tiempo para pasear con mi mamá,
pero un sobrino cada vez que la visita, lo hace...”**

(hijo, 54 años)

En el caso de Rosario, su hija los fines de semana la lleva a almorzar y a tomar el té.

**“... En mi casa almuerza y enseguida se acuesta a dormir la siesta, no
dialoga ni acepta salir a pasear...”**

(hija, 63 años)

Rosa sale a pasear con su nieto cada vez que este la visita.

**“... Mirá, yo no salgo a pasear con mi mamá, pero mi hijo cuando
la visita sí porque tiene mejor relación...”**

(hija, 59 años)

A continuación se citan dos ejemplos de aquellos que no aceptan la propuesta de su familiar.

“... La hemos invitado a almorzar a casa y siempre nos dice que no...”

(sobrino, 46 años)

“... La verdad es que siempre la invito a caminar pero no acepta...”

(hermana, 62 años)

Fragmentos de familiares que no están dispuestos a realizar actividades junto al anciano.

“... Cada vez que voy al geriátrico mi cuñada me pide que la saque a pasear y por una u otra cosa aún no lo he hecho...”

(cuñada, 65 años)

“... Si fuese más joven no tendría inconveniente de traer a Adela a casa, mi problema es la edad...”

(tía, 83 años)

PROGRAMAS A INSTITUCIONALES A NIVEL NACIONAL, PROVINCIAL Y MUNICIPAL.

Para cumplimentar el objetivo cuyo contenido fue conocer los programas vigentes del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (I. N. S. S. J. P.) a nivel municipal, provincial y nacional que planteen alternativas diferentes a la internación geriátrica; se efectuaron entrevistas a informantes calificados. A saber: Lic. en Servicio Social Norma Palermo (quién se desempeña en el Área de Tercera Edad de Calidad de Vida de la Municipalidad de General Pueyrredón); Lic. Mónica Sánchez Asistente Social del Área Tercera Edad del Hospital Interzonal General de Agudos; y Lic. Alicia Palacios (jefa de prestaciones sociales de I. N. S. S. J. P.).

A nivel municipal, provincial y nacional, la información obtenida fue la siguiente: existe un programa gerontológico municipal cuyo objetivo radica en crear alternativas previas a la internación. Se trabaja interdisciplinariamente (médico geriátra, enfermero, psicólogo y asistente social) tomando a la demencia en su estadio inicial. Existe una capacitación dirigida a personas que posteriormente se desempeñarán como cuidadores domiciliarios. El programa también cuenta con los siguientes

recursos: viandas elaboradas en el Hogar de Ancianos Municipal, las cuales, previa evaluación efectuada por el equipo interdisciplinario se distribuyen en los domicilios de aquellos ancianos que lo necesitan.

Están provistos de un transporte que les permite a los profesionales movilizarse ante la demanda y realizar visitas domiciliarias.

El programa contempla en desarrollo de actividades preventivas para aquellos ancianos sanos.

Si bien no existen otras alternativas en el municipio que las descritas anteriormente, cabe destacar que actualmente se está proyectando la posibilidad de formar equipos que se ocupen específicamente de un radio determinado en virtud de que esto permita la descentralización de tareas contribuyendo a una mayor eficacia en el trabajo.

Tomando como referencia al Hospital Interzonal General de Agudos, la Lic. Mónica Sánchez informó que en dicha institución existe desde el año 1997 un programa de consultorio externo donde funciona un área de Tercera Edad integrada por un equipo interdisciplinario (tres médicos, tres psicólogos, un psiquiatra, una terapeuta ocupacional y un asistente social).

La metodología de trabajo es la siguiente: cada miembro del equipo, teniendo en cuenta su especialidad, realiza una evaluación del caso; posteriormente se efectúa una devolución familiar sobre el plan terapéutico a seguir.

Se apunta a la estimulación cognitiva con el paciente, estrategias de atención con los familiares y/o cuidadores brindando información y psicoeducación.

La informante calificada manifestó que los proyectos sobre los cuales se está trabajando son: crear un Centro de Día y un Hogar de Tiempo Permanente.

Se destaca que el trabajo se realiza articuladamente con distintas instituciones de la ciudad según lo requiera el caso.

Al entrevistar a la Lic. Palacios, la misma manifestó que a nivel nacional se encuentran en vigencia cursos de capacitación destinados a formar Auxiliares Geriátricos Gerontológico cuya función radica en acompañar al anciano en su domicilio durante un tiempo determinado, según lo requiera la situación.

La Jefa de Prestaciones Sociales hizo mención a la implementación de diferentes programas por ejemplo: para discapacitados, explicando que desconoce la existencia de aquellos destinados exclusivamente a ancianos con diagnóstico de síndrome demencial.

Conclusión

La investigación exploratoria-descriptiva que se realiza, incluye una minuciosa exploración bibliográfica y un estudio de casos. Ha permitido un análisis más profundo de los condicionantes sociofamiliares de la internación geriátrica de personas con diagnóstico de síndrome demencial, describir algunos sucesos relevantes, proponer algunos aspectos para su análisis y plantear futuras líneas de trabajo sobre el tema.

La franja etarea seleccionada para esta investigación supera en su mayoría los 80 años. Se sostiene que en esta etapa los cuadros de demencia son más propensos de ser adquiridos

En general el análisis de los datos confirma las hipótesis planteadas sobre los motivos que condujeron a las familias a recurrir a la institucionalización como una solución inmediata.

*La historia familiar previa del geronte incide en la disponibilidad para brindarle sostén afectivo y material, ya que la mayoría de los ancianos tienen vínculo débil con familiares convivientes. Estos conflictos entre sí emergen de la propia historia. Este es uno de los motivos pero no el más significativo que influyó en la decisión de internación.

*Las familias conflictivas brindan contención al anciano a través de contactos esporádicos basados en lazos de tipo moral y/o legal mezclados con sentimientos ambivalentes (alivio- culpa), disminuyendo de esta

manera la capacidad de elaborar situaciones de discapacidad, vejez y comprensión de los fenómenos de deterioro propio o de sus seres queridos.

*Aunque existen tensiones familiares, no cabe duda de que, la institución de apoyo básico en los problemas sociales de los mayores es la familia.

*El conocimiento que éstas poseen sobre los cambios que la enfermedad puede llegar a producir es muy limitado. La información que éstas tienen acerca de las modificaciones en la personalidad y los problemas psicofísicos que puedan surgir es escaso y en casi todos los casos surge de la experiencia personal.

*No han recibido orientación, apoyo, asesoramiento ni tratamiento de cómo afrontar la situación problema y las dificultades intrafamiliares que ésta acarrea: FALTA DE DIÁLOGO CON LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR, SENTIMIENTOS AMBIVALENTES, DIFICULTAD PARA COMPARTIR EL CUIDADO DEL GERONTE Y PARA EL USO DE LOS RECURSOS.

*No existen alternativas que permitan a familiares canalizar niveles de "stress" y contribuyan a favorecer la calidad de vida de los abuelos.

*El único recurso que la mayoría de las familias ha tenido en cuenta es la internación producto de la desinformación sobre las escasas alternativas que contemplan los problemas del envejecimiento y de la influencia de la crisis económica actual. Esto evidencia una política

asistencialista, que no prevé situaciones individualizadas ni cambios en las estructuras, contribuyendo a que la familia se adecue a lo existente no siendo en muchos casos la decisión deseada.

*Es notoria la falta de políticas sociales que brinden propuestas institucionales acorde a requerimientos particulares.

*El desborde del umbral de tolerancia de los miembros del núcleo familiar profundizó la desestructuración de la dinámicas que impidió contener los emergentes que plantea el síndrome demencial, desencadenando en la decisión de internación.

Evidentemente las provisiones de un sistema de bienestar social como el que prevalece en la actualidad pone en evidencia en retroceso de las políticas sociales. Éstas no han hecho una contribución significativa a la creación de una sociedad justa e igualitaria, sino que han profundizado aún más el déficit de los servicios.

Actualmente los incentivos para que la familia cuide en su hogar de sus miembros ancianos son inexistentes.

No existe una responsabilidad compartida entre el Estado y la familia, ya que no se brinda una diversidad de opciones lo suficientemente flexibles e innovadoras como para llenar necesidades específicas de la familia y del anciano. Las familias necesitan al Estado a través de su sistema de bienestar social para poder asumir las responsabilidades

inherentes al cuidado de la Tercera Edad. En nuestra investigación se evidencia que la demanda prioritaria que las familias explicitaron gira alrededor de: -ayuda instrumental y orientación relacionada al cuidado y adaptación a este proceso -ayuda financiera para aliviar la carga económica que puede implicar la atención de ancianos minusválidos en el domicilio.

Asistimos a la indiferencia de un Estado claudicante que transfiere tanto sus funciones como sus responsabilidades en la familia.

Basa su estrategia delegante y el modelo político excluyente, en un discurso de sobrevaloración de diferentes metodologías como por ejemplo: la red y en una distribución de recursos insuficientes que no se funda en un criterio equitativo de justicia.

El Trabajador Social no puede dejar de lado el abordaje interdisciplinario, así como el contexto familiar, social e institucional a micro y macro nivel; para de esta manera intentar lograr una articulación entre lo formal, informal y profesional. Tampoco puede eludir el rol orientador, asesor y fundamentalmente concientizador que permita a las personas, tanto aliviar el sufrimiento social que les genera la exclusión, como instalar en la agenda política la problemática que los afecta, camino insoslayable para la generación de políticas sociales activas.

El Trabajador Social no puede evadir esta responsabilidad si quiere dejar de ser funcional al sistema de "bienestar social" que no facilita emerger al sujeto moral y de derecho constructor de ciudadanía.

Las expectativas de las autoras fueron ampliamente superadas, ya que dicha investigación proporcionó datos más enriquecedores que los esperados. Se partió con una visión micro del problema, pensando encontrar una familia delegante detrás de una institucionalización. Actualmente no sólo se amplió nuestra mirada sino que se obtuvo una visión más crítica y dialéctica del problema, un corrimiento del mismo centrado en la familia y su red natural a un problema centrado en las relaciones de producción y distribución de los recursos sociales.

Propuesta

Al culminar la investigación, teniendo como referente la conclusión y considerando que nuevas alternativas contribuirían a la postergación de la institucionalización del anciano con menor grado de dependencia se propone el proyecto “ **EN BUSCA DE OTRA ALTERNATIVA**”. El mismo fue elaborado por las autoras apuntando no sólo a preservar la capacidad funcional del anciano, sino también a promocionar otros componentes de salud: relaciones sociales, familiares y alivio de las necesidades del cuidador.

La intervención como profesionales en este proyecto está orientada hacia la prevención en sus niveles primarios y secundarios, procurando mantener al anciano dentro de su comunidad, respetando sus derechos, autonomía, confianza, entre otros.

El motivo que impulsó a elaborar este proyecto, además de lo anteriormente expresado, fue intentar instalar dicha problemática en la agenda política, siendo ésta la única forma viable de influir sobre aquellas personas encargadas del bienestar del ciudadano.

PROYECTO

“EN BUSCA DE OTRA ALTERNATIVA”

FUNDAMENTACIÓN

Si superamos el mito que sostiene que la vejez es una “carga para la sociedad” y la pensamos como una potencialidad, existiría la posibilidad de diseñar políticas, programas y proyectos que beneficien al anciano y lo involucren a ser partícipes de los mismos, utilizando sus potencialidades y de esta manera darles la posibilidad y la oportunidad, sobre todo, a aquellas personas mayores que permanecen institucionalizadas de hallar condiciones favorables para recrear su proyecto de vida y no para sostener un proyecto de muerte supuestamente digno.

Si aceptáramos que la familia no puede sostener a solas la calidad de vida de los ancianos, la decisión de buscar nuevas alternativas que complementen y apoyen la función familiar, podrá ser visualizada como un comportamiento maduro.

Teniendo en cuenta que en la actualidad de servicios en alternativas intermedias para el cuidado de los gerontes es deficitaria y ante la insuficiencia de recursos orientados a contener a sus cuidadores, se origina

el siguiente proyecto con el propósito de crear recursos alternativos orientados a familiares y/o allegados de ancianos con diagnóstico de síndrome demencial. La finalidad es intentar dar respuestas a situaciones emergentes de la problemática y ayudar a sobrellevar esta situación que genera altos niveles de “stress”.

El proyecto será presentado a la Municipalidad de General Pueyrredón y/o a otras instituciones interesadas a fin de ser implementado a partir del año 2002.

LOS OBJETIVOS GENERALES que persigue este proyecto son:

- 1) Crear espacios de contención y capacitación con profesionales idóneos que permitan el acceso de la red primaria a: la información, reflexión, intercambio de conocimientos, habilidades, dudas e inquietudes sobre el diagnóstico, pronóstico y requerimientos de la persona con síndrome demencial.
- 2) Promover la conciencia ciudadana respecto de los derechos a la salud, la calidad de vida y la seguridad de las personas con este padecimiento.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Mejorar la calidad de vida de los ancianos.

- 2) Prevenir en el cuidador principal el agotamiento y stress que tal situación genera.
- 3) Favorecer el bienestar emocional del anciano y de su red primaria.
- 4) Canalizar en forma constructiva estados de ansiedad, angustia, tensión, sentimientos de culpa y sufrimiento social.

POBLACIÓN DESTINATARIA

Específicamente este proyecto está destinado a toda persona residente en la ciudad de Mar del plata que tiene bajo su cuidado a un anciano con diagnóstico de síndrome demencial.

LAS ACTIVIDADES QUE SE PLANTEAN SON LAS SIGUIENTES

- 1) Gestionar espacios físicos a utilizar.
- 2) Convocar a profesionales idóneos en el tema para que colaboren en los encuentros.
- 3) Organizar los encuentros.
 - A) Reuniones organizativas de profesionales a fin de trabajar ejes temáticos y metodología operativa a implementar en los talleres (días, funciones, horarios)
 - B) Talleres de información para la comunidad.

4) Dar a conocer la existencia de la alternativa a través de distintos medios masivos de comunicación y gacetillas informativas a instituciones (clubes, escuelas, etc)

5) Encuentros

- a. Implementar técnica de presentación para profesionales y presentes.
- b. Explicar objetivos y secuencias de desarrollo de los encuentros.
- c. Informar, asesorar, contener y capacitar a la red primaria.
- d. Facilitar intercambios y reflexiones.
- e. Dar respuesta a las necesidades y demandas suscitadas.

6) Evaluar resultados.

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS A UTILIZAR

Se pretende implementar una metodología participativa, en la que se lleve a cabo todo el proceso de intervención en conjunto con la familia, comunidad y profesionales.

Se aportarán técnicas para lograr los objetivos planteados y de esta manera estimular a los concurrentes.

Las actividades serán desarrolladas por un equipo interdisciplinario de profesionales con participación de familiares y comunidad en general.

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

MATERIALES

- Coordinador Técnico: mediador y articulador comunitario.
- Médico psiquiatra
- Médico neurólogo.
- Médico geriatra.
- Psicóloga.
- Asistente Social.
- Terapeuta Ocupacional.
- Nutricionista.
- Abogados.
- Arquitectos.
- Familiares de los ancianos.
- Comunidad en general.
- Auxiliares gerontológico.

RECURSOS

- Espacios físicos.
- Mesas, sillas.
- Pizarrón, tizas.
- Video, t.v.
- Proyector.
- Equipo de música.

RECURSOS FINANCIEROS

-Contrato para el coordinador: los profesionales no percibirán honorarios, ya que dependerán de las instituciones de referencia.

OBSTÁCULOS

Un impedimento previsible que obstaculizaría el logro de los objetivos sería la falta de participación de los familiares y apoyo de las instituciones.

IMPACTO SOCIAL DIRECTO

Se espera que dicho proyecto sea el puntapié inicial para que esta propuesta sirva como alternativa: a corto, mediano y largo plazo.

A corto plazo preservar física, psicológica y socialmente al paciente con síndrome demencial y a la familia; vehiculizando la ayuda necesaria

para que la red primaria siga siendo un valioso instrumento terapéutico y de continencia.

A mediano plazo instalar en la agenda política la problemática a fin de promover políticas pertinentes.

A largo plazo cambiar en el imaginario social la representación social del anciano en general y de la vejez vulnerable en particular.

CRONOGRAMA DEL PROYECTO

ACTIVIDAD	TIEMPO
Nº 1.....	una semana
Nº 2.....	dos semana
Nº 3.....	una semana
Nº 4.....	1 día
Nº 5.....	los días establecidos por semana para llevar a cabo los encuentros
Nº 6.....	durante todo el desarrollo del proyecto.

El tiempo estipulado de todo el proceso de gestión y ejecución del proyecto quedará establecido cuando se determine la cantidad de días por semana en que se llevarán a cabo los encuentros.

ÁMBITO DONDE SE VA A CONCRETAR EL PROYECTO

Presentado el proyecto a la institución pertinente se decidirá conjuntamente entre las autoridades y los profesionales interesados en la implementación del mismo, el espacio físico más propicio para llevarlo a

cabo teniendo en cuenta los lugares referentes más convocantes y beneficiosos para la población a quién va dirigido.

PROPUESTA A CONSIDERAR

Se sugiere que dicho proyecto se implemente año a año respetando los objetivos planteados y modificando de acuerdo a la demanda la estructura de los encuentros.

Se pretende transformar estas reuniones en el inicio de una alternativa más, a fin de que la red primaria pueda acceder a ella antes de recurrir a la internación del anciano.

Si bien el plan de acción está destinado a una problemática específica cabe la posibilidad de extenderlo a otras situaciones de similares características.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

BIBLIOGRAFÍA

- ALONSO, LUIS ENRIQUE. " La mirada cualitativa en sociología. Una aproximación interpretativa ". Cap 2 Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. Ed. Fundamentos. Colecc. Ciencia. España. 1998
- ALVAREZ, M. DEL P.: " Cuestiones alrededor del concepto de vejez", en Envejecimiento y vejez. Nuevos aportes. Editorial Atuel. Bs. As.
- ANDER EGG, EZEQUIEL. " Técnicas de investigación social" capítulo 8 y 12. Editorial Magisterio del Río de la Plata. Bs. As. 1993.
- ANZOLA PEREZ, ELÍAS Y COLS. "La Atención de los ancianos: Un desafío para los años '90. OPS. Washington. 1994
- BERMEJO, P. Felix y cols. "Aspectos sociales y familiares del paciente con demencia" Ed. Díaz de Santos. S.A.Madrid, España.1998
- BORGOÑO, JOSÉ MANUEL. " Las personas Edad son un grupo con necesidades sociales, culturales y sanitarias específicas. P. 321-322. En: Foro Mundial de la Salud: Revista internacional de desarrollo sanitario. Vol. 10, N° ¾. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1989.
- CABALLERO, A.: Artículo: " Hacia una política integral de salud en gerontología". Boletín de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria. 1998.
- DAICHMOND, S. Artículo: " Imágenes sobre la Vejez". Boletín de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria. 1998.
- DE LOS REYES, M. C. Artículo " Ancianidad, Familia e Institución Geriátrica". Revista Nexos. Secretaria de Investigación y Desarrollo Tecnológico. N° 12. 2000

- DE ROBERTIS, CRISTINA. " Metodología de la Intervención en Trabajo Social ". Editorial El Ateneo. Bs. AS. 1988.
- DEWEY, JOHN. Lógica, " Teoría de la Investigación". Ed. Fondo de Cultura Económica. México. 1950.
- DIAZ, Dominguez y cols. "En casa tenemos un enfermo de Alzheimer". Composiciones Rali S.A. Mayo 1996
- DI CARLO, ENRIQUE Y EQUIPO. Papeles Científicos de T.S. " La Comprensión como Fundamento de la Investigación Profesional". Editorial Humanitas. Mar del Plata . 1995.
- DI CARLO Y EQUIPO. Papeles Científicos de T.S. " Trabajo Social Profesional: El método de la comunicación racional". Editorial Humanitas. Mar del Plata. 1996.
- DI CARLO, Enrique Y EQUIPO. "Trabajo Social con Grupos y Redes". Ed. Humanitas. Mar del Plata. 1997
- DI CARLO, ENRIQUE Y EQUIPO. Papeles Científicos de T.S. " La Perspectiva de Redes Naturales: Un Modelo de trabajo para el Servicio Social". Ed. Humanitas. Mar del Plata. 1998
- ENCICLOPEDIA DESCUBRIR LA PSICOLOGÍA. " El anciano y la Sociedad ". Volumen 27 y " La salud y la Enfermedad en la Tercera Edad. Trastornos psíquicos de la Tercera Edad". Volumen 29. Ediciones Folio S.A. Barcelona .1994
- EQUIPO DE INVESTIGACIÓN. Diario Clarín. " Geriátricos, la dura realidad de un mundo sin reglas ni controles". Bs. As. 2000.
- GABAY,Pablo y BRUNO, Mónica "Síndrome Demencial. Importancia de su correcto Diagnóstico y Tratamiento". Alcmeon.10.2000.
- GARCÍA PINTOS, CLAUDIO. " La Familia del Anciano: también necesita sentido". Ed. San Pablo. Bs. AS.

- GARCÍA SALOR, SUSANA. "Especificidad y Rol en Trabajo Social ". Ed. Humanitas. Bs. As. 1991
- INSERSO- SEGGO. " Atención a personas mayores que viven en residencias". " Protocolos de Intervención Psicosocial y Sanitaria ". Ed. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 1998.
- JELIN, ELIZABETH. " Pan y Afectos. La Transformación de las Familias". Ed. Fondo de Cultura Económica, S.A. Bs. As. 1998.
- KATZ, IGNACIO FAVIO. " La Tercera Edad: Un Proyecto Vital y Participativo para reinsertar la Vejez en nuestra Sociedad". Ed. Planeta. Bs. AS. 1992.
- MATUSEVICH, D. " Envejecimiento e institucionalización Geriátrica ", en Envejecimiento y Vejez. Nuevos aportes. Ed. Atue. Bs. AS. 1998.
- NATALICIO, JUAN CARLOS. " Calidad de Vida en la Tercera Edad". Asociación Argentina de Psiquiatras- Dinámica 9 – 2000. (File:// A: dina09-07.htm.)
- OLABUENAGA RUIZ, JOSÉ IGNACIO. " Metodología de la investigación cualitativa". Cap. 2 " El diseño cualitativo". Universidad de Deusto. Bilbao. 1996
- ORTIZ AGUERA, FERNANDO. " Demencia: Una Aproximación Práctica ". Ed. Masson, S.A. Barcelona. 1998.
- PASSANANTE, MARÍA INÉS. " Políticas Sociales para la Tercera Edad". Ed. Humanitas. Bs. As. 1994
- ROIG CORBELLA, Joan. "La Salud y la enfermedad en la Tercera Edad" en Enciclopedia Descubrir la Psicología. Vol.29.Ed. Folio. S.A.Barcelona.1994
- REVISTA MEDIO NEWS . " Envejecimiento de la población ". Año 3 Nº 27. 1999. Bs. As. Medieus
- SABINO, CARLOS. " El Proceso de Investigación". Ed. Humanitas. Bs. As. 1986

- SALVAREZZA, LEOPOLDO. “ La Vejez: Una Mirada gerontológico Actual”.Ed. Piadós. Bs. AS. 1998
- SÁNCHEZ SALGADO, CARMEN. “ Trabajo Social y Vejez: Teoría e Intervención”. Ed. Humanitas Bs. AS. 1990
- SANÍCOLA, LÍA. Artículo: “ El Trabajo con Redes Primarias”. La perspectiva de Redes Naturales: Un Modelo de Trabajo para el Servicio Social. Ed. Humanitas. U.N.M.D.P.1998.
- SUAREZ, Richard Manuel “Introducción a la Psiquiatría”. Ed. Salerno. Bs.As.1999
- TAUCAR, NADA. Equipo de Redes (EREM) Artículo: “ Especificidad del Trabajo Social y Redes Sociales “. Anuario. U.N.M.D.P. 1996
- TAYLOR, S. Y BODGAN, R. “ Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación. La búsqueda de Significado”. Ed Piadós. Bs. As.
- WOOD,Clive. “ La gente y la salud, Cultura, Estilo de Vida y enfermedades Crónicas” en Foro Mundial de la Salud.1982.
- ZOLOTOW, David. Jornada de Extensión sobre: “La comunidad y sus mayores”.2000

III) ESTRUCTURA Y FUNCIÓN

ESTRUCTURA						FUNCIÓN
Nº de orden	Apellido y Nombre	Vínculo	Sexo	Edad	Ocupación	

IV) SITUACIÓN ECONÓMICA

1. ASPECTO ECONÓMICO

1.a

TRABAJO		
Estabilidad Laboral	Inestabilidad Laboral	Desocupado

1.b

INGRESOS		
Necesidades básicas satisfechas	Necesidades básicas insatisfechas	Necesidades actuales

2. ASPECTO HABITACIONAL

2.a

Estabilidad habitacional	Inestabilidad laboral	Crisis habitacional

2.b

ESPACIO FÍSICO DISPONIBLE	
Espacio físico suficiente	Espacio físico insuficiente

V) SITUACIÓN SANITARIA DEL GRUPO CONVIVIENTE PREVIO A LA INTERNACIÓN.

Existencia de enfermedades en el grupo conviviente que dificulte el cuidado del anciano. Sí - No. Si la respuesta es afirmativa responder:

Quienes las padecen	Tipo de enfermedad	Rol del que la padece

VI) TIPO DE RELACIÓN DEL GRUPO CONVIVIENTE CON EL GERONTE

- a) Registro del vínculo.
- b) Frecuencia de los contactos.
- c) Tipo de intercambio.

VII) DISCURSO CULTURAL

- a) Discurso cultural con respecto a la vejez.
- b) Discurso cultural con respecto a la vejez vulnerable.
- c) Discurso cultural con respecto a las personas con diagnóstico de síndrome demencial.

VIII) CONOCIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD Y COMPRENSIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS PARA LA VIDA COTIDIANA.

IX) DIFICULTAD PARA CONTENER LOS EMERGENTES QUE PLANTEARON DICHOS REQUERIMIENTOS.

X) ALTERNATIVAS PARA RESOLVERLOS PREVIO A LA INTERNACIÓN.

- a) Cuidador principal. Si la respuesta es positiva ¿por qué se agotó esta alternativa?. Si es negativa especificar motivos.
- b) Centros de días.
- c) Otros/as.

XI) PERCEPCIÓN DE LA SITUACIÓN DE INTERNACIÓN.

- a) Sentimientos que le generó el día de la internación.
- b) Cambios que experimentó: registro y sentimientos.

XII) CARACTERÍSTICAS DEL SOSTÉN FAMILIAR DURANTE LA SITUACIÓN DE INTERNACIÓN.

- a) Visitas al anciano del grupo conviviente previo a la internación (frecuencia, duración de visitas).
- b) Visitas de otras relaciones significativas.
- c) En caso de no recibir visitas especificar motivos.
- d) Familiar o allegado encargado de los trámites del anciano (consultas médicas, traslados al hospital, medicamentos, etc).
- e) Familiar o allegado que realiza actividades de esparcimiento junto al anciano. ¿ Quién?

LOS QUE CUIDAN A MAYORES CON IMPEDIMENTOS FÍSICOS

DEBEN:

- ◆ Mantener la mayor movilidad de su aparato locomotor – piernas y brazos – para facilitar el desentumecimiento de músculos y articulaciones.
- ◆ Ayudar a realizar movimientos que le permitan economizar energía, inhibiendo o anulando reflejos dolorosos.
- ◆ Colaborar en el encuentro de posiciones correctas que le brinden la mayor comodidad y conexión con el ambiente.
- ◆ Reconocer y potenciar el vigor, la resistencia y el aguante. Ante el frecuente “no puedo más”, responder con frases tipo “fíjate cuánto pudiste hasta ahora, observá cuánto estás pudiendo; comprendo que estás cansado, pero es importante que continuemos”.
- ◆ Reforzar su participación activa en el autocuidado y en la recuperación. El verdadero protagonista de la recuperación es el mayor, no los que colaboren con él.
- ◆ Fijar tareas concretas realistas y escalonadas que sean fáciles de comprender y que le faciliten el convencimiento íntimo y profundo de poder lograr sus objetivos.
- ◆ Estimular sus recursos internos, fortalezas espirituales, valores y el sentimiento vital de alegría ante cada pequeña mejoría.

TODO PEQUEÑO LOGRO ES SIEMPRE UN GRAN AVANCE.

- ◆ Potenciar los conocimientos que el mayor vaya adquiriendo sobre sí mismo en el proceso de autocuidado y asistencia rehabilitadora, valorándolo y ayudándole a aceptar las incapacidades que puedan mantenerse o que puedan aparecer.
- ◆ Limitar lo más posible su permanencia en la cama, ya que puede volverse rápidamente en un lugar que incite al abandono y promueva la pérdida de fuerzas físicas y mentales.

DURMAMOS LA SIESTA, PERO NO NOS QUEDEMOS EN LA CAMA HASTA EL DÍA SIGUIENTE

¿ QUÉ PODEMOS HACER CUANDO NOS SENTIMOS DESBORDADOS POR LA SITUACIÓN?

Tanto los enfermos como los familiares tienden a no enfrentarse con sus propios miedos y aflicciones. Es frecuente que no hablen de ello, quedando ambas partes privadas de la oportunidad de expresar sus sentimientos.

Si la situación es vivida como muy crítica, es conveniente solicitar la derivación a un equipo de psicología o psiquiatría para que oriente al enfermo y al grupo familiar para que informe sobre los Grupos de Apoyo existentes para familiares.

Usualmente el cuidador principal está sujeto a ser el blanco del fastidio y frustración que siente el enfermo y algunos integrantes del grupo familiar. Es importante saber que esto sucede, para entender que no se es la causa de la hostilidad y responder con paciencia y compasión.

Los hijos, amigos, cuidadores o vecinos debemos comprender que, en determinadas enfermedades como, por ejemplo, la de Alzheimer, Parkinson, Demencias y determinadas patologías tumorales, las conductas que presentan los enfermos son involuntarias. La actitud negativa, la pérdida de memoria, la pasividad, los trastornos de comportamiento, son sólo síntomas de la enfermedad. Comprender y aceptar esto puede

disminuir la ira, la ansiedad, los sentimientos de culpa y, sobre todo, evitar conflictos entre los familiares.

A través del compartir, podremos generar vínculos de contención, acompañamiento y comprensión mutua para sostenernos a través del período que nos quede por delante. Podremos sentirnos libres de compartir ansiedades y tristezas, pero también la alegría y nuestro cariño en formas en las que habitualmente encontrábamos dificultad o vergüenza.

LA FALSA ALEGRÍA

A veces, el lugar de la hostilidad que produce la situación, aparece la falsa alegría. En la mayoría de los casos, el motivo es engañar al enfermo con respecto al diagnóstico o al pronóstico.

TAL VEZ SEA IMPORTANTE LEVANTAR EL ESPÍRITU DEL ENFERMO, PERO ESTO NO SIGNIFICA QUE TENGAMOS QUE ESCONDER LA VERDAD.

Algunas personas salen con afirmaciones tales como “todo va a estar bien”, pero, realmente, no está “todo bien”. Si insistimos en esto, estamos negando la realidad del mundo del enfermo. En respuesta a esto, el enfermo puede apartarse sintiéndose abandonado y enfrentando un mundo

incierto en soledad. Sin quererlo, corremos el riesgo de “abandonar psicológicamente” a la persona que deseamos acompañar.

En estos casos, debemos proponernos manejar la “verdad apropiada”, es decir, aquella que el enfermo esté dispuesto y preparado para escuchar.

RESOLVIENDO EL CONFLICTO ENTRE TODOS

Una vez que cada uno haya aceptado la existencia del conflicto y su participación en el mismo, es necesario que todos los participantes se comprometan en el intento de resolverlo.

Se puede comenzar proponiendo una reflexión sobre los siguientes puntos:

- ◆ ¿Escucharía al otro atentamente sin juzgarlo?
- ◆ ¿Pondría en práctica una solución aunque las vías para llegar a ella me parezcan extrañas o difíciles?
- ◆ ¿Modificaría, aunque sea momentáneamente, mis ideas o principios?
- ◆ ¿Realizaría alguna acción que me acerque al otro?
- ◆ ¿Tendría miedo al ridículo o a las propuestas, aparentemente disparatadas, que vayan surgiendo?
- ◆ ¿Aprovecharía el humor o la exageración para hacer comprensibles los deseos y puntos de vista de cada uno?
- ◆ ¿Creería en todo lo que diga el otro como si fuera definitivo? ¿Dejaría espacio para los cambios de opinión?
- ◆ ¿Buscaría junto al otro ideas novedosas, creativas, prácticas y plenas de sentido?

LA ESCUCHA COMPROMETIDA

Se trata de escuchar sin una respuesta verbal preestablecida, actitud que conduce a poder hacerle entender o decirle al que habla lo siguiente:

- ◆ Quiero escuchar lo que estás diciendo.
- ◆ Acepto tus sentimientos.
- ◆ Comprendo lo que me decís.

EL SILENCIO DEL QUE ESCUCHA PERMITE AL QUE HABLA EXPRESAR SUS SENTIMIENTOS

La mejor manera de darle a entender al que habla que estamos realmente escuchando, es mirarlo a los ojos. También es bueno que el otro sienta que no está siendo evaluado o juzgado por lo que está expresando. Podemos decirle: ¿quierés que hablemos de esto?.

contáme, me gustaría saber más.

Estemos atentos a recibir solo aquello que nuestro interlocutor nos está diciendo, no lo que queremos que nos diga.

NO ES EL MOMENTO DE DAR CONSEJOS, EMITIR JUICIOS O SENTIMIENTOS INTERRUMPIENDO AL QUE HABLA. ASÍ, PERMITEREMOS QUE SE EXPRESE CON LIBERTAD.

Cuando hablamos acerca de un problema, la mayoría de nosotros solo quiere expresar sus sentimientos. Con una escucha comprometida y no interrumpiendo al otro con consejos o comentarios estamos permitiendo que nuestro interlocutor nos diga todo lo que tenga necesidad de decirnos.

En principio puede ser complicado porque es algo nuevo que hay que aprender, pero todos podemos lograrlo.

PARA ESCUCHAR COMPROMETIDAMENTE SOLO SE NECESITA PRÁCTICA.

NUESTRAS PROPIAS NECESIDADES EMOCIONALES

- ◆ Expresemos nuestros sentimientos sin ocultar las aflicciones.

RECORDEMOS QUE TODO AQUELLO QUE NO SE EXPRESE PUEDE GENERAR CONFUSIÓN, SUFRIMIENTO O ENFERMEDADES.

- ◆ Elijamos cuidadosamente en quién confiar.
- ◆ Algún miembro de la familia puede sentir necesidad de hablar sobre lo que está pasando antes que los demás. Pero cada uno debe decir cuando

hacerlo, algunas personas necesitan más tiempo para elaborar sus sentimientos.

- ◆ Ningún integrante debe sentirse forzado a hablar hasta que lo considere necesario.

APRENDAMOS A RESPETAR LOS TIEMPOS DE LOS DEMÁS.

- ◆ Pidamos y aceptemos ayuda. Los amigos pueden hacer que momentos dolorosos se transiten con mayor facilidad. Hay muchos familiares y amigos que realmente desean ayudar pero, a menudo, no saben como hacerlo.
- ◆ No dudemos en buscar consuelo en referentes espirituales y/o religiosos.
- ◆ Seamos amables y tolerantes con nosotros mismos. Algunos días serán más difíciles que otros, sin embargo merecemos todo el amor y respeto.
- ◆ Evitemos tomar decisiones importantes hasta que no estemos serenos.
- ◆ Pidamos ayuda profesional si los sentimientos de desesperación e inutilidad persisten.
- ◆ Participemos en grupos de apoyo para familiares de enfermos con patologías crónicas y solicitemos la ayuda de los grupos de voluntarios para el cuidado de enfermos en el hogar. El CENOC, Centro Nacional de Organizaciones Comunitarias, podrá indicarnos telefónicamente – (011) 4334 – 3957 – los centros más cercanos a nuestro domicilio en

cualquier lugar del país o recurramos a PAMI Escucha, 0 800 – 222 –
7264.