

2000

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

Accidente cerebro vascular en adultos mayores : impacto y cambios en la dinámica del grupo familiar

Barrios, Sonia

Barrios, Sonia

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

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/637>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

**TEMA: "ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR EN
ADULTOS MAYORES: IMPACTO Y CAMBIOS
EN LA DINÁMICA DEL GRUPO FAMILIAR".**

SISTEMATIZACIÓN DE UNA EXPERIENCIA

Autoras:

Barrios, Sonia

Patricio, María Evangelina

DIRECTORA: LIC. AMELIA DELL'ANNO

CO - DIRECTORA; LIC. CLAUDIA ARIAS

AÑO 2000

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario 1528	Signatura: top
Vol	Exemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata	

A nuestros padres, María Nilda - Alberto - María del Carmen y Roberto.

Gracias por brindarnos lo mejor de Ustedes y por acompañarnos en este
camino recorrido.

A la jefa del SATE, por abrirnos las puertas del Servicio a su cargo. A la
Lic. Cristina Alvarez por su apertura, disponibilidad y por transmitirnos y
enseñarnos a través de sus conocimientos y experiencias.

A pacientes y familiares, con quienes compartimos tres intensos meses y sin
los que este objetivo no hubiera podido ser alcanzado.

EVANGELINA Y SONIA.

OBJETIVO GENERAL

***Analizar el impacto que provoca la irrupción del STROKE, en adultos mayores, en la dinámica de su grupo familiar y proponer alternativas de intervención desde el Trabajo Social*.-**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

A.- Conocer, desde una visión global las características principales del Accidente Cerebro Vascular (ACV) .-

B.- Analizar los cambios pre y post ACV en la dinámica familiar en relación a los roles .-

C.- Describir el impacto que el ACV produce en los miembros del grupo familiar .-

D.- Explicitar el rol del Trabajador Social en el abordaje familiar de pacientes con ACV .-

E.- Proponer alternativas de intervención desde el Trabajo Social .-

INDICE

I.- INTRODUCCIÓN Pag. 11

II.- ASPECTOS BIOLÓGICOS PSICOLÓGICOS
Y SOCIALES

DEL ENVEJECIMIENTO. Pag. 17

- Vejez Cronológica Pag. 19

- Vejez Funcional Pag. 20

***ASPECTOS BIOLÓGICOS** Pag. 25

- Envejecimiento Normal Pag. 28

- Envejecimiento Patológico Pag. 30

- Cambios degenerativos Celulares Pag. 31

- Cambios en la Actividad Física Pag. 33

- Cambios en los Proceso HomeostáticosPag. 34

- Cambios en la Regulación del Volumen

Líquido. Pag. 34

***ASPECTOS PSICOLÓGICOS** Pag. 36

- Aptitudes Cognitivas..... Pag. 37

- PersonalidadPag. 42

- Otros AspectosPag. 48

- Salud y Enfermedad	Pag. 49
a) Envejecimiento Normal	Pag. 50
b) Envejecimiento Patológico	Pag. 52
* <u>ASPECTOS SOCIOLOGICOS</u>	Pag. 56
- Posición social y Rol	Pag. 57
- Eventos que afectan la vida de la Persona Anciana	Pag. 61
- Retiro o Jubilación	Pag. 62
- Modificación de la Red	Pag. 66
- Características Estructurales de la Red	Pag. 66
- Funciones de la Red.....	Pag. 67
- Atributos del Vínculo	Pag. 68
- El Envejecimiento desde el Punto de Vista de Quien lo experimenta.	Pag. 73
III.- FAMILIA	Pag. 76
- Aproximación al concepto de familia	Pag. 77
- Tipos de Familias	Pag. 80
- Familia como Sistema	Pag. 83
- El Ciclo vital de la Familia.....	Pag. 86

- La Familia del Anciano	Pag. 92
IV.- ACCIDENTE CEREBRO.....	Pag. 99
VASCULAR (ACV)	
- Consecuencias	Pag. 103
- Prevención	Pag. 112
V.- VEJEZ - DISPACIDAD - FAMILIA	Pag. 115
- Rehabilitación Social	Pag. 121
- Familia y Rehabilitación	Pag. 126
- Lo que debe conocer la Familia	Pag. 129
VI.- METODOLOGÍA DE	
INTERVENCIÓN DEL T.S.....	Pag. 135
- Trabajo Social – Vejez – Rehabilitación.....	Pag. 139
* PROGRAMA DE REHABILITACIÓN	
<u>PARA PACIENTES CON ACV CRÓNICO.....</u>	Pag. 143
- Abordaje Interdisciplinario	Pag. 148
- Abordaje Grupal	Pag. 150
- Asamblea	Pag. 152

- **Objetivos del Servicio Social en el Programa de en ACV en adultos mayores. Pag. 154**
- **Abordaje terapeutico en el Servicio Social Pag. 155**
- a) **Asamblea Pag. 157**
- b) **Grupo de reflexión con familiares Pag. 157**
- c) **Articulación Comunitaria Pag. 160**

VII.- ASPECTO METODOLÓGICO..... Pag. 162

- **Tipo de Investigación..... Pag. 163**
- **Selección de la Muestra.....Pag. 163**
- **Técnica de Recolección de datos..... Pag. 164**
- **Análisis de Datos Pag. 170**

VIII.- ANÁLISIS DE DATOS Pag. 171

- **Situación Laboral Pag. 172**
- **Cambios AnimicosPag. 180**
- **Relaciones Familiares Pag. 184**
- **Relaciones Sociales Pag. 190**
- **Relaciones con el Medio..... Pag. 195**

IX.- CONCLUSIÓN Y PROPUESTAS.....	Pag. 202
- Conclusión.....	Pag. 203
- Propuestas	Pag. 207
X.- ANEXO.....	Pag. 210
* <u>ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR</u>	Pag. 211
- Cerebro.....	Pag. 211
- Lo que el cerebro necesita	Pag. 213
- Sintoma del ataque cerebral	Pag. 217
- Tratamiento del ACV.....	Pag. 222
- Rehabilitación Médica	Pag. 225
- Cuadro I.....	Pag. 230
- Gráfico I	Pag. 231
- Figura I	Pag. 232
- Figura II	Pag. 233
- Dibujos	Pag. 234
XI.- BIBLIOGRAFIA	Pag. 236

INTRODUCCION

Una de las causas por la cuál el envejecimiento es un tema de atención, responde al cambio en la composición poblacional, hecho que está ocurriendo en el mundo en general.

Con el correr de la década del '90 las continuas tendencias mundiales hacia una menor fecundidad, al aumento de la morbilidad y al aumento de la expectativa de vida, han elevado el fenómeno del envejecimiento de la población a un nivel de prominencia nunca alcanzado.

Envejecer es un proceso inherente a la vida, es parte integral del desarrollo biológico que se inicia con la concepción y finaliza con la muerte. Es esencialmente un proceso de cambio. El cuerpo muestra ese cambio de diversas formas: en el color del pelo (canas), en los cambios en la piel (arrugas), en el tono muscular y en la disminución y debilitamiento general de las funciones del cuerpo.

Si bien desde lo social, esta etapa está ligada o es considerada una etapa de pérdidas, producidas como consecuencia, por ejemplo, de la jubilación, que puede traer aparejado un alejamiento de compañeros y así una modificación en su red personal, como así también una reducción de los ingresos percibidos.

Por otro lado estas pérdidas tienen que ver con el alejamiento de amigos y/o Familiares por muerte o migración, entre otras. No obstante, el envejecimiento es un proceso individual de adaptación a condiciones cambiantes, provenientes del propio organismo, del medio social o de ambos, cuyo carácter dependerá de cómo se encaren y resuelvan los problemas.

En síntesis, la consideración de la ancianidad como etapa negativa evoca condiciones pasadas, actualmente superadas. La mayoría de las

personas añasas no se hallan limitadas ni sus vidas son negativas y dependientes. La ancianidad constituye una etapa vital que puede tener y de hecho tiene, elementos de desarrollo personal.

Por otra parte, el aumento en la expectativa de vida de la población, trae aparejado la aparición de ciertas patologías que tienen a manifestarse con mayor frecuencia a medida que la edad avanza. Tal es el caso del ACV / STROKE / ICTUS. Esta es una patología de alta prevalencia, alto impacto de discapacidad y alto costo económico.

"Un ACV es el resultado de un bloqueo repentino por un coágulo o el achicamiento de una arteria que cierra la corriente sanguínea a ciertas partes del cerebro, la sangre lleva oxígeno y nutrientes al cerebro, por lo tanto, cuando el cerebro es privado de esta provisión vital de sangre, aunque sea por unos minutos, las células cerebrales comienzan a morir".¹

A pesar de que el STROKE puede ocurrir a cualquier edad, pudiéndose observar en la actualidad que cada vez son más los casos de personas jóvenes y adultas víctimas de esta patología, el grupo etáreo más vulnerable, por las características ya mencionadas, son los adultos mayores, motivo por el cuál se convertirán en el objeto de estudio del presente trabajo.

El ICTUS, es una enfermedad de aparición brusca que impacta en todas las áreas del individuo y de su grupo familiar. Produce una crisis en la organización de la misma, en la actitud emocional del paciente de los miembros de su núcleo familiar, provoca en muchos casos desacomodamientos a nivel económico – afectivos – de roles.

¹ SHIMBERG, Elaine Fantle .- STROKE: What Families Should Know .- Cap. II.- Pag. 25 .- New York.-

En el caso de una persona mayor, la discapacidad que puede producir la irrupción de un STROKE, se manifiesta en una etapa de la vida en la que muchos individuos se enfrentan a sistemas naturales de apoyo menores, a menos energía y esperanza, por lo tanto, a una capacidad reducida para abastecerse.

Es por esto, que se considera imprescindible la presencia y colaboración del grupo familiar en el proceso de rehabilitación del paciente.

En todas las culturas la familia ha sido y es la institución basada en el amor mutuo, que posibilita la compañía la atención de las necesidades básicas. La solidaridad entre las generaciones y la transmisión de la cultura nacional a las generaciones venideras.

Si bien es cierto que en la actualidad variadas situaciones, tanto internas (Conflictos familiares) a la familia como externas (situación económica desfavorable) impactan y perturban estas funciones, la familia es el apoyo principal con que cuentan las personas mayores y es la que provee los servicios de cuidado en salud. Sin embargo, cabe resaltar que hay casos en los que esta situación no se da, y que el anciano carece de atención y asistencia por parte de su grupo familiar, encontrándose en cierto estado de abandono, que puede ser físico- psíquico y / o social, corriendose el riesgo de llegar a la institucionalización.

En el proceso de rehabilitación, el Trabajador Social debe considerar al paciente y grupo familiar como una unidad.

La familia debe ser asesorada sobre el estado físico y psíquico del paciente, haciéndola participe del proceso evolutivo, para ubicarla en la realidad de cada

día y para fomentar su colaboración consecuentemente con las necesidades de rehabilitación.

El Trabajador Social en el área de la salud brinda medidas de apoyo para reducir la sensación de amenaza, como así también, un espacio en el cual paciente y cuidador puedan expresar sus necesidades, temores, inquietudes y de esta manera, el Trabajador Social, debe comprender los sentimientos del paciente sobre su discapacidad, es esencial determinar cómo se enfrenta el paciente y grupo familiar con las limitaciones físicas de aquél, cómo se da el proceso de adaptación y qué significa la situación actual para el entorno familiar.

Si bien se resaltó que paciente y familiar deben considerarse como una unidad. El Trabajador Social junto al equipo rehabilitador, en su intervención, deben hacer incapié en el estado general del cuidador. Deben procurar concientizarlo de la importancia de su cuidado personal para, de esta forma brindar al paciente un mejor cuidado. Muchas veces, el familiar se abandona, asumiendo plenamente, su rol de atender al otro, olvidando que si él no está bien físico – psíquico y socialmente, no podrá brindar toda la atención y asistencia y contención que su familiar enfermo necesita.

Es importante aclarar la interacción familiar, incluyendo la reacción familiar con respecto al paciente y su enfermedad o discapacidad. También es necesario conocer los recursos con que cuenta la familia y el impacto de la discapacidad del paciente en el funcionamiento y la situación familiar, para lo cual es de relevancia conocer y analizar el funcionamiento de la misma previo a la irrupción del STROKE.

Por otra parte, la intervención del Trabajador Social se da también desde su rol como educador y facilitador, efectuando así también una acción preventiva.

El Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Privado de Comunidad de la ciudad de Mar del Plata, partido de General Pueyrredón, implementa planes gerontológicos que contemplan el abordaje de la salud en sus tres niveles de prevención:

- 1.-** Promoción de la salud y prevención de las enfermedades (atención Primaria).
- 2.-** Tratamiento (Atención Secundaria).
- 3.-** Rehabilitación de enfermedades Crónicas (Atención Terciaria).

Una de las autoras de este trabajo de investigación, desarrollo su pasantía en tal institución, y fue a partir de los contactos periódicos y fundamentalmente en los primeros encuentros con el cuidador principal del paciente y con éste, que pudo visualizar la angustia, falta de información y desacomodación que provoca la irrupción de un ACV en la dinámica familiar. A partir de la observación de esta situación es que las alumnas que suscriben, consideraron interesante realizar una sistematización de tal experiencia, la cual, se pretende sirva de base para posteriores investigaciones.

ASPECTOS BIOLÓGICOS - PSICOLÓGICOS Y SOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO



Una de las causas por la cual el envejecimiento es un tema de atención, responde al cambio en la composición población, hecho que está ocurriendo en el mundo en general.

Con el correr de la década del '90, las continuas tendencias mundiales hacia una menor fecundidad y al aumento de la expectativa de vida, han llevado el fenómeno del envejecimiento de la población a un nivel de prominencia jamás alcanzado...." El envejecimiento de la población se asocia por lo general, con los países más industrializados de Europa y América del Norte, donde en muchos de ellos, una quinta parte o más de la población tiene 60 años y más".¹

Hoy en día muchos países en desarrollo (América Latina y El Caribe) están experimentando cambios similares en la estructura por edad de la población.

" El Caribe es hoy, la región en desarrollo más vieja del mundo, pues más del 9 % de su población total tiene 60 años y más. América Central y América del Sur, tienen una estructura de edad más joven, en la que 6,9 % de la población total, es de 60 años y más"² (Ver Anexo cuadro 1).

"En América Latina y El Caribe, más de 32 millones de personas tienen en la actualidad, por lo menos, 60 años de edad, 55 % son mujeres. La población de 60 años y más está aumentando a una tasa anual del 3 %, en comparación con un aumento del 1,9 % para la población total"³ (ver gráfico 1).

El número de personas ancianas, sobre el total de la población, aumentará en todos los países del mundo como consecuencia de las mejoras en el nivel de vida y reducción de la natalidad, estimándose que para el año 2060 la

¹ ANZOLA PEREZ Elías y Cols. - "La Atención de los Ancianos: un desafío para los años '90 .- Cap. I .- Pag. 3.- Washington .-

² Op. Cit. Cap. I .- Pag. 3 .-

³ Op. Cit. Pag. 3 .-

expectativa de vida será aproximadamente de 80 años.⁴ (Ver gráfico 1)

Cuando se llega a viejo? Qué quiere decir ser viejo o vieja ? Se puede ser viejo a los 50 años de edad y joven a los 75? Es la vejez un estado de ánimo o un estado físico ? .

Envejecer es parte integral del desarrollo biológico que se inicia con la Concepción y finaliza con la muerte. Es el conjunto de procesos que contribuyen a incrementar progresivamente la tasa de mortalidad específica para la edad. Se reconoce además que el envejecimiento no tiene una causalidad única y que no es ninguna enfermedad, ni un error evolutivo.

El envejecimiento puede considerarse desde distintos puntos de vista, MORAGAS MORAGAS propone tres concepciones:

1.- VEJEZ CRONOLÓGICA: Es quizás la manera más simple de considerar la vejez; contar el tiempo transcurrido a partir del nacimiento.

Desde esta concepción, la vejez se define por el hecho de haber cumplido los 65 años; se basa en las edades de retiro tradicionales, cuyo primer precedente aparece en el siglo XIX, con las medidas sociales del canciller Bismark.

Es objetiva en su medida, ya que todas las personas nacidas en la misma fecha comparten idéntica edad cronológica. La edad cronológica se agrupa en años, lustros y décadas y se considera que todos los sujetos nacidos el mismo año, tienen la misma edad, así como son miembros de una misma corte los comprendidos en un período entre uno y cinco años.

El considerar anciano a toda persona de más de 65 años tiene una

⁴ SELSER Claudia – ROJAS Patricia .- “Los Viejos Jóvenes” .- Diario Clarín – Revista Viva .- Pag. 26 .- Bs. As.

explicación arbitraria y poco racional. Los 65 años constituyen en muchos países la frontera de la jubilación, pero lo que fue una política social progresiva de protección a la vejez, se ha vuelto hoy en contra de los trabajadores, reconociéndose que los topes cronológicos de derecho de trabajar infringen derechos esenciales de la persona y que los 65 años constituyen una edad en la que se puede desempeñar perfectamente en su trabajo.

Lo que en otra época fuera una medida de protección social del trabajador por las duras condiciones de trabajo físico y su agotamiento a los 65 años, con pocos años de vida como jubilado a cambiado, debido a la mejora de trabajo y a la prolongación de la esperanza de vida.

La definición de la vejez a través de la edad cronológica, ha dejado paso a una concepción individualizada de lo que supone ser una persona mayor a fines del siglo XX. Actualmente, a parte de la edad, cuentan otras características personales como: el estado físico – enfermedades – historia personal y profesional – equilibrio familiar y social, de tal forma que se valora a la persona en su complejidad y no sólo por una variable histórica importante, pero no determinante de la capacidad vital individual.

2.- **VEJEZ FUNCIONAL**: Corresponde a la utilización del término viejo como sinónimo de incapaz o limitado y refleja la asimilación tradicional de vejez y limitación. Cabe destacar que dicha aseveración no es válida, dado que la vejez no representa necesariamente incapacidad, "ser viejo" no precisamente implica ser funcionalmente limitado.

La vejez humana origina reducciones de la capacidad funcional por ejemplo,

el esqueleto sufre modificaciones, los huesos se vuelven esponjosos y frágiles, la circulación cerebral se hace lenta, la fuerza muscular disminuye, los nervios motores transmiten con menor velocidad las excitaciones y las reacciones son más lentas debido al transcurso del tiempo, tal cual ocurre con cualquier organismo vivo.

La ancianidad, como cualquier otra etapa (niñez – adolescencia – adultez), posee su propia funcionalidad al vivir, la mayoría de los sujetos como personas "Normales" dentro de la sociedad contemporánea. Las barreras a la funcionalidad del anciano son, con frecuencia, fruto de las deformaciones y mitos sobre la vejez más que reflejo de deficiencias reales.

Si bien como se mencionó con anterioridad, existen ciertas limitaciones que son consecuencia del propio proceso de envejecer, también las personas Añosas cuentan con posibilidades y capacidades, tanto desde lo biológico como psicológico y social, a saber:

* **Aspectos Biológicos:** El organismo humano, como el de otros animales, experimenta de diversas formas el proceso de envejecimiento, como ya se expuso, los tejidos comienzan a perder flexibilidad y capacidad de recuperación, etc..

La vejez es una etapa de la vida que puede ser tan sana como otras, el anciano, al igual que otra persona perteneciente a otro grupo etéreo, cuenta con un cúmulo de capacidades, habilidades y potencialidades. El tema radica en que el ideal de la sociedad actual, es ser joven, con plena capacidad funcional – física; en relación con esto el anciano no se halla en igualdad de condiciones.

***Aptitudes Psíquicas:** Las limitaciones psíquicas del adulto mayor, han estado basada en el prejuicio popular de la pérdida acelerada de las facultades mentales. Si bien es cierto que a medida que se envejece se va produciendo cierta pérdida de memoria, conocido como **Olvidos Normales del Envejecimiento**, no se puede hablar de la existencia de una patología. Es más, se destaca que manifiestas las personas añosas capacidad por ejemplo para aprender, observándose a partir de la concurrencia a escuelas para adultos.

***Aptitudes Sociales:** El medio pesa en la configuración social del rol del anciano, que reacciona favorable o desfavorablemente, según los estímulos de la sociedad. En una sociedad que se basa en los valores de la juventud (belleza – poder económico), el anciano no encuentra un lugar, de ahí la marginación que sufre.

La jubilación no sólo impacta desde lo económico sino también desde lo social, en la medida en que el trabajo permite mantener o mejorar la posición social. Otra cuestión tiene que ver con la dificultad que ocasiona para relacionarse con el medio y el alejamiento de su círculo de compañeros de trabajo. No obstante, si bien se conoce que las personas mayores tienden a aislarse, la mayoría de la población se halla integrada a la sociedad.

Por último, cabe destacar que la vejez está erróneamente asociada a la dependencia (familiar – institucional), como consecuencia de la decadencia física, que a menudo responde a una categorización planteada desde la sociedad.

Las capacidades que se acaban de exponer, serán desarrolladas con mayor profundidad cuando se desarrollen puntualmente cada uno de los aspectos (biológico – psicológico – social).

***Etapa Vital:** Esta concepción resulta la más equilibrada y moderna, se basa en el reconocimiento de que el transcurso del tiempo produce efectos en la persona, la cuál entra en una etapa distinta a las vividas hasta el momento. Esta etapa posee una realidad propia y diferenciada de las otras, limitada por condiciones objetivas externas y por la autoconcepción de quién la vive.

La consideración de la ancianidad como etapa negativa evoca condiciones pasadas, actualmente superadas. La mayoría de las personas añosas, no se hallan limitadas, ni sus vidas son negativas y dependientes. La vejez constituye una etapa vital que puede tener y de hecho tiene elementos de desarrollo personal.

"La mayor parte de los ancianos que responden a las encuestas en todos los países, reconocen que su situación es mejor que la de sus antecesores y aunque existan graves situaciones individuales de desvalimiento, colectivamente viven hoy mejor que lo que lo hacían los pocos que sobrevivían antes".⁵

Partiendo de la necesidad de abordar el tema de la ancianidad desde un enfoque científico interdisciplinar aparece, después de la 2ª Guerra Mundial, la Gerontología. La Asociación Internacional de Gerontología se constituye

⁵ MORAGAS MORAGAS, Ricardo .- Gerontología Social: Envejecimiento y Calidad de Vida .- Cap. I .- Pag. 37 .- Barcelona .-

en 1950, con el objetivo de "Promover la investigación gerontológica en biología – medicina – psicología y ciencias sociales"⁶

La Gerontología social comienza a desarrollarse como una disciplina hacia 1950, en circunstancias en que surge la preocupación por el aislamiento social y la baja estima que caracterizaba a los ancianos norteamericanos.⁷

TIBBITTS en 1960 y STREIB Y ORBACH en 1967, definen a la Gerontología Social como "campo organizado de conocimientos orientados a los aspectos de la conducta del individuo al envejecer, a la vejez, al envejecimiento como fenómeno de la sociedad y a las relaciones existentes entre ambos".⁸

La vejez deber ser considerada como una etapa más del desarrollo del individuo, una continuidad dentro de su existencia. Es una etapa en la que los sujetos están inmersos en problemas, lo mismo que quienes pertenecen a otros grupos etéreos. Al igual que ocurre en la infancia – adolescencia y adultez, en la vejez tienen lugar una serie de cambios y acontecimientos que se producen a niveles psicológico – biológico y social, asignando a esta etapa características propias y distintivas.

De entre todos estos cambios experimentados en este momento del ciclo evolutivo, parecen ser las modificaciones biológicas aquellas sobre las que el sujeto puede lograr ejercer un menor grado de control.

⁶ Op. Cit. Cap. I.- Pag, 38.-

⁷ SANCHEZ SALGADO Carmen D.- T.S y Vejez : Teoría e Intervención.- Cap. IV.- Bs. As.-

⁸ GARCÍA PINTOS Claudio.- "La Familia del Anciano" También necesita sentido.- Primera Parte.- Pag. 8.- Bs. As.-

ASPECTOS BIOLÓGICOS

El cuerpo constituye el punto de partida de cualquier fenómeno vital. La vida social no puede existir sin la vida orgánica.

La prolongación de la vida, desde el punto de vista biológico, origina un hecho poblacional positivo: sobrevive un mayor número de personas debido a las mejoras conseguidas en la alimentación – sanidad y nivel de vida; se llega actualmente, a edades que anteriormente sólo podían llegar aquellos más fuertes biológicamente y con mejores oportunidades de vida.

En el plano biológico, la noción de declinación tiene un sentido claro: el organismo declina cuando sus posibilidades de subsistir se reducen. En todos los tiempos el hombre ha tenido conciencia de esta alteración, ya no se pretende asignar una causa al envejecimiento biológico, sino que se lo considera como un proceso inherente a la vida, con el mismo derecho que el nacimiento, reproducción y muerte.

Es esencialmente un proceso de cambio. A medida que se envejece el cuerpo muestra ese cambio de diversas formas: el pelo blanquea y ralea, el bello también encanece; mientras que en ciertos lugares por ejemplo en el mentón de las ancianas, empieza a proliferar. Por deshidratación y como consecuencia de la pérdida de elasticidad del tejido dérmico subyacente, la piel se arruga. 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. La proliferación senil de la piel, produce un espesamiento de los párpados superiores, mientras que se forman bolsas debajo de los ojos. El labio superior se afina y el lóbulo de la oreja crece.

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

El corazón no cambia mucho, pero su funcionamiento se altera: pierde progresivamente sus facultades de adaptación. El sistema circulatorio sufre, la circulación cerebral se hace más lenta. Las venas pierden su elasticidad, el rendimiento cardíaco disminuye, la velocidad de circulación se reduce, la tensión aumenta.

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

Hay involución de los riñones, de las glándulas digestivas, del hígado; los órganos de los sentidos son también afectados (la vista disminuye al igual que la audición – el tacto – el gusto y el olfato).

La involución de las glándulas de secreción endocrina es una de las consecuencias más generales y manifiestas de la senescencia, va acompañada de una involución de los órganos sexuales.⁹

Si bien a grandes rasgos estas características que plantea Simone de Beauvoir se van dando en las personas a medida que van avanzando en edad, quienes efectúan esta tesis, han reflexionado sobre esto, y han podido visualizar que la autora tiene una visión muy negativa y pesimista al respecto,

⁹ DE BEAUVOIR Simone .- “La Vejez”.- Pags.33 – 34 – 35 .- Edit. Sudamericana .- Bs. As. – 1970 .-

traducida en su descripción.

No en todos los casos las alteraciones que plantea Simone se dan de la misma manera. Por otro lado, en la actualidad, a diferencia de los "Viejos" de años y más aún siglos anteriores, el ser humano en general, le otorga a su salud y a su estética una mayor importancia brindándole un mayor cuidado y atención. Cabe resaltar que esto también depende de la situación económica, quién no tiene dinero suficiente ni siquiera para satisfacer sus necesidades básicas, difícilmente se va a interesar por cuidar su aspecto exterior o estético.

Hoy día donde lo estético reviste tanta importancia, las personas y puntualmente las personas añosas, se ocupan de ello, por ejemplo: ante la ausencia de dentadura propia, utilizan una postiza; ante la presencia de canas, utilizan tinturas, etc..

Desde lo físico, muchas son las personas que realizan actividades físicas, las mismas de acuerdo a sus posibilidades (gimnasia – caminatas – yoga). Por otra parte, las autoras consideran que estos cambios tienen que ver también con el cambio, desde la sociedad y desde los propios ancianos, acerca de la concepción del "viejo", ya no como un ser pasivo, cuya única función es la de ser abuelo / a , que se halla siempre en su casa, aislado, sino como un ser con vida, con intereses propios, con proyectos, con roles y funciones sociales que cumplir.

El envejecimiento no constituye una enfermedad sino una etapa vital como lo es la niñez – la adolescencia o la madurez, con necesidades específicas del organismo. No obstante, el hecho de ir envejeciendo trae consigo la tendencia cada vez mayor de adquirir ciertas enfermedades. De esta manera se puede

clasificar el envejecimiento en : **Normal o Patológico.**

1.- **ENVEJECIMIENTO NORMAL:** Constituye la vejez saludable, carente de enfermedad o disminución. En la realidad parece que los mayores de 65 años están incapacitados para desempeñar roles productivos como trabajar, realizar actividades recreativas, religiosas, comunitarias, mantener sus contactos sociales y mantener o mejorar su interacción con el medio. El envejecimiento, como proceso vital de acumulación de años, no tiene por qué ser un proceso patológico excepto si se contrae alguna enfermedad. Es decir, **ancianidad no es sinónimo de enfermedad.**

La gente a veces se sorprende al verificar que muchas personas jubiladas desempeñan actividades físicas e intelectuales con plena efectividad. Existe el prejuicio de asimilar cese en el trabajo con inactividad personal – social y enfermedad, esta afirmación debe eliminarse, ya que en todas las sociedades el número de ancianos enfermos constituye una minoría; si bien la vejez incluye una serie de limitaciones, de la misma manera posee oportunidades y capacidades que se pueden desarrollar.

Salud y enfermedad constituyen dos aspectos que están circunscriptos a variables históricas – geográficas – culturales y sociales y resulta difícil definir lo que significa una vejez normal desde el punto de vista físico; lo que para unos constituye enfermedad y limitación, para otros implica tan solo una molestia que no les impide desempeñar ciertos roles de la vida adulta. Como ya se planteó en párrafos anteriores, con el paso de los años se producen cambios en la estructura física de la persona, pero los mismos suponen una ineptitud para desempeñar la mayoría de las funciones de la madurez.

ineptitud para desempeñar la mayoría de las funciones de la madurez.

Por otro lado, cabe destacar que el envejecimiento es un proceso dinámico, progresivo e irreversible, en el que intervienen múltiples factores biológicos – psicológicos y sociales, en donde no existe una causa única que explique por qué se envejece sino un conjunto de factores interrelacionados.

Es indudable entonces, que la multiplicidad de problemas que enfrentan los ancianos requiere la consideración de estos aspectos de una manera individual. Este abordaje integral es necesario dada la gran influencia que la soledad y la inestabilidad social y económica ejercen sobre el bienestar de los ancianos (este tema será profundizado en el desarrollo de los aspectos sociales del envejecimiento).

No se puede negar que existe una estrecha relación entre la actitud orgánica y los factores psicosociales de motivación – estilo de vida – intereses – ocupaciones – compañía y capacidad de decisión, y que estos factores afectan directamente a variables biológicas como son: la producción de linfocitos – secreciones hormonales – neurotransmisores, responsables directos del bienestar fisiológico del sujeto.¹⁰

ROWE y KAHN, proponen un concepto novedoso: estratificar el envejecer “Normal” en dos categorías : **Envejecimiento Exitoso** y **Envejecimiento Usual**.

El primero se refiere a los sujetos en los que se observa solo el detrimento funcional, atribuible al proceso de envejecimiento y donde ni la enfermedad ni los factores ambientales complican o acrecientan el deterioro.

El segundo, plantea cambios determinados por la consecuencia de la

¹⁰ MORAGAS MORAGAS Ricardo .- “Gerontología Social” : Envejecimiento y Calidad de Vida .- Pag. 56 – 57 .- Barcelona .- 1995 .-

combinación de la enfermedad y el estilo de vida sobre el proceso de envejecimiento intrínseco.

Cabe destacar que en lo cotidiano, se debe hacer frente a las consecuencias del envejecimiento usual y peor aún del envejecimiento patológico en un número considerable de casos.¹¹

2.- ENVEJECIMIENTO PATOLÓGICO: La vejez no es una enfermedad en sí misma, pero la probabilidad de enfermar durante la misma y que la enfermedad genera consecuencias negativas en el organismo, es mucho mayor que en otras etapas de la vida. Ello se refleja en la diferenciación habitual entre enfermedad aguda y crónica : la primera es de corta duración y su desenlace puede preverse; en tanto que la segunda, se caracteriza por su larga duración y por llevar aparejado una limitación residual.

La incidencia de la enfermedad aguda es menor entre los ancianos, pero cuando les afecta, la recuperación es más lenta y las consecuencias son más graves que en otras edades. Por otra parte, la enfermedad crónica está más extendida entre los ancianos y sus efectos son acumulativos, ya que se superponen las limitaciones que ocasionan en órganos y sistemas, disminuyendo la resistencia global frente a la agresión externa. Cabe destacar que el Accidente Cerebro Vascular (ACV) es una enfermedad crónica, que si bien afecta a personas de cualquier edad, se da con mayor frecuencia en ancianos (este tema se desarrollará en un apartado específico, puesto que consituye la temática central del presente trabajo de investigación).

¹¹ ANZOLA PEREZ Elías y Cols.- "La Atención de los Ancianos: Un desafío para los años '90" .- Cap. I .- Pags. 39 – 40 .- Washington .- 1998.-

La manera en que las células – los tejidos y los órganos responden a los Agentes nocivos, a los cuales están expuestos, es limitada. Los ancianos son propensos a adquirir más enfermedades que los jóvenes como así también, están más expuestos a cambios que resultan de los procesos patológicos que se agregan a todas las transformaciones fisiológicas del envejecimiento.¹²

Teniendo en cuenta estas limitaciones, cabe mencionar que el Envejecimiento es "...universal; puesto que es un proceso intrínseco, independiente de los factores externos; progresivo, ocurre gradual y acumulativamente y deletéreo, continúa con la disminución de la capacidad funcional hasta llegar a la muerte".¹³

ANZOLA PEREZ Elías y Colaboradores, plantean que en el proceso de envejecer el organismo va manifestando una serie de cambios, desde lo biológico, tanto celulares como en la actividad física y en los procesos homeostáticos.

CAMBIOS DEGENERATIVOS CELULARES

***CAMBIOS INMUNOLÓGICOS:** El sistema inmunológico tiene a su cargo la tarea de reconocer lo que es ajeno al propio organismo; debe defenderse de los agentes patógenos y ser sensible para distinguir las células que hayan aparecido de las células normales. Dada la relación entre la función inmunológica y el proceso de envejecimiento, el aumento de la producción de anticuerpos y la eventual degeneración de los tejidos, pueden estar

¹² ANZOLA PEREZ Elías y Cols .- "La Atención de los Ancianos: Un desafío para los años '90".- Cap. I .- Pag. 49 .- Washington.- 1998 .-

¹³ Op. Cit . Cap. I .- Pag 49 .-

intimamente asociados a una patología. La deficiencia en el sistema inmunológico pueden causar el envejecimiento humano.

***CAMBIOS FUNCIONALES:** Los límites entre salud y enfermedad, se vuelven menos precisos, cuando aumentan las deficiencias mentales y neurológicas los desórdenes del sistema nervioso central comunmente causan daño en los ancianos y producen un alto porcentaje de discapacidades en las personas.

***MARCHA Y EQUILIBRIO:** Con la edad se suelen presentar cambios en el patrón de la marcha, tales como la inseguridad, el ensachamiento de la base de apoyo, el paso lento, la postura encorvada y la disminución del movimiento de los brazos.

Las alteraciones de la marcha, pueden asociarse a deficiencias en el sistema Nervioso central, a la disminución en la velocidad de conducción de la masa muscular y a la rigidez muscular. Las dificultades en la marcha y el equilibrio, así como las repetidas caídas que en muchos casos sufren las personas ancianas, pueden asociarse con signos de enfermedad.

***CAMBIOS EN LA POSICIÓN CORPORAL:** Hay una modificación de la estatura, por modificación en el nivel de los cuerpos vertebrales, lo que origina un cuerpo corto con extremidades largas.

La disminución de la masa corporal magra, lleva a la reducción de la masa y fuerza muscular, lo que consituye una muestra clara de envejecimiento.

Otros cambios que se manifiestan a nivel celular son : cambios en la

membrana, en el citoplasma, en el núcleo y cambios enzimáticos.

CAMBIOS EN LA ACTIVIDAD FÍSICA

***SISTEMA CARDIOVASCULAR:** A medida que se envejece, existe una mayor predisposición del corazón a desarrollar arritmias y fallas en condiciones de stress.

En los ancianos disminuye la elasticidad en las paredes de las grandes arterias, lo que aumenta la presión arterial, constituyendo éste uno de los principales factores de riesgo para provocar un A. C. V.

***SÍNTOMA PULMONAR:** Son tres los elementos básicos del envejecimiento pulmonar: disminución de la elasticidad pulmonar, aumento de la rigidez de la pared torácica y disminución de la fortaleza de la musculatura respiratoria.

***SISTEMA MÚSCULO - ESQUELÉTICO Y OSEO:** En los ancianos aumenta la inestabilidad postural, trastornos vestibulares y el desequilibrio del cuerpo.

***CEREBRO:** El peso y el tamaño del cerebro disminuye entre 100 y 50 grs. desde los 20 años hasta los 90, esto se produce por la reducción de los lípidos y las proteínas encefálicas. Desde épocas tempranas es característica la disminución del número de neuronas..

CAMBIOS EN LOS PROCESOS HOMEOSTÁTICOS

Las glándulas adrenales regulan ciertos aspectos del metabolismo, del comportamiento y de la función nerviosa, así como de la homeostasis. Entre los factores que contribuyen al envejecimiento endocrino están por un lado, los endógenos (endocrino – neuronales , la composición corporal y la enfermedad) y por otro lado, los factores exógenos (la enfermedad, la medicación, las drogas, la dieta, el ejercicio y los factores sociales, estos últimos tienen que ver con los vínculos familiares y sociales, la disposición al placer, interacción con el medio, etc.).

Dentro de los cambios que se producen en la vejez, los más visibles son : el que ocurre en la piel y en el pelo, observándose a través de las canas y las arrugas respectivamente.

CAMBIOS EN LA REGULACIÓN DEL VOLÚMEN

LÍQUIDO

*RIÑÓN: En los ancianos disminuye la masa renal. El riñón sano de un anciano es capaz de mantener una distribución de agua y electrolitos y un equilibrio ácido – básico dentro de los límites homeostáticos.

*TRACTO GASTROINTESTINAL: La pérdida de las piezas dentales dificulta la masticación; se presentan cambios en la sensación del gusto (aumenta el sabor amargo); desciende la producción y la viscosidad salival,

alterando la movilidad de la lengua y la deglución de los alimentos. Se presentan cambios en la absorción de nutrientes.

*HÍGADO: Disminuye el tamaño hepático y el flujo sanguíneo. Existe una reducción en la capacidad para metabolizar las drogas en relación con los adultos jóvenes.

*VISIÓN: La visión disminuye, esto responde a la menor elasticidad del cristalino y a su paulatino engrosamiento, se reduce el tamaño de la pupila, como también así la secreción lagrimal.

*AUDICIÓN: Existe una reducción de la función auditiva, relacionado a la edad. Hay además otras dificultades vinculadas a la función auditiva, tales como la disminución de la agudeza para ciertos tonos altos y la discriminación del lenguaje.

Sumado a estos factores estrictamente biológicos que determinan el proceso de envejecer de las personas, deben destacarse los factores psicosociales que también influyen en el deterioro progresivo del organismo. Estas causas son atribuibles tanto al sujeto como al medio social (soledad – falta de un rol activo – ausencia de obligaciones – exceso de tiempo libre).

Se ahondará sobre estos factores al desarrollar los aspectos sociales y psicológicos del envejecimiento.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Al igual que se evidencian cambios desde lo biológico a medida que se envejece, también estos cambios se evidencian desde el aspecto psicológico (memoria – inteligencia – personalidad – etc.).

Una vez más se considera importante resaltar que cambio no necesariamente significa deterioro, simplemente es un nuevo estado de ser. Las modificaciones que aquí puedan visualizarse, se dan como consecuencia del proceso de envejecimiento, es decir, no existen síntomas de enfermedad psíquica más allá de las propias de personas ancianas. En este caso se estaría frente a un proceso de envejecimiento **Normal**.

Por otro lado, se puede hablar de un proceso **Patológico**, donde se está ante la presencia de patologías o enfermedades, que van más allá de los cambios a los que conlleva el proceso de envejecimiento. No obstante, cabe destacar que es difícil determinar cuándo se está ante un proceso normal y cuando ante un proceso patológico en el proceso de envejecer.

Los procesos biológico-psicológico y sociales, se hallan íntimamente ligados. Encontrarse con buen estado de salud no sólo significa no padecer ninguna enfermedad: el aspecto social ejerce una enorme influencia en el ser humano y fundamentalmente en las personas ancianas, las cuales generalmente, deben atravesar situaciones dolorosas y de pérdida (jubilación, asociado a una reducción en los ingresos y a una modificación en su red personal – pérdidas afectivas, por muerte o alejamiento por migración de amigos y familiares – etc.), lo cual impacta en su aspecto tanto biológico como psicológico. En lo que

respecta a este último aspecto, se puede visualizar que las personas mayores, con frecuencia, sufren depresión o episodios depresivos, angustia, tristeza.

La autopercepción de quién vive estos cambios también ejerce un fuerte impacto. El ser humano se halla inmerso en un medio social, en el mismo existen numerosos estereotipos; los ancianos son víctimas de muchos de ellos, los cuales con mayor frecuencia son negativos.

Estos prejuicios, al ser aceptados por la sociedad y por los propios ancianos, lleva a que éstos se identifiquen con ese lugar que se les otorga. El autoconcepto es uno de los factores que más directamente incide en la forma en que el sujeto vivencia, afronta y trata de superar el conjunto de factores que constituyen su situación problemática o no, y es la que gira en torno a la Tercera Edad y se relaciona con el bienestar.¹

1.-APTITUDES COGNOSCITIVAS

A.- INTELIGENCIA: Según CATTELL, la inteligencia se divide en **fluida** y **cristalizada**². La primera se basa en la aptitud fisiológica y neurológica de cada persona para resolver problemas y para organizar la información en situaciones concretas, se basa en la dotación biológica original, sin influencia de la cultura.

La inteligencia cristalizada, a diferencia de la anterior, está influenciada por la educación, los conocimientos y la experiencia que el individuo adquiere en el seno de la cultura en la que se halla inmerso.

"La inteligencia fluida aumenta y alcanza su punto más elevado hacia la

¹ SALVAREZZA, Leopoldo.- "La Vejez: Una Mirada Gerontológica Actual".- Pag. 97.-

² MORAGAS MORAGAS Ricardo.- "GERONTOLOGÍA SOCIAL: Envejecimiento y Calidad de Vida".- Cap. III.- Pag. 70.-

adolescencia y va declinando progresivamente durante toda la vida; aunque es probable que hacia los 70 años o más, pueda existir cierta limitación..."³, no obstante esta limitación no impide que el ser humano pueda, perfectamente, convivir y llevar a cabo sus roles sociales y laborales normalmente.

La inteligencia cristalizada aumenta durante toda la vida. Las investigaciones más recientes indican que el descenso de la capacidad intelectual responde más que a una cuestión cronológica, a la influencia del medio ambiente, sea general (guerras – situación económica – acontecimientos políticos) o individual (crisis – divorcios – muertes – fracasos).

En definitiva, envejecer no necesariamente debe traer aparejado un deterioro. En la actividad intelectual o inteligencia, siempre que no se esté ante una situación patológica.

Es fundamental y en parte determinante la influencia que el medio ejerce en la estimulación y apoyo para que el anciano logre mantener sus aptitudes intelectuales en la medida de lo posible a lo largo del proceso de envejecer.

En caso de manifestarse ciertas pérdidas, el medio brinda la posibilidad la posibilidad de adquirir o incorporar habilidades que compensen las mismas.

B.- MEMORIA: Una de las primeras explicaciones sobre la pérdida de la capacidad de recordar que se producen con el paso del tiempo, fue la que brindó el concepto de degeneración, esta idea fue poco clara y poco explicativa y dio lugar a otra; es la que se caracterizaba por la menor capacidad o la dificultad para introducir modificaciones en lo ya adquirido. Desde esta

³ MORAGAS MORAGAS Ricardo .- "GERONTOLOGÍA SOCIAL: Envejecimiento y Calidad de Vida".- Cap. III .- Pag. 72 .-

perspectiva, los nuevos aprendizajes son un problema puesto que requieren introducir cambios en las categorías mentales que se han ido adquiriendo a lo largo del propio desarrollo vital. Este tipo de explicación abrió paso a otras, que es la que hoy utiliza la psicología, se plantea sobre la base de modelos estructurales. Estos modelos plantean que la memoria humana se organiza según una secuencia de almacenes (memoria a corto plazo – memoria a largo plazo), en cada una de las cuales pueden producirse distintas clases de déficit.

MURDOCK⁴, propone una clasificación de la memoria según los sentidos: memoria auditiva y memoria visual . Otra clasificación es según el tipo de recuerdos, que plantea TULVING⁵: recuerdos episódicos – acontecimientos únicos para el individuo (matrimonio – viaje – etc.) y recuerdos semánticos o acontecimientos comunes para toda la población (ej. normas de circulación).

A medida que se envejece, puede existir la posibilidad de que la memoria sufra alteraciones, lo que puede responder a cambios normales del envejecimiento o se puede estar frente a un proceso patológico. Los motivos de tales pérdidas son complejos y variados: desde lo biológico (pérdida de células cerebrales), factores psicosociales, tanto o más importantes que los anteriores (bajo nivel intelectual – falta de hábito de recordar – falta de interés – falta de motivación – etc.).

Esta pérdida de memoria, excepto si se está frente a un caso

⁴ MORAGAS MORAGAS Ricardo .- "GERONTOLOGÍA SOCIAL: Envejecimiento y Calidad de Vida".- Cap. III .- Pag. 73 .-

⁵ Op. Cit. Pag. 73 .-

patológico (demencia senil), es evitable si se ejercita y estimula.

A partir de la pasantía realizada por una de las autoras de esta tesis en el S.A.T.E (Servicio Atención Tercera Edad) y sus contactos periódicos con los Pacientes que allí concurren, pudo visualizar que la mayoría de las personas ancianas que allí concurren manifiestan molestias por pérdida de memoria (olvido de nombres – fechas – etc.).

C.- CAPACIDAD DE APRENDIZAJE: El aprender, asociado al rendimiento y a la productividad, se ha ligado tradicionalmente a edades más jóvenes, por lo que existe una actitud negativa en el común de la gente al relacionar aprendizaje con ancianidad.

Los hallazgos de las investigaciones realizadas al respecto, han demostrado que la velocidad del rendimiento declina con el paso de los años (la persona anciana suele demorar más que un adulto o un joven para responder alguna pregunta), "...hay que distinguir entre la declinación en la velocidad y en el funcionamiento intelectual global."⁶ El rendimiento es una medida de aprendizaje que adquiere importancia cuando los sujetos son medidos por la velocidad para desempeñar cualquier puesto de trabajo.

En el caso de las personas ancianas, el aprendizaje puede tomar más tiempo sin que sea afectada la integridad del rol social.

En el rendimiento además, interfieren una serie de factores que van más allá De lo cognitivo, es decir, que no está directamente relacionado con la capacidad de aprendizaje; estos factores son: la motivación – el interés – la

⁶ HOPRINS, Helen L - SMITH, Helen D .- WILLARD / SPACKMAN: Terapia Ocupacional .- Cap. XIX .- Pag. 738 .-

buena o mala salud – entre otros.

D.- RAZONAMIENTO: Constituye el proceso mental que organiza el cúmulo de datos recogidos por la mente a través del aprendizaje y de la percepción.

Implica la diferenciación y categorización de datos en conceptos, que una vez archivados, pueden ser útiles.

La capacidad para la formación de conceptos puede disminuir con la edad, lo que también depende de la capacidad de aprendizaje o de la inteligencia, con la que mantiene cierta vinculación.

Sin embargo, hay personas que con el paso de los años aún siguen manteniendo esta capacidad, esto guarda relación con la actividad desempeñada a lo largo de la vida.

Una vez más, se pone de manifiesto la afirmación que se ha venido reiterando desde el comienzo del trabajo: el hecho de envejecer no siempre trae consigo un deterioro, sí es cierto que se producen cambios, pero los mismos no significan siempre una deficiencia en determinados aspectos o capacidades.

E.- CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS: Para resolver un problema debe seleccionarse una alternativa a través de un análisis, razonamiento, discriminando de entre todas las opciones que existen la más acertada.

Con la edad, la aptitud para la resolución de problemas muestra cambios, al igual que otras facultades cognitivas, aunque esto no implique un obstáculo para la vida social útil.

Cabe destacar que los ancianos de hoy no son menos aptos que los jóvenes debido a los años y pérdida de facultades por el hecho de estar envejeciendo, sino que siempre lo han sido, como consecuencia de una menor educación y oportunidades. No obstante, es preciso tener en cuenta el aprendizaje de alternativas y estrategias que le han permitido enfrentar diversas situaciones a lo largo de su historia de vida.

F.- CREATIVIDAD: Implica originalidad – unicidad – inventiva para resolver un problema. Es una de las manifestaciones más nobles de los factores intelectuales del ser humano.

En lo que hace a su origen, se puede afirmar que existe un componente genético. Los grandes genios que han revolucionado sus campos de actuación, probablemente nacieron con esa facultad y la habrían ejercido en cualquier actividad.

Por otro lado, se puede enseñar a serlo si se proporcionan estímulos ambientales y mecanismos adecuados.

Estudios efectuados sobre este tema arribaron a las siguientes conclusiones: "la máxima creatividad en matemática y química se producen entre los 30 – 40 años, mientras que en literatura y humanidades, alrededor de los 70 años"⁷

2.- PERSONALIDAD

La personalidad es la diferencia individual que distingue a cada persona de las demás. Comprende las características individuales, formas de ser, estilos

⁷ MORAGAS MORAGAS, Ricardo .- "GERONTOLOGÍA SOCIAL: Envejecimiento y Calidad de Vida".- Cap. III .- Pag. 78 .-

de vida, es decir, todo lo que puede resumirse en lo único de cada persona.

A partir de la consulta realizada a distintas bibliografías que abordan esta temática, las alumnas llegan a la conclusión de que todos los autores plantean que pocos son los estudios que se han efectuado acerca de la personalidad y de las modificaciones que puede sufrir una persona a medida que envejece.

Hay diferentes teorías que intentan explicarla (más adelante serán expuestas), pero no existe una teoría global y coherente.

A.- ORIGEN Y ESTABILIDAD: En este aspecto del origen de la personalidad, surge una vez más la dicotomía entre lo congénito y lo adquirido a través de la influencia del medio. Una vez más, la personalidad surge y se desarrolla gracias a la conjunción de ambos.

Otra cuestión fundamental en el estudio de la personalidad tiene que ver con su estabilidad tiene que ver con su estabilidad o cambio con el paso de los años : Qué es lo que sucede?, los estudios muestran que hay una tendencia a la estabilidad y que esto está relacionado con el nivel de educación y siempre que se encuentre en buen estado de salud.

"Parece ser que los cambios en la personalidad que puede sufrir una persona añosa tiene que ver con cambios en las responsabilidades, disponibilidad del tiempo libre, reducción de la aptitud funcional más que a una tendencia inevitable de la personalidad que envejece."⁸
Aquellos ancianos que se mantienen activos, con responsabilidades, inmersos en actividades recreativas que estén vinculadas al placer, en

⁸ MORAGAS MORAGAS, Ricardo .- "GERONTOLOGÍA SOCIAL: Envejecimiento y Calidad de Vida".- Cap. III .- Pag. 79 .-

contacto con el medio externo, apenas muestran cambios en su personalidad.

B.- TEORÍAS: Las teorías que intentan explicar el desarrollo de la personalidad en la ancianidad se dividen en:

* Las etapas de la personalidad y desarrollo del EGO de ERIKSON⁹:

describen el proceso vital del desarrollo de la personalidad que culmina en la resolución de la integridad del EGO frente a la desesperación en la ancianidad.

Ganar la etapa de la integridad significa que se acepta el propio ciclo vital como algo que debía ser y que por necesidad no permite sustituciones.

La integridad del YO supone la aceptación de la vida, con sus aspectos positivos y negativos; mientras que la desaparición supone el rechazo de lo que ha sido la vida y el darse cuenta de que no existe tiempo para remediarlo.

* Jerarquía de Necesidades Humanas de MASLOW¹⁰: Es la pirámide bien conocida de las necesidades, apoyada en la parte inferior por el cumplimiento de las necesidades fisiológicas o primarias (hambre – sed – abrigo). Si éstas no han sido cubiertas, el individuo no tiene interés en satisfacer otro tipo de necesidades, como por ejemplo las psíquicas (autoexpresión – identidad – reconocimiento) o las sociales (afiliación – relación – asociación). Estas últimas se desarrollarán cuando se aborden los aspectos sociales del envejecimiento.

LEÓN RAPPAPORT¹¹ plantea que con la vejez se desarrollan tres factores

⁹ HORKING, Helen L. – SMITH, Helen D. – WILLARD / SPACKMAN: Terapia Ocupacional. - Cap. XIX. - Pag. 737. -

¹⁰ Op. Cit. Pag 737. -

¹¹ LEÓN RAPPAPORT. - "LA PERSONALIDAD DESDE LOS 26 AÑOS HASTA LA ANCIANIDAD: El Adulto y el Viejo". -

críticos de la personalidad: a) Teoría de la Desvinculación .-

b) La Estimulación .-

c) Muerte o Proceso de Morir .-

1) Teoría de la Desvinculación: Tradicionalmente, se ha pensado que los ancianos se ven forzados (por influencia de la sociedad o de factores físicos) a abandonar roles y entrar, aún en contra de su voluntad en un rol social pasivo.

Mientras les es posible mantienen las actividades propias de la vida madura y luego, sustituyen éstas por otras acorde a sus necesidades y posibilidades, tales como sustituto del trabajo cuando se ven forzados a retirarse, sustituto de amigos y seres queridos cuando se los pierde.

2) La Estimulación: El mejor remedio general para la vejez es la actividad y poco importa qué tipo de actividad sea, siempre que su efecto sea mantener los sistemas físico – emocional – social e intelectual.

Muchos autores concuerdan en que los ancianos debieran ser preparados de modo tal que pudieran sustituir por otras las actividades que ya no les son posible efectuar.

Cuando la actividad tiene efectos positivos en los ancianos, es estimulante, con ella es probable que los ancianos se sientan más ligados a la vida, en caso contrario, es posible que declinen con mayor rapidez.

3) La Muerte y el Morir: Morir es el único factor que influye en la personalidad. Los efectos más claros son los que guardan relación con los

cambios emocionales asociados al temor – culpa – vergüenza.

Siempre se asocia muerte con vejez. Ser viejo además trae aparejado aguardar la llegada de la muerte.

C) AUTOPERCEPCIÓN - AUTOVALORACIÓN: Ambos son conceptos que no pueden dejar de desarrollarse o al menos mencionarse cuando se trata este tema de la vejez o del proceso de envejecer. Es muy importante tener en cuenta la percepción que tiene el propio sujeto de su envejecimiento, como vive, percibe y valora tal proceso.

El autoconcepto suele definirse, en sentido genérico, como el conjunto de imágenes, pensamientos y sentimientos que el individuo tiene de sí mismo. Es uno de los factores que más directamente incide en la forma en que el sujeto vivencia, afronta y supera los conflictos y situaciones que debe enfrentar a lo largo de su vida.

El concepto se sí mismo, adquiere relevancia cuando se analiza la personalidad, a-cualquier edad, puesto que proporciona un juicio del sujeto en relación con lo que él y los demás piensan sobre su persona.

Se trata de un proceso continuo entre nuestra propia opinión – la de los demás y nuestras expectativas vitales. Si se da una integración entre los tres, existirá satisfacción – personalidad integrada y adaptación a la realidad.

KALISH ¹² (1975) dice que las preocupaciones por la apariencia física que suelen plantean las personas ancianas no es en función de la edad, sino más bien que obedecen a circunstancias de la vida, como es la aparición de alguna

¹² SALVAREZZA, Leopoldo .- "LA VEJEZ: Una mirada gerontológica actual" .- Pag. 99 .-

enfermedad discapacitante, la cual ejerce influencia en la percepción del sujeto sobre su imagen. El ACV constituye una enfermedad discapacitante que en la gran mayoría de los casos deja secuelas visibles.

Por lo observado a partir de la pasantía en SATE de una de las autoras de este trabajo, cabe afirmar que en un número considerable de casos, estos pacientes muestran importante dificultad para adaptarse a ese nuevo cuerpo, a convivir con él, a verse diferente y a acostumbrarse a las limitaciones que el mismo impone.

En lo que respecta a la valoración individual frente a la integración social, en la juventud y conforme a mayor energía física, el énfasis de la valoración se sitúa en el hacer, en los logros, en el desempeño del rol. Con la madurez tardía y la llegada de la vejez, la valoración realista se basa en reconocer la disminución de las funciones.

"La autoestima depende más de cualidades morales que sociales. La autoestima, aumenta o disminuye con la edad?: Hay una clara evidencia de que con la edad hay un aumento de la autoestima, en la medida en que la persona es más libre para adaptar su rol a menores exigencias sociales"¹³

A medida que se transcurre por las distintas etapas de la vida y se llega a la vejez, una serie de acontecimientos externos o internos pueden producir o poner en peligro el equilibrio psíquico; un factor de riesgo evidente es la jubilación, ésta impacta de distintas formas en quien la vive: cese de actividad, que trae aparejado el alejamiento de los compañeros, ausencia de tareas, éstas pueden ser reemplazadas por otras o no, según cada caso, el tiempo

¹³ MORAGAS MORAGAS, Ricardo.- "GERONTOLOGÍA SOCIAL: Envejecimiento y Calidad de Vida".- Cap. III.- Pag. 85.-

libre y el uso de él, la reducción de los ingresos. (Más adelante se desarrollará en profundidad lo relacionado con los aspectos sociales).

3.- OTROS ASPECTOS

Estos aspectos incluyen la energía que inicia, mantiene y moviliza la acción de los seres humanos. Esta energía está compuesta por elementos de difícil identificación que incluyen:

A.- SENTIMIENTOS Y EMOCIONES La existencia de emociones no guarda relación directa con la inteligencia, razonamiento, etc., pero el control de las emociones sí se hallan influidos por estas aptitudes intelectuales y de ahí la diferenciación entre personas impulsivas, que actúan en base a instintos e intelectivas que actúan en base a la influencia de la inteligencia.

Se puede afirmar, sin lugar a dudas, que las personas mayores están expuestas a un mayor número de experiencias negativas (estado de salud – pérdidas afectivas – jubilación – etc.), lo que hace que los sentimientos negativos aparezcan. No obstante, esto puede compensarse si se le proporciona estímulos ambientales adecuados.

Por otra parte, el anciano que de joven era alegre, lo seguirá siendo, siempre que los sucesos de su historia de vida no hayan alterado la estructura básica de su personalidad.

B.- MOTIVACIONES: Son los impulsos que mantienen en acción a los seres humanos. La intensidad de las motivaciones está en relación directa con la probabilidad de conseguir los objetivos que se persigan.

Al igual que otros factores que están vinculados con la personalidad, la motivación mantiene cierta estabilidad con la edad, pero al limitarse las posibilidades, dada la reducción de alternativas, es normal que se reduzca proporcionalmente.

C.- PERCEPCIÓN: Consiste en que los sentidos proporcionan información, la cual debe ser clasificada y valorada.

"Las investigaciones muestran que con el paso del tiempo disminuye la percepción debido a la menor velocidad del sistema nervioso en el procesamiento de los estímulos. Sin embargo, el declive en la percepción, con efectos en la funcionalidad, no se da en ausencia de enfermedad hasta edades que superan los setenta años de edad".¹⁴

D.- RESPUESTAS PSICOMOTORAS: La velocidad de respuesta estará en relación con la capacidad de los sentidos, la efectividad de la percepción y de la transmisión neuromuscular.

Según parece, con la edad el proceso se hace más lento. No obstante, en caso de ancianos sano, con estimulación – motivación – interés y formación mantienen las respuestas psicomotoras.

Con el aumento de la edad las limitaciones que se observan son las que tienen que ver con el tiempo de reacción entre el estímulo y el comienzo de la respuesta.

4.- SALUD Y ENFERMEDAD

¹⁴ MORAGAS MORAGAS, Ricardo .- "GERONTOLOGÍA SOCIAL" Envejecimiento y Calidad de Vida".- Cap. III .- Pag. 92 .-

Una vez más se hace necesario destacar que vejez no es sinónimo de enfermedad. Ser viejo no siempre es estar enfermo. Si bien a medida que se avanza en edad y se llega a la ancianidad la probabilidad de contraer enfermedades es mayor, la gran mayoría de la población anciana goza de buen estado de salud, se dice que transitan un proceso de **Envejecimiento Normal**; puede definirse como proceso universal, progresivo e irreversible y donde hay ausencia de enfermedades, más allá de las propias de los años (ejemplo: dificultades visuales – artritis – etc.).

Por otro lado, está lo que se denomina **Envejecimiento Patológico**, aquí el proceso se halla acompañado por alteraciones o deterioros que constituyen una enfermedad. A diferencia del envejecimiento normal, que es universal, el envejecimiento patológico ocurre sólo a algunas personas ancianas.

Estas enfermedades o alteraciones no sólo pueden ser biológicas, sino también psíquicas o sociales. (en este apartado se abordarán ambas desde el aspecto psicológico).

ENVEJECIMIENTO NORMAL

Optar por un determinado estilo de vida, entendiéndose por tal, lo que el individuo estudia, donde trabaja, con quién vive, que alimentos consume, que ejercicios realiza y el cúmulo de decisiones individuales que moldean su vida y sobre la cual el individuo ejerce cierto control; constituye uno de los factores más importantes para llegar a una vejez saludable y transitar por este proceso

como una etapa más del ciclo vital.

En esta decisión individual que conduce a la selección de una determinada Opción de vida frente a otras, se hallan implicadas tanto las aptitudes cognoscitivas, inteligencia – memoria – creatividad – etc., al igual que toda la personalidad, ya que toda la persona se halla implicada.

"PALMORE ha diseñado los denominados precursores de la longevidad, estableciendo un cociente de longevidad que permite predecir cuáles son los sujetos con mayores expectativas de vida".¹⁵

Entre estos precursores, la satisfacción con el trabajo – la condición física y la felicidad, constituyen los más importantes. En tanto que aquello que padecen enfermedad cardiovascular o una tendencia a la adicción al tabaco, tienen menores expectativas de vida. Cabe resaltar que el sujeto tiene bastante capacidad de control a través del estilo de vida que escoja, lo cuál es fundamentalmente una decisión individual.

El envejecimiento normal es aquél en el cual no hay síntomas de enfermedad psíquica y corresponde al que vivencian la mayoría de las personas, ya que los trastornos del psiquismo afectan sólo a una minoría de los ancianos.

El concepto clave del envejecimiento normal es el de salud mental, equilibrio en relación con el medio ambiente. La salud mental constituye el resultado de una serie de adaptaciones satisfactorias. La salud mental no es sólo individual, sino psicosocial, ya que se forma a través de la interrelación de los factores del medio social y de la personalidad individual, originando un resultado único denominado **Personalidad Psicosocial**.

¹⁵ MORAGAS MORAGAS, Ricardo .- "GERONTOLOGÍA SOCIAL: Envejecimiento y Calidad de Vida".- Cap. III .- Pag. 94 .-

Como ya se expuso en uno de los párrafos anteriores, la mayoría de la población transita por un proceso de envejecimiento sin enfermedad mental, aunque pueden existir ataques a la integridad personal debido a la influencia de la sociedad en la que están inmersos, donde los valores de los ancianos no cuentan y todo se centra en los valores juveniles.

Es en gran parte, el medio social el que crea la imagen de los ancianos a partir de sus normas e ideales que persisten en cada época. No obstante, en la actualidad y cada vez más, las personas mayores buscan y luchan por un nuevo espacio, un espacio propio que les permita contar con nuevas posibilidades, realizar nuevas actividades que sustituyan las que ya no existen. Se puede visualizar un cambio, en general, en la actitud de los ancianos, una toma de conciencia y una necesidad y deseos de disfrutar de la vida y de esta etapa como una más de la misma.

ENVEJECIMIENTO PATOLÓGICO

Resulta difícil encontrar el límite exacto entre lo normal y lo patológico. En el aspecto psicológico se hace más impreciso aún que en los aspectos orgánicos, se genera una mayor confusión, resulta más difícil marcar el límite entre las enfermedades normales del envejecimiento y la patológicas.

La Psiquis y sus manifestaciones constituyen realidades menos objetivas y la diferencia entre lo normal y lo patológico resulta más complicado determinar. Es por esto que la mayoría de los autores hablan de la intensidad de una condición u otra, suponiendo que todo ser humano cuenta con un potencial patológico que puede manifestarse o no, esto depende de su capacidad

psíquica – influencia del medio – factores de riesgo – etc..

Existen prejuicios y esteriotipos que muchas veces son mas negativos que positivos y que clasifican a los ancianos como mentalmente enfermos. Varios son los términos que suelen emplearse, tales como: enfermizo – olvidadizo – mente estrecha – senil.

Este último (senil), se asocia automáticamente a pérdida de memoria – confusión mental – alteraciones en el juicio. Si bien esta enfermedad se produce o desarrolla en personas ancianas con mucha más frecuencia, afecta a una minoría.

- **Enfermedad Orgánica:** La senilidad es una enfermedad orgánica, Constituye la enfermedad crónica más importante, posee una base somática, resulta de lesiones cerebrales y origina una amplia categoría de demencias, de las cuales las más importantes son: **Mal de Alzheimer y Demencia de tipo Vascular.**

La primera tiene un origen que aún es desconocido. Es una enfermedad que produce trastornos de la memoria y otras funciones del cerebro (juicio – conducta – etc.), es progresiva e irreversible.

Puesto que su origen no se conoce, no hay forma de prevenirla. El diagnóstico se realiza a través del descarte de enfermedades semejantes al Mal de Alzheimer.

A partir de la compresión, las arterias que irrigan sangre al cerebro, con el paso del tiempo se deterioran, esto dificulta la irrigación profocando infartos cerebrales, los mismos son los que provocan la demencia vascular.

En ambos casos (demencia Vascular y Mal de Alzheimer) los síntomas son

similares: deterioro generalizado de las funciones mentales, conducta agitada, alteraciones en el juicio y en la conducta.

Existen otras enfermedades orgánicas del psiquismo, con manifestaciones parecidas a la demencia pero que son reversibles o agudas, el sujeto las experimenta por un corto período de tiempo y se producen por factores externos, como la alimentación deficiente – drogadicción – alcoholismo u otros factores del medio.

- Enfermedades Funcionales: Estas enfermedades no poseen una base somática u orgánica, se deben a factores externos. Son la neurosis y la psicosis. Tanto en el joven como en el anciano, la neurosis de ansiedad es el tipo más común.

La neurosis es una enfermedad muy característica de la época en que se vive, es una reacción frente a la angustia.

Presenta varias manifestaciones, entre ellas: fobia – histeria – ansiedad – hipocondría.

La Psicosis, constituye un problema psiquiátrico grave, una pérdida de contacto con la realidad, se manifiesta por la presencia de alucinaciones, conducta extraña, débil control de los impulsos.

Dentro de las psicosis, las más comunes son: la esquizofrenia – psicosis afectiva – paranoia – depresión psicótica.

La incidencia de la enfermedad mental funcional entre los ancianos no parece ser mayor que en el resto de la población, con excepción del mayor riesgo debido a factores ambientales que pueden alterar el equilibrio psíquico.

Otros factores ejercen influencia y determinan en gran parte la probabilidad de contraer alguna enfermedad funcional, los mismos son: la condición física pasada, las experiencias y la intensidad de los factores sociales que pueden atacar y alterar el equilibrio del anciano.

Otra alteración o desorden mental es la depresión, caracterizada por disturbio del humor agudo – crónico - recidivante.

Variados motivos pueden generar en los ancianos síndromes depresivos resultantes de la interacción de múltiples enfermedades médicas – neuropsiquiáticas- psicosociales.

Factores que convierten a una persona, en este caso a una persona anciana, en más vulnerables para adquirir depresiones: la clase social baja – dificultades económicas y enfermedades – pérdida del conyuge – alejamiento de hijos o contactos próximos – jubilación – dificultades habitacionales.

Un factor de protección contra las depresiones es la existencia de relacionamientos de confianza, de proximidad y afecto que le permita compartir sentimientos y pensamientos.

Una enfermedad física discapacitante, como es el ACV, aumenta el riesgo de depresión. Una depresión hace más lenta la rehabilitación de una persona con cierta incapacidad.

"La depresión orgánica puede seguir a la enfermedad cerebrovascular. La depresión recidivante, iniciada en la vejez, presenta con frecuencia elevada comorbilidad con enfermedades cerebrales"¹⁶.

¹⁶ ANZOLA PEREZ Elías y Cols. – "LA ATENCIÓN DE LOS ANCIANOS: Un desafío para los años '90".- Cap. I.- Pags. 175 – 176.-

ASPECTOS SOCIOLOGICOS DEL

ENVEJECIMIENTO

Sin negar que el envejecer es un fenómeno natural, inherente a la finitud biológica del organismo humano, cabe subrayar que son las características de la sociedad las que condicionan tanto el promedio de años de sus habitantes como su calidad de vida durante los años de la vejez.

El proceso de envejecimiento sociológicamente puede definirse desde dos aspectos¹:

a) El del individuo que lo experimenta, éste hace incapié en la manera en que éstos enfrentan su proceso de envejecimiento.

b) El de la sociedad, cuya atención se centra en el estudio de las características de la sociedad y en la forma en que éstas configuran similares oportunidades y condiciones de vida para las personas, en este caso, los ancianos.

Una combinación de estos dos enfoques es el Psicosocial, que se interesa por la forma en que los individuos, considerados como miembros de una categoría social, encaran su envejecimiento dentro del contexto que los condiciona.²

Partiendo de esta perspectiva, el envejecimiento es un proceso individual de adaptación a condiciones cambiantes que provienen del propio organismo, del medio o de ambos y cuyo carácter dependerá de como encaren y resuelvan los

¹ ANZOLA PEREZ Elías y Cols. "La Atención de los Ancianos: Un desafío para los años '90" .- Cap. I.- Pag. 57.-

² Op. Cit. Cap. I.- Pag. 57.-

problemas.

En síntesis, la perspectiva psicosocial centra su atención en la forma en que los ancianos logran adaptarse a las condiciones que le ofrece la sociedad, cómo buscan respuesta a los problemas que se les presentan y cómo adaptan y asumen pérdidas o frustraciones.

POSICIÓN SOCIAL Y ROL

LINTON caracteriza a ambos términos como... " definidores de la posición social o esquema global de interacción"³.

La posición social o denominado también status, se clasifica en adscripto o adquirido de acuerdo a su origen:

El primero pertenece al individuo, sin esfuerzo personal, proporcionado por el nacimiento. El segundo, se consigue por el esfuerzo del individuo y por las oportunidades sociales.

La edad constituye un status y resulta el más igualitario. A lo largo de la vida, el hombre desarrolla y cumple una cantidad de roles sociales que son producto de su interacción con el medio. Esto, constituye una fuente de tensiones y de recompensas que se unen y colaboran en la formación de su autoimagen.

En el proceso de envejecimiento, el ser humano va sustituyendo unos roles por otros, pero en la vejez se suelen abandonar o perder roles considerados de importancia y esto también ha ido variando con el paso del tiempo.

Históricamente, la edad proporcionaba mayor status en épocas pasadas, tanto por razones cuantitativas (menos ancianos que ahora) como cualitativas

³ MORAGAS MORAGAS, Ricardo .- "Gerontología Social: Envejecimiento y Calidad de Vida".- Cap. I.- Pag. 101 .- Edit. Herder .- Barcelona .- 1995 .-

(la opinión del anciano en asuntos importantes era más escuchada, más valorada , se valoraba la experiencia por sobre la innovación).

Actualmente, la edad no confiere por sí sola status social: el número de ancianos ha aumentado extraordinariamente y su papel social ha perdido importancia, ya que se valora más la juventud y los valores que ella trae consigo.

MARÍA JULIETA ODDONE⁴ , desarrolla el tema de los roles del anciano, en la familia y en la sociedad en general, en las distintas épocas de la historia argentina, a partir de fines del siglo XIX hasta la actualidad:

Entre fines del siglo XIX y principios del XX: Es la etapa de la Argentina agroexportadora. El amor a la patria y el orgullo de morir por ella constituían los valores de la época, expone la autora extraído de lectura de textos de esos años.

Se transmitían como grandes virtudes el honor y el ahorro, esto permitiría alcanzar una vejez tranquila, en un contexto histórico en el cuál no existía la jubilación. La misma aparece con el tiempo y en la actualidad constituye un factor de cambio y de pérdidas en las personas mayores (más adelante se ahondará en este tema de la jubilación).

El anciano era considerado como una fuente de respeto, aún en situaciones de marginalidad social (viejos pobres abandonados).

El tipo de familia, entendiéndose por tal al grupo primario de organización social, en esa época era la extensa, definida como aquella en la que conviven tres o más generaciones; se envejecía en familia y era "Normal" que los hijos se hicieran cargo de los ancianos.

⁴ SALVAREZZA, Leopoldo .- "La Vejez: Una Mirada Gerontológica Actual" .- Pags. 54 – 55 – 56 – 57 – 58 – 59 – 62 – 63 – 64 – 65 – 66 – 67 .- Edit. Paidós .- Bs. As. 1998.-

El papel del anciano era el de Consejero, cumpliendo con la función de educador y transmisor de los valores fundamentales.

El anciano era y debía ser respetado por ser un hombre con una gran experiencia adquirida por los años vividos...

Cumple con el rol familiar de abuelo, pero es más que eso, dicta y transmite valores, lo que le permite cumplir con una función social. Tiene cabida en la sociedad.

Alrededor de la década del 30: Se mantienen los valores liberales de la época anterior, se ha concentrado el fenómeno masivo de la inmigración europea.

Aparece el trabajo como garantía de ascenso social.

La imagen del anciano es la de sabio, de cabellos blancos, rico en experiencia y venerable, dominando desde lo alto la condición humana.

El período comprendido entre el 40 y el 50: Caracterizado por una permanente refluencia hacia los valores nacionales. Aparece un proceso de crecimiento de la infraestructura económica: obras públicas - empresas del Estado- etc.

Comienzan a tener vigencia otros sectores sociales de la comunidad, por lo cual aparecen imágenes de abuelos obreros y jubilados.

Como en la época anterior, la familia extensa se hace cargo de los ancianos, pero en éste período, aparece la imagen del anciano institucionalizado, es decir, que habita en un hogar de ancianos.

Continúa la imagen del viejo transmisor de la cultura, al mismo tiempo que

aparece un anciano activo que debe y necesita ocupar el tiempo libre, surge con una marcada valorización del trabajo.

Hacia la década del 60: Se producen cambios en los valores, se comienza a valorizar la juventud en sus aspectos externos (belleza- modas- fuerza física), tan vigente hoy día.

Los abuelos en éste período cumplen un rol secundario.

La familia es de tipo nuclear, los " viejos ", ya no deciden en ella, los problemas familiares son enfrentados y resueltos por los padres de familia. El rol que se le asigna a los ancianos es el de abuelos, al que se va a visitar y que va de visita a casa de sus hijos.

En el período entre el 60y el 90: Los ancianos han quedado sin rol, son definidos por el rol familiar de abuelos.

Ha desaparecido en la actualidad el rol del anciano de las sociedades agrarias, en la que se valoraba la experiencia.

Se transmiten tal como se daba en el período anterior, los valores de una Cultura basada en los adelantos tecnológicos, donde el crecimiento material y económico supera cualquier otra consideración.

Hay un cambio importante en la imagen del anciano y los roles que se le asigna.

Los ancianos comienzan a integrar, además del rol familiar de abuelo, roles sociales, actividades con pares de tipo recreativas – creativas – benéficas. Si bien es sabido con firmeza que ésta, la vejez, es una etapa cargada de pérdidas y frustraciones (materiales – afectivas), numerosas actividades y

oportunidades compensan las mismas.

Década del '90: La figura del anciano no es la de un ser débil, al que hay que proteger, ni dependiente. La mayoría de las personas son activas y físicamente sanas.

Como afirma CHAWLA, "Los ancianos no siempre son dependientes a causa de su decadencia física, sino que a menudo, lo son debido a la forma en que se los categoriza socialmente y a las presiones sociales que se ejercen sobre ellos".⁵

EVENTOS QUE AFECTAN LA VIDA DE LA PERSONA

ANCIANA

El envejecimiento no se da en un vacío sino dentro de un contexto social. La vejez, es una experiencia de múltiples determinantes que dependen de un balance de aspectos físicos – sociales y psicológicos.

Generalmente, los cambios más notables y visibles y que indefectiblemente se asocian al proceso de envejecimiento son los biológicos, los mismos se refieren a los cambios que tienen lugar en el organismo y que son característicos de las personas de edad avanzada, tales como: disminución de la capacidad visual – disminución de la capacidad auditiva o del vigor físico. Sin embargo, existen pérdidas y cambios desde lo social que afectan al ser humano muchas veces en mayor proporción que los anteriores: pérdida del rol laboral (jubilación) – pérdidas afectivas y roles sociales.

⁵ ANZOLA PEREZ Elías .- "La Atención de los Ancianos: Un desafío para los años '90 .- Pag. 57 .- Washington .- 1998 .-

El papel que impone la sociedad a las personas que envejecen, las secuelas de soledad, de tristeza y de abandono que en este país trae aparejado, en un número elevado de casos, la vejez, ha contribuido entre otros factores, a crear en torno a la tercera edad una problemática, cuyas implicancias económicas, sociales, políticas y culturales, ya no pueden obviarse.

Las fuentes o áreas de ajuste a las que se enfrentan los individuos en la etapa de la ancianidad son: - Retiro o Jubilación: unido a la reducción de los ingresos.

- Cambios en la salud: (ver aspectos biológicos del envejecimiento).

- Modificación de la red Social: con tendencia a una retracción, jubilación – migración – pérdida de seres queridos por muerte o alejamiento.

RETIRO O JUBILACIÓN

Se sabe que el trabajo es una importante fuente de dignificación de la vida, no la única. Es la instancia a partir de la cual se adquiere independencia económica y por ende, la motivación necesaria para abrir desde sus propios deseos, espacios de realización personal.

A.- PIERDE LA CAPACIDAD ADQUISITIVA: Los roles laborales y la calidad de vida, están en la base de la propia identidad. La salida del circuito económico implica graves daños para la autoestima. "En este sentido, la

persona que se jubila constituye el paradigma de la pérdida⁶.

A medida que las personas envejecen se retiran del mercado de trabajo, esto ocurre porque así lo marca la ley. El retiro del trabajo fue una conquista social importante, que tuvo por objeto dar a los ancianos la oportunidad de no tener que trabajar para ganar un salario, pasada una determinada época de sus vidas o un tiempo determinado de trabajo. Lamentablemente, una medida cuya intención fue buena, muchas veces tiene en la práctica, consecuencias negativas debido a que coloca a los ancianos en una situación de dependencia o de carencia económica, ya que los haberes que perciben como jubilados son insuficientes para cubrir sus necesidades, aún las elementales haciéndoles perder su sentido de identidad social.

Esta situación se produce en condiciones en que la mayoría de los ancianos tienen todavía la posibilidad de hacer aportes positivos a la sociedad.

Mientras que para algunos adultos mayores, retirarse de la actividad laboral significa el comienzo de una etapa de profunda realización personal en actividades largamente postergadas, a otros les quita la posibilidad de participar en una actividad donde no solo reciben un sueldo sino que encuentran allí el sentido de la vida y su identidad social.

Existen numerosos argumentos en contra de la jubilación obligatoria⁷:

- Excluye muchas veces de la fuerza laboral a trabajadores capaces y experimentados.
- Responde a una política discriminatoria en contra de los ancianos
- Contribuye al aislamiento social de los ancianos.

⁶ "La Salud de los Ancianos: Una preocupación de todos".- Pag. 19.- OPS.- Washington.- 1992.-

⁷ KATZ, Ignacio Fabio.- "La Tercera Edad: Un Proyecto Vital y Participativo para reinsertar la vejez en Nuestra Sociedad".- Bs. As.-

- Incrementa la deuda nacional, ya que los ingresos de la mayoría de las personas mayores provienen de las contribuciones de la seguridad nacional.

En una sociedad centrada en el trabajo, la jubilación legitima el derecho a no trabajar. Aunque son apremios económicos, los adultos mayores rechazan el mandato jubilatorio como fin de una etapa productiva porque tienen su identidad centrada en el trabajo como eje fundamental.

Éstas personas necesitan sentir que sus vidas tienen significado y que mediante su actividad laboral están contribuyendo no sólo a su bienestar, sino al desarrollo social. "Deberían existir leyes flexibles que permitan a las personas elegir el momento adecuado para retirarse del mercado de trabajo..."⁸

Los que se jubilan, ingresan de hecho a un grupo desvalorizado por el sistema. El carácter brusco que asume el pasaje de un estado productivo a un ocio improductivo, genera una reacción de sucesivas rupturas.

Una variable que define adecuadamente la situación del anciano es la de la Dependencia. Depende económicamente de la jubilación, que apenas le permite atender sus necesidades básicas. Depende de sus hijos, porque como consecuencia de la disminución de sus ingresos deben ser atendidos, o por la disminución de sus capacidades físicas o mentales.

"La visión culpógena que la cultura deposita en el proceso natural de la vejez, es reforzada y justificada por las actitudes que se ponen en juego desde el propio ámbito familiar del jubilado. La Tercera Edad, se transforma entonces en una Carga Social para los sectores productivos. De ser una persona activa, a la que se le adjudicaba un rol protagonista y capacidad de decisión, se transforma en un ser cuasi - vegetativo al que se le recorta abruptamente su espacio de

⁸ "La Salud de los Ancianos: Una Preocupación para todos" .- OPS- Washington .-

en un ser cuasi – vegetativo al que se le recorta abruptamente su espacio de participación y se lo reduce a una condición de mero objeto”⁹

B.- PIERDE SU GRUPO DE PERTENENCIA: Queda sin referentes para su identidad. El conjunto de personas que durante años acompañó al individuo en la realización de una tarea en común y que contribuyó a formar una identidad, no sólo productiva sino también emotiva, repentinamente desaparece del espacio vital de quien se jubila.

Este vacío, esta ausencia, conlleva a la pérdida de la identidad. Aquí se produce la ruptura de su autoestima y la adopción de conductas tales como: automarginación – instropección – apego al pasado y aparición de sentimientos de inferioridad.

Cabe destacar, que los "viejos " de hoy, han sido criados en la cultura del trabajo, en una época en la que el tiempo libre y el uso de él en actividades placenteras era considerado como una pérdida de tiempo. Por eso hoy, después de jubilarse se aíslan, automarginan, se deprimen, no encuentran o les resulta difícil encontrar un sustituto del trabajo, en la mayoría de ellos no está incorporado la realización de actividades recreativas, de esparcimiento. En general, no están educados para disfrutar de ese tiempo. Este tiempo se les vuelve en contra.

C.- PIERDE RECONOCIMIENTO SOCIAL: Por cuanto pasa a formar parte de Un grupo desvalorizado por la sociedad, la cuál influye en la aparición de desajustes de la personalidad y en la propensión a marginarse. Esta es una cuestión básicamente cultural. El lugar que se le asigna socialmente y cómo

⁹ SLUZKI, Carlos E. - "La Red Social: Frontera de la Práctica Sistémica".- Pag. 42.- Barcelona.-

son nombrados, determinan su comportamiento.

MODIFICACIÓN DE LA RED SOCIAL

"La red social puede definirse como la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas a la masa anónima de la sociedad. Esta red corresponde al nicho interpersonal de la persona y contribuye sustancialmente a su propio reconocimiento como individuo y a su imagen de sí. Constituye una de las claves centrales de la experiencia individual de identidad, bienestar, competencia y protagonismo o autoría, incluyendo los hábitos de cuidado de la salud y la capacidad de adaptación en una crisis"¹⁰

SLUZKI, en su libro "La Red Social: Frontera de la Práctica Sistémica", describe las características estructurales – funciones y atributos del vínculo.

CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES DE LA RED

- 1.- TAMAÑO: Significa el número de personas que la componen. Dentro de los factores que afectan el tamaño de la misma están las migraciones – relocalaciones y el paso del tiempo.
- 2.- DENSIDAD: Es la conexión entre los miembros, independientemente del informante.
- 3.- COMPOSICIÓN O DISTRIBUCIÓN: Se refiere a los miembros que la constituyen y al vínculo que los une con la persona que se halla en el centro (familiares – amigos – compañeros de trabajo). La distribución se vincula a la distancia o nivel de interacción que existe entre ellos y la persona protagonista

¹⁰ SLUZKI, Carlos E. - "La Red Social" Frontera de la Práctica Sistémica".- Pag. 42.- Barcelona.-

o informante.

4.- HOMOGENEIDAD O HETEROGENEIDAD DEMOGRÁFICA O

SOCIOCULTURAL: Es decir, según edad – sexo – cultura – nivel socio – económico.

5.- ATRIBUTO DE VÍNCULOS ESPECÍFICOS: Tales como intensidad o tropismo, es decir, compromiso y carga de la relación – durabilidad – historia en común.

6.- TIPOS DE FUNCIONES: Cumplidas por cada vínculo y por el conjunto.

FUNCIONES DE LA RED

1.- COMPAÑÍA SOCIAL: Esto es la realización de actividades conjuntas o simplemente estar juntos.

2.- APOYO EMOCIONAL: Intercambios que se relacionan con una actitud emocional positiva – comprensión simpática – empatía – estímulo y apoyo.

3.- GUÍA COGNITIVA Y CONSEJOS: Son las interacciones destinadas a compartir información personal o social, aclarar expectativas y proveer modelos de rol.

4.- REGULACIÓN (O CONTROL) SOCIAL: Es decir, interacciones que recuerdan y reafirman responsabilidades y roles, favorece la resolución de conflictos.

5.- AYUDA MATERIAL Y DE SERVICIOS: Colaboración específicas sobre la base de conocimiento experto o ayuda física.

6.- ACCESO A NUEVOS CONTACTOS: La posibilidad hacia la apertura de

nuevos contactos que hasta ahora no formaban parte de la red propia del individuo.

ATRIBUTOS DEL VÍNCULO

Cada vínculo puede ser analizado en términos de sus atributos:

- 1.- LAS FUNCIONES PREVALECIENTES: Es decir, cuál función o combinación de funciones, caracterizan de manera dominante a ese vínculo.
- 2.- LA MULTIDIMENSIONALIDAD: Cuántas de estas funciones cumple.
- 3.- LA INTENSIDAD O EL COMPROMISO DE LA RELACIÓN: Es decir, el grado de intimidad entre las personas que la componen en relación al individuo.
- 4.- LA FRECUENCIA DE LOS CONTACTOS: A mayor distancia, mayor el requerimiento de mantener activo el contacto para conservar la intensidad. Por otra parte, muchos vínculos intensos pueden ser reactivados rápidamente aún cuando haya transcurrido un lapso importante de tiempo entre los contactos.
- 5.- LA HISTORIA DE LA RELACIÓN: Es decir, desde hace cuanto tiempo se conocen y cuál es la experiencia previa de activación del vínculo.

Estructura – funciones y vínculos permiten distinguir dentro de las redes sociales dos grupos: **Redes Sociales Primarias** y **Redes Sociales Secundarias**.

Las **Redes Sociales Primarias** "son conjuntos de personas que se conocen entre sí, unidas por vínculos de familia – amistad – vecindad – trabajo – estudio y ocio"¹¹.

¹¹ DI CARLO y equipo "La Perspectiva de Redes Naturales: Un Modelo de Trabajo para el Servicio Social.- Pag. 36.- Bs. As.

Las personas que la constituyen se hallan unidas entre sí por lazos afectivos (positivos o negativos).

Las Redes Sociales Secundarias "son conjuntos sociales instituidos normativamente, estructurados en forma precisa para desarrollar una serie de emisiones y funciones específicas (escuela – empresa - comercio – hospital – etc.); que se les reconocen socialmente como propias"¹²

Dentro de estas redes sociales secundarias aparecen dos: a) **Redes Sociales Secundarias Formales:** tienen que ver con la función del Estado de satisfacer, a través de sus instituciones, las necesidades de la comunidad.

b) **Redes Sociales Secundarias Informales:** Surgidas ante la ausencia, cada vez mayor del Estado. Estos colectivos forman parte de lo que se denomina **Tercer Sector** (O.N.G. – Grupos de Autoayuda).

Es en la vejez, donde se rompen muchos de los vínculos como consecuencia fundamentalmente, de la jubilación – pérdida de seres queridos – relocalización comunal o institucional.

A medida que el sujeto va envejecimiento, se produce una reducción de su interés vital hacia las actividades y objetos que lo rodean, generando una apartamiento de toda interacción social. Gradualmente, la vida de estas personas se va separando de la vida de los demás, se van sintiendo menos comprometidos emocionalmente con problemas ajenos y van estando cada vez más absortos en los suyos y en sus circunstancias.

La muerte de alguien que es importante en la vida del anciano, provoca una ruptura brutal con su pasado. La muerte de un familiar o amigo no sólo lo priva de su presencia sino de toda esa parte de la vida que estaba comprometida

¹² DI CARLO y equipo .- "La Perspectiva de Redes Naturales: Un Modelo de trabajo para el Servicio Social" .- Pag. 37 .- Bs. As.

con ella. Hay personas añosas que sufren al perder a sus parientes o amigos de la misma generación, porque pierden cierta imagen de sí mismos.... "Con él queda enterrada una infancia, una adolescencia".¹³ La desaparición de amigos de una misma generación anula las relaciones que se han tenido con ellos.

El adulto mayor comienza a sentirse extraño en los lugares donde hasta entonces de desenvolvía, siente que muchas cosas dejan de pertenecerle y que él ya no pertenece a esas cosas hasta entonces propias. La distancia con las generaciones más jóvenes se amplía. Se va creando así un grave desajuste entre lo que el sujeto se siente capaz de hacer y la visión de sí mismo que le devuelve el mundo externo.

La pérdida de los afectos (amigos – familiares), ya sea por muerte o alejamiento, este último como consecuencia de jubilación o migración, pueden provocar en las personas en general, y en los ancianos en particular, sentimiento de soledad o hacer que el mismo se aleje se aleje del medio que lo rodea y en el cual se halla inmerso.

"El aislamiento es algo observable y cuantificable que puede asociarse al concepto de separación – incomunicación y desamparo, es la falta de compañía y de encuentro con otros seres significativos. Hay que distinguirlo de la soledad, ésta es un estado afectivo interior, un sentimiento que forma parte de la realidad subjetiva"¹⁴

La soledad es un estado de falta de sociabilidad, asimilable a una patología de lo social y se basa en el hecho de que a mayor edad menor número de

¹³ SALVAREZZA, Leopoldo .- "LA VEJEZ: Una Mirada Gerontológica Actual" .- Pag. 272.- Bs. As.-

¹⁴ ANZOLA PEREZ, Elias y Cols.- "La Atención de los Ancianos: Un desafío para los años '90" .- Pag. 62.-

miembros de su generación viven. Aparece entonces, la sensación de soledad al comprobar que desaparecen las personas con las que había vivido y compartido experiencias comunes (educación – trabajo – ocio).-

Asimismo, la pérdida de personas más jóvenes impacta notablemente en los sentimientos y estado anímico de las personas añasas, más aún si se trata de hijos y nietos..."la muerte de un hijo o nieto es la ruina súbita de toda una empresa, vuelven absurdamente vanos los esfuerzos, los sacrificios hechos por él, las esperanzas que en él se habían depositado"¹⁵

Como ya se expuso, la migración (cambio de barrio – localidad – o país), puede traer aparejado y de hecho ocurre en numerosos casos, un alejamiento de los vínculos sociales y / o familiares, lo que puede desembocar en la aparición de un gran sentimiento de soledad.

Durante el proceso de migración y de relocalización geográfica, las necesidades de los individuos se incementan, en tanto que su red social de apoyo se fractura y perturba. En algunos casos los miembros de la red dejada atrás son retenidos y mantenidos mediante cartas o llamados telefónicos, mientras que de otros se desprenden.

A partir de esto comienza la difícil tarea de reconstrucción de la red social personal que pueda satisfacer las necesidades interpersonales. Mientras acontece este proceso de reconstrucción de la red muchas funciones interpersonales cumplidas por la vieja red permanecen insatisfechas.

Los miembros ancianos de una familia o los ancianos solos, cuya red tiende naturalmente a perder miembros y contactos con el tiempo, tienen aún menos oportunidades sociales de reconstruirla. Progresivamente, aumenta su

¹⁵ ANZOLA PEREZ, Elias y Cols.- "La Atención de los Ancianos: Un desafío para los años '90".- Pag. 65 .-

dependencia con respecto al grupo familiar, sobre todo cuando existe la presencia de una enfermedad discapacitante como es el ACV.

El Servicio de Atención Tercera Edad del Hospital Privado de Comunidad, es un area de Medicina Preventiva. Allí se trabaja a partir del concepto de Salud que propone la OMS, considerándola como el equilibrio bio – psico – social, apuntando a la reconstrucción o ampliación de la red social personal de quienes concurren a la institución solicitando su servicio, a partir de la realización de un tratamiento grupal.

Por otro lado, la institucionalización constituye otro acontecimiento que implica importantes cambios, crisis y pérdidas en los ancianos. Esta internación puede ser voluntaria o puede ser por decisión de su familia.

El hecho de encontrarse en una institución geriátrica u Hogar de Ancianos, impacta notablemente en el individuo que lo vive porque:

- 1.- Disminuye el sentimiento de poder controlar su propia vida, ya que el internado supone la pérdida de la independencia que tenía hasta el momento, aunque en muchos casos la misma fuera escasa.
- 2.- Porque interpretan la institucionalización como una demostración del rechazo y el abandono de sus familiares, de sus últimos vínculos, como así también pérdida del papel social.
- 3.- Porque los hace enfrentarse con la idea de su propia muerte. Los ancianos ven el traslado a una residencia como el último cambio que realizarán antes de su muerte.

Cabe destacar, que no en todos los casos existe una visión negativa de los que significa habitar en un hogar geriátrico. En muchos casos, puede ser una salida positiva, como en el caso de un anciano solo, con necesidad de

compartir su vida con pares y por otro lado, por necesidad de ser atendido y de poder lograr una mejor calidad de vida.

EL ENVEJECIMIENTO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE QUIEN LO EXPERIMENTA

Envejecer no es sólo una condición social, si no también un proceso individual.

La persona que envejece debe enfrentar condiciones cambiantes, tanto de su propio organismo como del medio social en que vive. Cada individuo es artífice de su destino personal, puesto que elabora una forma propia de pensar, sentir y actuar su vejez dentro del marco definido por la sociedad.

En el envejecimiento desde el punto de vista de quien lo vive, se deben considerar dos aspectos subjetivos¹⁶: **Cognitivo**: Referido al significado que el individuo atribuye a lo que le pasa y a su situación; y el **Afectivo - Volitivo**: Referido a los sentimientos que motivan al individuo a estimar sus circunstancias, a los estados de ánimo con que los encara y a su disposición para actuar sobre ellos.

A partir de una investigación efectuada en "Pontificia Universidad Católica de Chile", se obtiene información respecto de la existencia de tres formas de enfrentar la vejez¹⁷:

¹⁶ KATS, Favio Ignacio .- "La Tercera Edad: Un Proyecto Vital y Participativo para reinsertar la vejez en nuestra sociedad".- Bs. As .-

¹⁷ ANZOLA PEREZ, Elías y Cols. "La Atención de los Ancianos: Un desafío para los años '90" .- Pag. 67.-

A.- UNA FORMA MAYORITARIA QUE ENFRENTA EL ENVEJECIMIENTO

CON RESIGNACIÓN: Esta modalidad incluye a quienes envejecen conformándose con lo que les acontece, sintiendo que no pueden hacer mucho por cambiar la situación que les toca vivir. Salvo por la necesidad de tener una vida tranquila y evitarse mayores complicaciones no proyectan ni sacan partido alguno de su situación, disfrutan de lo logrado pero consideran que no tienen un futuro. Si bien no muestran satisfacción ni consideran que la vejez pueda significar plenitud, tampoco manifiestan insatisfacción.

B.- UN GRUPO MINORITARIO FUE LA ACEPTACIÓN SABIA DE QUE LA VEJEZ INCLUYE A QUIENES RECONOCEN SUS PROPIAS

LIMITACIONES Y LAS ACEPTAN CON NATURALIDAD: Están satisfechos con sus vidas, intentan aprovechar las oportunidades que se les ofrecen y utilizan sus capacidades. Su estado de ánimo es positivo, son optimistas, esperanzados, activos, luchan por superar sus dificultades, disfrutan de lo que han logrado y esperan del futuro.

C.- OTRO GRUPO MINORITARIO MOSTRÓ DESESPERACIÓN FRENTE A

LA VEJEZ: El temor y la angustia de envejecer dominan a quienes temen un futuro próximo de sufrimiento y deterioro. Se sienten frustrados e insatisfechos con su vida presente, tienen también miedo a la muerte; sienten tristeza y desesperación, se lamentan por lo perdido, al extremo de sentir resentimiento, envidia. La incertidumbre de lo que vendrá los inquieta, al punto de impedirles disfrutar del presente.

En otras palabras, los individuos necesitan encarar intencionalmente su

proceso de envejecimiento, deben plantearse activamente que tipo de vejez quieren tener, qué harán para ocupar el tiempo, con quienes estarán en contacto; deben igualmente tener una actitud optimista para encarar sus circunstancias. Envejecer bien o mal dependerá, dentro de los márgenes fijados por el contexto social, de los mismos individuos que envejecen.

La consideración de la ancianidad como etapa negativa evoca condiciones pasadas actualmente superadas. La mayoría de las personas añosas no se hallan limitadas ni sus vidas son negativas, ni son dependientes. La ancianidad constituye una etapa vital que puede tener y de hecho tiene elementos de desarrollo personal.

La edad constituye hoy una variable dinámica, cuyo significado cambia según la raza, clase social, edad. Actualmente, existen mayores oportunidades que en el pasado, para las mujeres, minorías étnicas y ancianos, aunque siguen manteniéndose barreras que fomentan la discriminación tradicional.

La variable edad hoy se revisa debido al mayor número de ancianos y a medida que se descubren nuevos hechos sobre el envejecimiento y sus potencialidades, se elabora un nuevo status social, cuya característica principal es su dinamismo. Las concepciones actuales sobre la edad y su papel en la sociedad, serán por lo tanto en el futuro, muy diferentes.

...“Vivir con esperanza y sentirse partícipe es el modo de tener una vida plena. Por lo tanto, las chances de revertir este proceso que segrega a los mayores, pasan por lograr una armonía entre la acción de la sociedad y la acción individual”.¹⁸

¹⁸ SELSER, Claudia – ROJAS, Patricia .- Diario Clarín – Revista Viva .- Pag 37 .-

FAMILIA

APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE FAMILIA

El sentimiento de pertenencia a un grupo es una de las expresiones más genuinas y demostrativas del transcurrir de la vida del hombre. El ser humano experimenta su existencia como originaria y significativamente dirigida a los otros.

El ser humano, entendido fundamentalmente como un "ser libre", no puede vivir aislado sino "vinculado". Esta es la más pura realidad humana: la necesidad de una trama que alimente el sentimiento de pertenencia y le de respuesta.

Así como por su intelectualidad está dirigido al saber y por su espiritualidad a los valores, por su sociabilidad está dirigido a los otros. Esta tendencia, según LERSCH¹ se manifiesta de dos maneras: asociación (estar con los otros) y comunidad (ser con los otros).

El hombre pertenece a una especie en la cuál nace en situación de extrema indefensión, eso hace necesaria la intervención activa de los progenitores para asegurar la supervivencia y el desarrollo de un individuo sano. Todo esto se lo brinda "una familia". por ello ésta constituye la institución básica y el grupo primario de la persona, a partir de allí comienza a transitar y construir su proceso de socialización y de pertenencia.

Con respecto al proceso de pertenencia a un grupo están, por un lado, aquellos que no se dan libremente como tampoco estructuradamente, que anteceden al ser humano, a su nacimiento, por ejemplo, el país, un momento

¹ GARCÍA PINTOS, Claudio c. - "LA FAMILIA DEL ANCIANO: también necesita sentido"- Pag. 13

histórico, la familia; y por otro lado, las pertenencias que se irán incorporando y elaborando a lo largo de la vida, como amigos, clubes, escuela, constituyendo estos últimos los **grupos secundarios de pertenencia**.

La palabra familia deriva del latín "famulus", que significa esclavo o sirviente. Fue utilizada en su origen para denotar exclusivamente a la servidumbre.

"...Alrededor del siglo XV, su significado se amplió, abarcando a todos los miembros de la casa, tanto siervos como mujeres cautivas y la descendencia engendrada por el jefe de la familia. El vínculo más importante de esa familia medieval era un convenio tácito de protección y lealtad mutuas. Este acuerdo recíproco se tornó más estable a medida que fue transcurriendo el tiempo y el uso del término, evolucionó progresivamente hacia el contrato familiar que hoy conocemos..."²

Cada integrante posee un lugar significativo, que no es intercambiable, sino que es propio y legítimo. Los miembros de la familia poseen una diversidad de roles sociales (hijo – padre – abuelo) que van ocupando a lo largo de toda su vida.

A continuación se mencionarán algunos de los roles familiares típicos según el orden cronológico de la vivencia:

HIJO / A: Constituye el primer rol del individuo. Los hijos de pocos días tienen total dependencia física y psíquica de sus padres, pero cuando son adultos, pueden responsabilizarse de sus padres necesitados. Ser hijo no

² SLUZKI, Carlos .- "La Red Social: frontera de la práctica sistémica".- Pag. 26 .-

resulta descriptivo si no se identifican la edad y relaciones en la familia.

En determinado momento, el rol de hijo que nace en una familia de orientación, se desdobra para asumir el de adulto que funda su propia familia de procreación y aparecen los roles de esposo / a y padre / madre.

PADRE / MADRE: En el proceso histórico se fueron diferenciando los roles de varón y de mujer, el padre representa el afuera, lo público y el sostén económico del hogar. La madre quedaba dentro del ámbito privado (hogar), encargada de la reproducción y de ser el sostén afectivo. Sin embargo hoy, muchos piensan que las funciones paterna – materna y filial, pueden ser ejercidas por los miembros de la familia, con independencia del rol que ocupan en ella, así la mujer puede insertarse en el ámbito de lo público y el hombre capacitarse en la vida hogareña.

Aparece ahora una doble responsabilidad en quienes deben asumir simultáneamente los roles de la familia originaria y de la constituida por propia voluntad.

Es el rol familiar más activo, correspondiente al puesto de mayores exigencias, situando el punto medio de las relaciones familiares.

ABUELO / A: El papel de abuelo comienza a ser descubierto por sus protagonistas actuales con las características modernas de quienes se resisten a aceptar el estereotipo de ancianos asexuados, pasivos, destinados a esperar la muerte y sin intereses personales. Aparece la figura del abuelo del siglo XXI como una persona con su vida propia, intereses, estímulos y actividades tan variadas o más que otras generaciones.

BISABUELO / A: Los bisabuelos de hoy son semejantes a los abuelos de ayer, aunque la mayoría actualmente son vitales, debido a que es cada vez más común encontrar bisabuelos en una familia, donde los nietos a edades tempranas convierten a los abuelos en bisabuelos. Este rol abre paso al surgimiento de la familia de "cuatro generaciones" contemporáneas, e incluso aparecen los tatarabuelos y así las familias de "cinco generaciones".

TIPOS DE FAMILIAS

La pluralidad de formas familiares que define la realidad actual, lleva a la necesidad de caracterizar a la sociedad a partir de una variada tipología.

En primer lugar, la familia nuclear, definida como aquella que está integrada por dos generaciones, es decir, padre e hijos.

Otro tipo sería la familia extensa, con la convivencia de tres generaciones (abuelos – padre – hijos) y en ocasiones con otros colaterales de la familia (tíos – primos). Esto hoy se da ante la crisis económica y la falta de vivienda.

También está la familia extensa modificada, el comportamiento clánico la caracteriza como aquella donde lo común es el mecanismo de consulta y toma de decisiones, generalmente estas familias habitan en un mismo barrio.

En otro orden, se halla la familia constituída a partir de un matrimonio jurídico y / o religioso.

Luego, la familia que es fruto de la unión de un hombre y una mujer que vienen de otra experiencia matrimonial frustrada. Esta unión puede estar caracterizada por la convivencia con hijos del matrimonio anterior (los tuyos –

los míos – los nuestros).

También, como una realidad creciente, la **familia monoparental**, formada por la madre / padre y los hijos.

Por último, la **familia adoptiva**, integrada por padres, hijos o abuelos, con o sin lazos parentales directos.

También hay otras tendencias de familiarización, como por ejemplo la de amigos (tíos o abuelos postizos) o estilos particulares de familia como las comunidades aborígenes.

Los integrantes de una familia tienen denominaciones distintivas. Por ejemplo se llaman por igual "tíos" a los hermanos de la madre y a los hermanos del padre, sin distinción con respecto a su procedencia. En cambio, la denominación padre / madre, corresponde a un solo tipo de relación.

Todas las personas que forman parte de una familia se hallan unidas por Vínculos de parentesco, los que reciben el nombre de **parientes**, estas relaciones con los parientes se establecen mediante relaciones conyugales.

Los estudios realizados por la Antropología demuestran que el hombre, desde sus orígenes, tuvo sentido de matrimonio y de familia.

La familia fue adquiriendo diversas formas y **BLAS BARISANI³** realiza la siguiente clasificación:

* **Relación de parentesco**, la familia es:

- **Consanguínea**: tipo de relación familiar en la que los lazos de sangre entre padres e hijos o entre hermanos tienen mayor importancia que la relación

³ **BARISANI, Blas** .- "Apuntes para una Historia de la Familia" .- Pag. 20 – 21 .-

marital. La posición de los parientes consanguíneos resulta central, mientras que la posición de los esposos tiende a ser periférica (familia extensa).

- **Conyugal o nuclear:** el parentesco surge a partir de la unión matrimonial.

* **Relación de Sexos, la familia es:**

- **Poligámica:** Cuando el hombre tiene, simultáneamente, varias esposas.

- **Monogamia:** Cuando tiene una sola esposa legítima.

* **Relación de la autoridad, la familia es una sociedad:**

- **Patriarcal:** Forma de organización familiar en la que el padre es la cabeza formal y quien ejerce el poder y la sucesión de bienes. Se produce sólo por línea masculina.

- **Matriarcal:** Cuando prevalece la línea femenina, aunque no toda la autoridad sea ejercida por la mujer.

Por otra parte, se ha considerado importante hablar de otros tipos de familia, ambos son necesarios tener en cuenta cuando se trata de personas ancianas:

- **Familia de Orientación:** En la cuál el sujeto nace y es socializado.

El núcleo de parientes está constituido por padre – madre – hermanos / as.

- **Familia de Procreación:** Determinada por el núcleo conyugal. El núcleo de parentesco está constituido por el conyuge, los hijos / as.

Para culminar, PARSONS realiza una sistematización de las familias y sus integrantes según las denominaciones de parentesco: 1) familia de orientación, 2) familia de procreación, 3) familia de escendientes de 1º

grado: abuelo / a con sus hijos o sea tíos / as y padre y madre del sujeto, 4) familias colaterales de 1º grado: formados por hermanos / as con cuñado / a y sobrinos, 5) familias descententes de 1º grado: hija y yerno, hija casada con yerno, nietos; hijo casado con nuera y nietos / as, 6) familia política: la que se tiene con la familia de la esposa / o, esto es los suegros y cuñados, 7) familias ascendentes o descendentes de 2º grado: formados por bisabuelo / a, cuyos hijos son tíos abuelos, hermanos del abuelo y en otro caso, se constituye con el matrimonio de nietos, 8) familias colaterales de 2º grado: formado por el matrimonio de los tíos con tíos políticos y comprende los primos de 1º grado, matrimonio de sobrinos con sobrinos políticos.

FAMILIA COMO SISTEMA

"La familia es un sistema dinámico en interacción dialógica que pretende ayudar al individuo a desarrollar su presencia afectiva y efectivamente responsable y libre en el mundo..."⁴

Por sistema se entiende a un conglomerado de individuos, que en su conjunto, conforman una totalidad significativa. Cabe resaltar que conglomerado no significa una sumatoria de personas, sino más bien una multiplicación de individualidades.

Dentro de esta estructura, cada integrante tiene un lugar significativo que no es intercambiable, sino propio y legítimo. No es intercambiable como valor

⁴ GARCÍA PINTOS, Claudio .- "LA FAMILIA DEL ANCIANO: También necesita sentido" .- Pag. 16 .-

individual, es decir, el valor propio de cada individuo como tal: a) rol de cada uno; es decir, el lugar que ocupa el individuo dentro de la estructura familiar y b) lo que sí es intercambiable es la expectativa de rol, es decir lo que se espera de cada uno dentro del sistema.

Cuando un sistema no puede llevar a la práctica ese intercambio de expectativa de rol, sufre de rigidez.

Todo sistema, flexible o rígido, se organiza en base a reglas que tienen por finalidad ordenar la vida de la estructura y darle movimiento. Obviamente, en un sistema flexible, estas reglas estarán al servicio de un mandato dinámico que tenderá hacia la realización individual o grupal. En cambio, en un sistema rígido se apoyará en una orden estática, que lejos de orientarse hacia la realización, fija los individuos a su status actual e inamovible. En general esas reglas son negociadas sutilmente y de manera inconsciente entre los individuos, aunque en muchos casos pueda parecer que son fijadas unilateralmente por uno de ellos.

El sistema familiar es dinámico, fundamentalmente por ser un sistema viviente. Esta unidad, como cualquier otro ser viviente, se encuentra en un proceso permanente de modificación y de cambio.

La vida de una familia responde a distintos tipos de crisis, las cuales plantean desequilibrios temporarios y reacomodación posterior. En esa dinámica se va desarrollando el crecimiento significativo del sistema y sus individuos.

Inevitablemente, en la vida de una familia hay épocas de perturbación, por ejemplo, es el caso de lo que constituye el tema central de este trabajo, es

decir, la irrupción de un ACV en un integrante de la familia; al mismo tiempo, momentos o épocas críticas en las que el elemento de peligro no se destaca tanto, pero en las que la tensión y la presión azotan a uno de ellos, por ejemplo: el familiar encargado del cuidado y atención del enfermo.

La experiencia vivencial de compartir el modo de como una familia enfrenta cada crisis que le toca vivir, es imposible de traducirlo en palabras.

El propio sistema cuenta con mecanismos de autorregulación, que se ponen en marcha en el momento de tener que enfrentar y superar la crisis actual.

Estos serán los siguientes:

- **EL SISTEMA DE AUTORIDAD:** Todo sistema cuenta con una organización necesaria de autoridad. Este sistema debe ser claro, estable, coherente y firme si se pretende ser cambiante. La autoridad es aquella que lejos de castigar, ordena y contiene.

- **RED DE COMUNICACIÓN ABIERTA:** La posibilidad del encuentro y el diálogo en el marco del sistema familiar, es una de las alternativas más saludables para destacar en la vida del individuo.

En la actualidad, las familias se encuentran agobiadas en este sentido, falta de comunicación entre padres e hijos, entre hermanos, entre conyuges.

- **EJERCICIO DE ROLES EN FORMA COMPLEMENTARIA:** La posibilidad de flexibilizar el espacio de interacción y ampliar el espacio individual, le dan a la familia una dinámica y un ejercicio saludable y efectivo al momento de enfrentar las vicisitudes de la vida del sistema.

Cabe resaltar, que esta concepción de familia adhieren las autoras de esta

investigación, por considerar que la familia es un sistema de interacción, donde todos dependen de todos y donde cualquier alteración o malestar en uno de ellos afecta a los demás, provocando un desequilibrio en el sistema. Es esto lo que sucede cuando una familia se halla ante una crisis producida por la irrupción de un ataque cerebral en un miembro del grupo familiar, lo cual provoca cambios y alteraciones, desequilibrando la armonía de la dinámica del sistema.

EL CICLO VITAL DE LA FAMILIA

Muchas son las crisis por la que atravieza la familia en su desarrollo. GARCÍA PINTOS plantea tres⁵:

a) **Crisis Vitales:** Referidas a los momentos de transición o cambios esperables en el curso del desarrollo existencial de la familia. Por ejemplo: muerte de los padres antes que los hijos.

b) **Crisis Accidentales:** Referidas a situaciones también vitales, aunque no esperables y que golpean por lo sorpresivo. Por ejemplo, la irrupción de un STROKE en un miembro del grupo familiar.

c) **Crisis Accesorias:** La incidencia de factores externos que en algún momento pueden afectar la vida y la situación de la familia. Por ejemplo es desempleo.

La primera crisis por la que atraviesa la familia se da a partir de la unión de dos personas, que hasta entonces eran independientes y originariamente

⁵ GARCÍA PINTOS, Claudio .- "LA FAMILIA DEL ANCIANO: también necesita sentido".- Pag. 25 .-

desconocidas entre sí.

Para poder entregarse armoniosamente en un relación de pareja y "ser dos", es necesario que cada uno haya logrado vivir en armonía con uno mismo.

La pareja constituye la integración creativa de dos personas en base al dialogo, respeto y comprensión mutua.

Implica lograr desprenderse de la extrema individualidad para percibir y respetar la individualidad del otro, lo que no significa el olvido de su propia individualidad. El ser humano es ante todo un ser individual, con necesidades, sentimientos, valores y proyectos propios que no debe dejar de lado.

"... El clima que se debe vivir en la pareja debe ser de respeto, escucha atenta, libertad de expresión, aceptación del otro, confianza y apertura, por medio de una relación liberadora, que es la que da lugar y promueve el mutuo crecimiento a partir de una búsqueda en común..."⁶

La segunda crisis se da a partir de la convivencia; convivir, cohabitar, vivir bajo un mismo techo, no significa lo mismo que el noviazgo. Muchos son los cambios y las cuestiones que pueden generar choques, enfrentamientos y dificultades en la convivencia; desde cuestiones simples y sencillas como puede ser la manera de usar el tubo de pasta dentífrica hasta aspectos más complejos e importantes como la mala administración del dinero que no permite llegar a fin de mes.

"...Se trata de una síntesis de las culturas familiares de cada individuo, que deben ir constituyendo una tercera cultura familiar, sin imposición de una sobre la otra, sino emergiendo una tercera, que será la cultura familiar de los hijos..."⁷

⁶ EROLES, Carlos .- "FAMILIA – Conflictos y Desafíos" .- Pag. 19 .-

⁷ GARCÍA PINTOS, Carlos .- "LA FAMILIA DEL ANCIANO: También necesita sentido" .- Pag. 25 .-

Si de pasar de ser uno a ser

dos, significó un momento de crisis, pasar de ser dos a ser tres, también

La tercera crisis es la del nacimiento de los hijos. significará un momento de convulsión a resolver.

El nacimiento del hijo constituye para la pareja una revolución de las reglas, tanto con respecto a las relaciones internas como externas.

Es necesario que la pareja se abra a la nueva incorporación familiar, que será el recién nacido, reorganizando las reglas de convivencia. También cambia la definición de la relación de la pareja, que se debe amoldar a una nueva situación, ya no sólo como compañeros sino también como padres de los hijos.

La cuarta crisis tiene que ver con el crecimiento de los hijos. "...La aceptación de que los hijos no son propiedad privada, sino que nos son dados por la vida en administración temporaria, implica un momento crítico..."⁸

Es una etapa muy delicada, donde no hay límites que marquen claramente el abandono de la infancia y la llegada o el reconocimiento de la pertenencia al grupo de los adultos.

Es necesario entonces, que la familia aumente la flexibilidad en sus reglas Para permitir que el adolescente pueda ir adquiriendo progresivamente su independencia reajustando roles.

La quinta etapa que se produce en la familia es la que muchos autores denominan **Síndrome del Rido Vacío**.

Esta encierra distintas circunstancias que se proponen como tareas vitales a resolver: a) Integrarse a otra familia: la del yerno o la nuera

⁸ GARCÍA PINTOS, Claudio .- "LA FAMILIA DEL ANCIANO: también necesita sentido" .- 25 .-

b) Perder un hijo: Compensado por la idea de ganar otro (ej. yerno).

Otro motivo que da o puede dar lugar a esta crisis es cuando los hijos se van a vivir a otro lugar, ya sea por estudio o trabajo. Aquí adquiere importancia creciente la redefinición de la relación de pareja, que ya no puede apoyarse en los hijos como elemento estabilizador, pueden surgir dificultades existentes desde la formación de la pareja y que nunca fueron totalmente resueltos.

La sexta etapa, recibe el nombre de **Familia en Edad Avanzada**, los momentos críticos que aquí pueden distinguirse aquí son: la jubilación, la enfermedad y la muerte.

Si bien la llegada de los nietos sirve para reparar la pérdida de un hijo de la crisis anterior, reclama una nueva actitud y ritmo de vida. En la actualidad se da con frecuencia la existencia de abuelos jóvenes, lo que hace difícil asociar vejez con abuelitud.

Finalmente, la séptima crisis es la del fallecimiento del padre o madre de familia.

Este hecho impacta en los hijos de una manera muy particular según haya sido el vínculo establecido entre padre e hijo a lo largo de la historia familiar; pero especialmente impacta en el viudo / a, quién debe resolver la alternativa crítica de volver a ser uno, el individuo vuelve a encontrarse consigo mismo y su individualidad.

Hasta aquí se han dado a conocer las características principales de cada una de las "crisis" que vivencia una familia a lo largo de la vida. También se destacan otros sucesos que influyen y perturban a los integrantes del grupo familiar, como por ejemplo, la muerte de un hijo, que en el caso de una

pareja anciana, este hecho es muy impactante, pudiendo provocar serios desequilibrios psíquicos y emocionales.

Otra situación relevante es el abandono provocado por parte de los hijos, ya sea por la internación obligatoria e involuntaria en un Hogar de Ancianos o el abandono propiamente dicho.

Como bien se anunció en párrafos anteriores, la enfermedad también ocasiona desequilibrios, sobre todo si, tanto paciente como cuidador son personas mayores y solos, donde los esfuerzos, especialmente físicos, se duplican; es el caso de un ICTUS, aquí las secuelas generalmente son graves (hemiplejía – parálisis – entre otros) y hay que ayudar al enfermo a vestirse, a bañarse, trasladarlo de la cama a la silla, etc..

Los dramáticos cambios tecnológicos y económicos por los que ha atravesado la Argentina y toda América Latina en estas últimas décadas, han afectado notablemente a las familias.

"...Ha modificado todos los ámbitos de la existencia: el ambiente físico, las comunidades donde conviven las personas las formas de concebir el mundo, la manera en que se organiza el diario vivir, el significado de las actividades de sustento, trabajo y control, las relaciones familiares y los aspectos íntimos de la experiencia de cada individuo..."⁹

Generalmente, las redes o sistemas de apoyo social se clasifican en dos categorías: **Formales e Informales** o **Naturales**. Los primeros poseen una organización burocrática, un objetivo específico de apoyo en áreas determinadas, utilizando profesionales o voluntarios para alcanzar sus metas.

⁹ ANZOLA PEREZ, Elías y Cols. - "LA ATENCIÓN DE LOS ANCIANOS: Un desafío para los años '90".- Pag. 360 .-

Los sistemas informales o naturales se diferencian de los formales en que sus funciones no están regidas por procedimientos formales y técnicos.

La familia, los amigos y los vecinos, son los componentes principales de este sistema informal, el motivo de su dedicación y ayuda surge de sentimientos afectivos y de obligación.

Tanto el esto como la familia desempeñan un papel importante en la vida de Las personas ancianas: el Estado mediante sus sistemas de salud y de Seguridad social provee a los ancianos los servicios necesarios; la familia porque ofrece apoyo afectivo, cuya falta puede tener serias consecuencias en la calidad de vida y aún en la mejor sobrevivencia de los ancianos.

La seguridad social se basa en valores de solidaridad y de justicia social, se trata de proveer a los ciudadanos de protección frente a situaciones o riesgos prevenibles o no prevenibles. Ante estas circunstancias, el Estado asume la responsabilidad de ayudar a las personas a superarlas. No obstante, es evidente que en la realidad no es tan así, dado que hay personas que se benefician más que otras y muchas quedan fuera de la protección del mismo.

"Aún cuando en muchos países, en especial los más industrializados, se utilizan cada vez más los servicios institucionales y comunitarios de atención a las personas de edad avanzada, la familia sigue siendo el eje fundamental de esa atención"¹⁰

Las familias por su parte, no han permanecido ajenas a los grandes cambios sociales y políticos de las últimas décadas. Estos cambios han dado lugar a migraciones y a la destrucción de la estructura familiar tradicional. En esas

¹⁰ "LA SALUD DE LOS ANCIANOS: Una preocupación de todos".- OPS .- Pag. 16 .-

circunstancias, la posibilidad de la familia de ser una fuente primordial de apoyo a personas ancianas, se ve seriamente disminuída. De ahí la necesidad de que la sociedad, por medio de ONG y otras instituciones, ayude a las familias posibilitando que éstas constituyan una verdadera fuente de sostén para sus miembros más viejos.

LA FAMILIA DEL ANCIANO

En la familia es donde se originan las primeras manifestaciones de sociabilidad humana, se desarrolla la personalidad y la calidad de las relaciones es más intensa que en cualquier otra institución social.

En relación con los ancianos, conviene diferenciar dos tipos de familia. Por una parte, la familia de procreación: formada por dos personas de distinto sexo y sangre, las cuales originan una descendencia común; la mayoría de los ancianos llegarán a ser abuelos en la familia de procreación.

Por otra parte existe la familia de orientación o familia en la que se nace. Hasta que los hijos no se casan y originan su propia familia de procreación, casi toda la experiencia familiar se basará en la familia de orientación, en la que se ha nacido y en la que tendrá a los abuelos como generación más anciana.

La familia del anciano, particularmente los hijos y conyuge, proveen de asistencia tanto en ocasiones del diario vivir como en momentos de crisis. La familia brinda apoyo de tipo social – funcional, económico o materia y afectivo.

La familia satisface una variedad de necesidades de sus miembros: físicas (alimentación – vivienda – cuidado en la enfermedad), psíquicas (autoestima –

afecto – amor – equilibrio psíquico) y sociales (identificación – relación – comunicación – pertenencia al grupo).

"La satisfacción de estas necesidades ha variado profundamente en las últimas décadas, con el tránsito de una sociedad agraria a una sociedad de organizaciones ajenas a la familia, pero bastantes decisiones fundamentales se siguen tomando en el seno de la misma..."¹¹

A continuación se procederá a caracterizar cada una de las necesidades mencionadas con anterioridad:

* **FISIOLÓGICAS:** En la ancianidad, las necesidades fisiológicas de alimentación son muy importantes y las "comidas" en familia mantienen la calidad de la dieta, que con frecuencia no se da cuando se vive solo. La convivencia del anciano en una familia, generalmente la de sus hijos, posibilita dietas equilibradas, donde no sólo la comida se convierte en una necesidad fisiológica, sino que también constituye un acto social y afectivo. La relación del anciano con su familia propicia su salud física por el control de la calidad y regularidad de su alimentación. Esto reviste mayor importancia cuando se habla de adultos mayores con alguna enfermedad, como puede ser diabetes, alguna discapacidad física o ancianos que padecen demencia senil, por ejemplo, hallándose impedidos para cocinarse y alimentarse correctamente.

En cuanto a la vivienda, en la actualidad, dado los altos costos de mantenimiento de la misma, sumado a los bajos ingresos jubilatorios, en la

¹¹ MORAGAS MORAGAS, Ricardo .- "GERONTOLOGÍA SOCIAL: Envejecimiento y Calidad de Vida" .- Pag. 137 .-

mayoría de las personas de edad avanzada, por un lado y la vida independiente de conyuges ancianos y viudos / as solos, en casas diseñadas para una familia completa, por otro lado, no sólo resulta costoso económicamente sino que física y psíquicamente es poco aconsejable.

La familia juega un papel fundamental en las soluciones, ya que en la localización de los ancianos tiene mucha importancia la residencia de los hijos. Muchas padres que vivieron independientes acabarán sus días con sus hijos o en residencias.

A lo que se apunta hoy en día es a plantear soluciones, en las que de forma independiente puedan convivir padres ancianos e hijos, con proximidad física, manteniendo la autonomía personal pero también la posibilidad de relación inmediata en caso de necesidad.

Finalmente, dentro de este grupo de necesidades, la salud representa con frecuencia el punto más débil del anciano. La familia constituye un intermediario útil en la búsqueda de cuidados sanitarios en la ancianidad, debido a la propia debilidad del sujeto afectado y a la complejidad de los sistemas de atención sanitaria, difíciles de comprender por la persona afectada.

Se sabe que hoy por hoy, el sistema de salud en general está en decadencia, pero principalmente los servicios de atención a tercera edad, los medicamentos son costosos, no los cubre su Obra Social (PAMI), los trámites para efectuar estudios muchas veces son complicados para la mayoría de los miembros pertenecientes a este grupo etéreo, además hay que tener en cuenta los ingresos mínimos que reciben por mes. Por otra parte, la mala atención que reciben en ciertas instituciones donde los hacen asistir una y otra vez sin

brindarles una respuesta adecuada y sumado a esto la falta de acompañamiento familiar.

*** ECONÓMICAS:** La familia y concretamente los hijos constituyen, en caso de necesidad, la principal fuente de ayuda económica para los ancianos. Esta solidaridad forma parte del patrimonio cultural y se refleja en disposiciones legales, como el derecho a alimentos según el código civil. La responsabilidad de los hijos por las necesidades económicas de los padres se satisface de diversas formas: ayuda económica directa por uno o varios hijos – ayuda en especie – alojamiento permanente o periódico en el domicilio del hijo, resultan en la práctica la obligación familiar más importante. Existen casos donde ante la falta de vivienda y empleo los hijos se ven obligados a convivir con sus padres, constituyendo la jubilación y / o pensión el único ingreso en el hogar.

No existe aún consenso sobre la alternativa más efectiva para fortalecer la solidaridad familiar, ya que la responsabilidad económica se entrelaza con la afectiva – psíquica y social.

*** PSÍQUICAS:** En la ancianidad, los mecanismos de defensa y equilibrio de la personalidad se hallan amenazados por numerosas tensiones. La familia puede proporcionar, como en otras etapas de la vida, un medio favorable para mantener la identidad personal y evitar los peligros del medio ambiente.

La mayoría de los ancianos ocupan un lugar en la estructura funcional de sus familias. A muchos de ellos, la asistencia que les ofrece su familia, les permite validar su papel de adultos útiles, ello contribuye al mantenimiento de

una autoestima positiva.

*** SOCIALES:** La familia constituye un grupo social caracterizado por la inclusión de todos sus miembros, factor de identificación que excluye a quienes no pertenecen a la misma.

Lo social se aprende en la familia y las relaciones familiares constituyen la preparación para las relaciones sociales con el resto de la sociedad.

En relación a esto, el autor GARCÍA PINTOS¹², habla de sistemas familiares **Maduros e Inmaduros** de acuerdo a la posibilidad de manejo armónico o no de los recursos que hacen a su estructura. Pertenecer a un sistema u otro influye notablemente sobre la posibilidad que tiene el anciano de superar su crisis de envejecimiento. Tan es así, que en un alto porcentaje podría decirse que el destino de resolución o no de tal situación, se define en el marco del sistema familiar al cual pertenece. La familia del anciano también envejece y vivencia su propia crisis de envejecimiento.

Sistemas Familiares Maduros: Se trata de aquellos que reconocen cierta estabilidad emocional como para asumir la existencia de conflictos o situaciones críticas. Sistemas dentro de los cuales sus miembros tienen una función llena de sentido y son capaces de armonizar, en forma dinámica, sus funciones con las de los demás.

"...En estos casos, la armonía es resultante de esa integración funcional y afectiva que implica estabilidad..."¹³

Sistemas Familiares Inmaduros: Estos sistemas se caracterizan por la

¹² GARCÍA PINTOS, Claudio .- "LA FAMILIA DEL ANCIANO: también necesita sentido" .- Pag. 43

¹³ Op. Cit. .- Pag. 44 .-

incapacidad que tienen los miembros que componen el grupo familiar para asumir correctamente sus roles, priorizando los intereses personales, es decir, no hay un compromiso con la dinámica y vida del sistema.

En estas agrupaciones es posible encontrar un alto grado de agresividad, hostilidad y rivalidad entre sus integrantes, aunque casi siempre manifestada de manera encubierta. Los vínculos afectivos son superficiales y cambiantes, intermitentes e inestables.

Estos grupos cuentan con escasas posibilidades de resolver adecuadamente situaciones críticas, en tanto las relaciones de rivalidad y priorización de intereses propios plantean al miembro que introduce la crisis como un estorbo. No se considera que la crisis pertenezca al grupo, sino que se hace responsable de la misma al individuo que la vive.

Es necesario educar a niños y jóvenes en los valores y el respeto a los Derechos Humanos (DDHH), apuntando a lograr concientizarlos de que el envejecimiento es inherente a la vida y a la condición humana y que posiblemente, todos llegaremos a serlo algún día.

Todos los ancianos tienen entonces, el derecho a que su propia familia, la sociedad y el estado los respeten, valoren y protejan ante situaciones de carencia y enfermedad.

“Tenemos un desafío: honrar la vida, valorandola en cada una de sus etapas y ofreciendo a los ancianos la asistencia y el respeto que requieren en el medio familiar y social. Sobrevivir como pseudo - jóvenes o marginar a los viejos, es

**asumir un proyecto contrario a lo único permanente en los seres humanos: LA
DIGNIDAD”¹³**

¹³ EROLES, Carlos .- “FAMILIA – DESAFÍOS Y CONFLICTOS” .- Pag. 78 .-

ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR

A.C.V.

El diccionario médico STEDMAN, define al ACV como una explosión, un ataque repentino. Es una patología de alta prevalencia, alto impacto de discapacidad y elevado costo económico. Cada ataque es diferente a cualquier otro, depende de varios factores: dónde ocurrió – a qué edad – el tipo de ataque – entre otros. No hay una manera de describir claramente lo que ha pasado, así como la futura recuperación.

"Un ataque cerebral es el resultado de un bloqueo repentino causado por un coágulo o el achicamiento de una arteria que cierra la corriente sanguínea a ciertas partes del cerebro. La sangre lleva oxígeno y nutrientes al cerebro, por lo tanto, cuando este órgano es privado de esta provisión vital de sangre, aunque sea por cuatro minutos, las células cerebrales comienzan a morir".¹

Generalmente, el ACV está estrechamente ligado al envejecimiento, así como también es mas frecuente en hombres que en mujeres. Es una de las principales causas de muerte en los ancianos y de acuerdo a varios estudios estadísticos, cada vez son más los casos que se dan en personas jóvenes, sobre todo en hombres.

Para lograr una mejor comprensión, se procederá a explicar el funcionamiento del cerebro y que es lo que ocurre cuando se sufre un ACV: el cerebro es un órgano que envía órdenes y señales al resto del cuerpo, por ejemplo, cuando se quiere mover un brazo, una pierna, es este órgano quien envía las señales a los músculos para que aquello suceda. Cuando se habla, no sólo comanda la garganta, la boca, la lengua, sino también las palabras.

Es el cerebro quien guarda todo tipo de información, la selecciona o la deja atrás si no le sirve y también controla los sentimientos – emociones, junto con

¹ SHIMBERG Elaine F. – "STROKE: What Families Should Know" .- Cap. II .- Pag. 23 .- New York .-

- Accidente Isquémico Transitorio (AIT)
- ACV definitivo

A.- ISQUEMIA E INFARTOS CEREBRALES: Se debe a la alteración del Flujo sanguíneo cerebral cuando queda desprovisto de oxígeno y otros nutrientes.

La isquemia mas duradera total provoca infarto, es decir, muerte de tejido. Según el sitio y el grado de infarto será la localización de la lesión, que podrá ser más o menos grave y el infarto se puede producir por:

- **Trombosis:** Significa que un vaso sanguíneo del corazón al cerebro se ha achicado o enangostado, ésto se produce cuando grasas y calcio, conocido como placas, se depositan en las paredes internas de las arterias al cerebro, achican la parte interior del vaso sanguíneo hasta que se tapa, impidiendo así que la sangre circule al cerebro.

Como ya se ha dicho en párrafos anteriores, cuando el cerebro es privado de su provisión de sangre, las células mueren y las personas pierden sus funciones específicas llevadas a cabo por este area del cerebro.

- **Embolia:** Resulta cuando un coágulo del corazón o tejido grasoso de la pared de una arteria se desprende y queda atrapado en vasos sanguíneos mas pequeños. Este coágulo bloquea por lo tanto la corriente sanguínea al cerebro.

B.- HEMORRAGIA CEREBRAL: Es cuando se produce un debilitamiento en una de las arterias que van al cerebro. Es el tipo de ACV más peligroso porque

causa un daño "extensivo", al fluir la sangre a través de todos los tejidos cerebrales que rodean la arteria.

Si bien los ACV de tipo hemorrágicos son menos frecuentes que los anteriores, el riesgo de muerte es mayor.

C.- A. I. T. : Conocidos también como pequeños ACV. Tienen síntomas similares a un STROKE masivo, es decir, adormecimiento en el rostro o en alguna de las extremidades – dificultad para hablar o para escribir – etc.

La diferencia entre un A.I.T y un ACV es que los síntomas, en este último, duran menos de 4 Hs., y no deja ninguna lesión en el sistema nervioso.²

Por lo tanto, este tipo de ataque significa una interrupción temporaria de la provisión de sangre al cerebro y puede ser el precursor de un ataque cerebral mayor.

D.- A.C.V DEFINITIVO: A diferencia de otros órganos, el cerebro no se regenera, es decir, una vez muertas las células no pueden ser sustituidas por otras nuevas.(ver anexo)

CONSECUENCIAS

Lo que realmente le pasa a una persona que ha sufrido un ACV depende de la región del cerebro que ha sido afectada, el tamaño de la lesión y cuánto daño ha sufrido el cerebro.

Como ya se relató con anterioridad, el cerebro realiza múltiples funciones,

² SHIMBERG Elaine F. – "STROKE: What Families Should Know" .- Cap. II .- Pag. 41 .- New York .-

tales como: hablar – caminar – pensar ; cuando las células cerebrales, en un area particular del cerebro, son destruidas, la función específica que controlan también es dañada.

El cerebro básicamente está dividido en dos hemisferios: izquierdo y derecho, es decir, un hemisferio cerebral dominante del otro no dominante; por ejemplo, en las personas diestras, el hemisferio dominante sería el izquierdo.

Si el STROKE se produce en el hemisferio no dominante, en la mayoría de los casos el lado derecho, provoca parálisis de pierna y brazo del lado izquierdo; el lenguaje no queda afectado, pero sí origina complicados síntomas neuro – psicológicos que pueden traer consigo trastornos importantes, por ejemplo, ponerse una prenda de vestir se vuelve imposible.

Cuando el lado derecho es afectado, el paciente también presenta dificultades en cuanto a la percepción espacial, memoria y suelen manifestar un comportamiento impulsivo. Hay a menudo cierta ignorancia del lado paralizado, no se dan cuenta de que el lado izquierdo existe.

El sobreviviente de un ICTUS con un daño en el hemisferio izquierdo, es más propenso a sufrir parálisis motora de su lado derecho del cuerpo, déficit en el lenguaje. (ver figuras 1 y 2)

A pesar de que poca gente escapa a los efectos residuales de un ACV, no se puede decir cuanto daño produjo. También hay otros factores como la edad del paciente - hábitos personales – nutrición y la condición física general, pueden influir en los efectos de un ICTUS.

Existe un asombroso número de efectos que estos ataques pueden producir en los sobrevivientes:

Hemiplejía: Una persona con daño en el lado izquierdo puede tener debilidad o parálisis en el lado derecho y viceversa. Hay una gran variedad de tipos de aficción y sus efectos residuales, una vez que el paciente se ha curado; por ejemplo parálisis total del brazo y pierna en un lado o una pequeña debilidad en el brazo y pierna.

Espasticidad: Es cuando los músculos de un brazo o pierna del sobreviviente se toman rígidos.

Apraxia: Las personas con este efecto no pueden ejecutar instrucciones, por ejemplo físicamente pueden tocarse la nariz con el dedo, pero les resulta imposible cuando se los exige el médico. La persona no puede llevar a cabo ningún movimiento con propósito sin tener parálisis o déficit sensorial, es decir, entiende lo que se dice, envía el mensaje a los músculos, pero éstos no reaccionan.

Ataxia: Es la inhabilidad de controlar o hacer determinados movimientos controlados. Ellos pueden caminar, pero les resulta difícil comenzar a hacerlo cuando están parados. Generalmente, estos pacientes tienen dificultad para hacer sonidos y formar palabras, pueden hablar pero dan la sensación de que estuvieran "borrachos".

Afasia: Para mucha gente, el hemisferio cerebral izquierdo controla el habla, por ello cuando un STROKE afecta ese area, surgen complicaciones en la comunicación. Esta inhabilidad puede ser para comprender lo que otros están

diciendo, para utilizar las palabras adecuadas, falta de habilidad para leer y escribir y en algunos casos la pérdida de habilidades matemáticas.

Apraxia Verbal: Los pacientes con esta característica, han olvidado como mover la boca, labios y lengua para poder pronunciar palabras; saben las palabras y qué es lo que deben decir, pero no pueden expresarse.

Disartria: No pueden producir las palabras y sonidos correctos porque la parte del cerebro que controla los músculos que hacen la voz y dan forma al habla se han dañado. Estas personas inclusive les cuesta tragar, ya que los mismos músculos controlan ese acto.

Disturbios Visuales: La mayoría de las personas que sufren un ACV padecen problemas visuales, lo más común es la pérdida de visión del lado afectado, por ejemplo, pueden ver doble o tener movimientos rápidos en el ojo.

Hasta aquí se han enumerado las consecuencias y / o efectos que puede provocar un ACV en una persona. No obstante, en el anexo se ubica un apartado específico sobre la enfermedad en cuestión, se relatan los efectos ocasionados directamente en el centro del lenguaje, en el hemisferio no dominante, en la región irrigada por la arteria cerebral posterior, en la región de abastecimiento de la arteria anterior cerebral, en el bulbo raquídeo, etc..

Debido a que este trabajo de investigación está orientado a la tercera edad / Vejez / adultos mayores, es necesario destacar que las enfermedades cerebrales en este grupo etareo están adquiriendo mayor implicancia dado que el número de personas de edad avanzada es cada día mayor gracias a los

avances de la medicina.

Es necesario distinguir entre los procesos "normales" de la edad en el cerebro de los procesos "patológicos" que llevan a la disminución de la inteligencia.

Con el correr de los años, la capacidad de toda persona va disminuyendo pero se debe tener en cuenta que es muy distinto lo que ocurre con las enfermedades de demencia, que traen aparejado trastornos fuertes de la memoria, alteraciones de la personalidad y del carácter. Generalmente o en la mayoría de todos los casos, lo que queda trastornada es la memoria reciente.

El Dr. KESSLER en su libro "El Ataque Cerebral", distingue dos tipos de demencia:

Demencia Vascolar: Esta se da como consecuencia de varios ataques cerebrales repetidos, conocidos como pequeños ACV, donde se produce una pérdida de ciertas sustancias cerebrales. La pérdida cerebral está causada por la deficiente irrigación sanguínea por parte de las arterias cerebrales. La causa principal de estos infartos es la hipertensión.

Demencia Tipo Alzheimer: Aquí mueren las células cerebrales, poco a poco y sin una causa específica. Es de destacar que este tipo de demencia no es un trastorno de la irrigación sanguínea del cerebro; los pacientes se tornan olvidadizos. Esta enfermedad avanza en forma lenta.

A pesar de que el ACV o ICTUS puede ocurrir a cualquier edad y que se manifiesta en niños, su incremento es aún mayor a medida que la edad avanza. Varios factores de riesgo que se han ido identificando, entendiéndose

por ellos a factores que dañan el sistema arterial, y es de suma importancia saber cuáles son ellos, sobre todo después de que un miembro de la familia haya sufrido un ataque, por dos razones: a) los miembros de la familia están ante un riesgo mayor, porque hay una incidencia de ACV en la familia; b) aproximadamente el 10 % de aquellos que han sufrido uno, tendrán otro en el mismo año.³

En la demencia vascular se nombra uno de los factores de riesgo, común denominador en el STROKE, la hipertensión. No obstante existen otros factores que son importantes y que llevan a la irrupción de ataques cerebrales, entre ellos se señalan:

Hipertensión: Es el factor principal de riesgo. Provoca trastornos en la irrigación sanguínea al cerebro. El riesgo de sufrir un ataque cerebral crece con el grado de hipertensión y su duración.

Diabetes Melitus: Trae aparejada un alto riesgo de contraer un STROKE, se calcula que el 15 % de las personas que han padecido este tipo de ataque son diabéticas, según lo plantea SHIMBERG Elaine. Constituye el segundo factor de riesgo.

"Un trastorno en el metabolismo del azúcar de la sangre, hace que se cierren las arterias pequeñas de todos los órganos, provocando alteraciones en los riñones, en la circulación sanguínea de las piernas y del ojo y también en el cerebro, lo que lleva a la aparición de pequeños infartos".⁴

³ SHIMBERG Elaine F. - "STROKE: What Families Should Know" .- Cap. II .- Pag. 37 .- New York .-

⁴ KESSLER Christof .- "El Ataque Cerebral" .- Cap. V .- Pag. 70 .- Bilbao .-

Sobrepeso: Demasiado peso adicional da al corazón y a los vasos sanguíneos un trabajo extra, dando lugar a la diabetes y a enfermedades del corazón, incrementando así el riesgo de sufrir un STROKE.

Falta de Ejercicio: Bien se sabe que una dieta equilibrada y determinados ejercicios físicos disminuyen no sólo los ataques al corazón, sino también los cerebrales.

Colesterol Alto: Otro factor de riesgo importante. Alto colesterol significa exceso de grasa en la sangre, lo que hace que la sangre tenga dificultad para circular y que se formen "Placas". provocando luego, lo que ya fue descrito con anterioridad, **Trombosis**.

Cigarrillo: Generalmente, los fumadores padecen antes arterioesclerosis y junto a ello, complicaciones arteriales. Su abuso no sólo aumenta la arterioesclerosis, sino también la formación de trombos y viscosidad en la sangre."... El riesgo de sufrir un ataque cerebral debido a la nicotina, se hace más patente en personas jóvenes que mayores, demostrado estadísticamente..."⁵

Alcohol: Si bien no hay demostraciones de que el alcohol es un factor de riesgo realmente importante, se señala que su abuso produce alteraciones en el cerebro. Lo que sí se destaca es que su abuso masivo debilita el ritmo cardíaco, pudiéndose producir una **Embolia Cerebral**.

⁵ KESSLER Christof .- "El Ataque Cerebral" .- Cap. V .- Pag. 72 - Bilbao.-

Píldoras Anticonceptivas: Las mujeres que usan estas píldoras tienen un riesgo mayor de sufrir un ACV, especialmente después de los 30 años y las que fuman incrementan aún más el riesgo.

Stress: No manejar el stress lleva a incrementar la presión sanguínea, que puede desembocar en un ICTUS.

Este último factor, hoy por hoy, es el más común, sobre todo en personas jóvenes, debido al ritmo de vida que llevan, y a las presiones a las que están expuestos, ya sea laborales – familiares – etc..

Si bien estos factores de riesgo son los más importantes a la hora de relacionarlos con un ACV, SHMBERG Elaine, en su libro STROKE: What Families Should Know⁶, agrega a esta lista los siguientes:

Herencia: Es inmodificable, pero se puede tener precaución en cuanto a aquellos que sí se pueden modificar.

Edad: A pesar de que se conoce que un ACV puede darse también en niños, a medida que se avanza en edad las personas se tornan más susceptibles, estimandose que para los años '80 una de cada tres personas sufrirá un STROKE.

Aunque las personas no pueden evitar el paso del tiempo, sí deben ser más concientes de aquellos factores de riesgo que se pueden evitar, como es el cigarrillo – píldoras anticonceptivas y de aquellos que se pueden controlar, por ejemplo: colesterol y sobrepeso.

⁶ SHIMBERG, Elaine Fantle .- "STROKE: What Families Should Know" .- Pag. 37 .- New York.

Sexo: Estadísticamente, se sabe que los hombres son más propensos a sufrir un ataque que las mujeres. "Generalmente, se dan en hombres jóvenes y en las mujeres, después de la menopausia".⁷

Raza: Los hombres negros son más susceptibles a sufrir un ACV que los hombres blancos.

En el anexo, se ubica un cuadro en el cual figuran los factores de riesgo "fijos" y los "Tratados", pudiéndose observar aquellos que constituyen los de mayor riesgo, como así también datos estadísticos.

Hasta aquí se han detallado las características, secuelas, origen y factores de riesgo de la enfermedad, pero... **Qué sucede con el tratamiento?**

Generalmente, una vez que el STROKE se ha instalado, se trata de prevenir futuras complicaciones. La intervención puede ser mediante medicación y / o cirugía (ver anexo).

Cuando una persona añosa es víctima de un ACV, puede resultar difícil evitar complicaciones, dado que su función inmunológica o cardiovascular, con el paso del tiempo va sufriendo modificaciones y alteraciones y con un STROKE, estas funciones se alteran aún más. Por lo tanto, los cuidados preventivos requieren de una estrecha supervisión.

En la mayoría de los casos, los ancianos que son víctimas de un ICTUS, se presentan con discapacidades y lesiones previas al mismo, lo que limita su evaluación, atención y expectativas.

La recuperación depende más del entorno familiar y social, que de la

⁷ SHIMBERG, Elaine Fantle .- "STROKE: What Families Should Know" .- Pag. 38 .- New York.

Naturaleza del daño en sí mismo. La Rehabilitación es el paso más importante en una persona que padece un ICTUS, de ella depende la reinserción del paciente a su anterior modo de vida.

Considerando que esta tesis hace especial incapié en la familia y en como el ACV impacta en la dinámica de la misma, un espacio estará dedicado a este tema (ver Vejez – Discapacidad – Familia).

PREVENCIÓN

Como ya se sabe, el ACV es una enfermedad que tiene un largo período de latencia antes de que aparezcan los primeros síntomas clínicos manifiestos. En esta etapa los factores de riesgo producen cambios fisiopatológicos que llevan a que la enfermedad se manifieste.

Según los estudios llevados a cabo por el Hospital Privado de Comunidad de la ciudad de Mar del Plata, la historia natural de una enfermedad crónica se puede presentar en cuatro niveles, con oportunidades de prevención e intervención:

NIVEL DE ENFERMEDAD	1.- Susceptible.	2.- Presintomático.	3.- Clínico.	4.- Discapacidad o recuperación.
Nivel de Prevención / Intervención.	Promoción de la salud.	Detección temprana, diagnóstico precoz, tratamiento preventivo.	Tratamiento agudo / Recuperación	
	La prevención primaria y secundaria es posible.		Gran parte de la prevención se perdió. Se trabaja en prevención terciaria.	

Generalmente, el fin de toda política sanitaria es priorizar la intervención en el nivel primario y secundario, dado que ya en el nivel terciario, parte de la oportunidad de prevención se ha perdido.

En la etapa crónica, es preferible identificar las personas afectadas por un ICTUS que tengan la posibilidad de obtener beneficios en un programa de rehabilitación intensiva. Para ello se debe tener en cuenta:

- Si ha sufrido antes un ACV.
- Coexistencia de enfermedad cardíaca sintomática.
- Si se ha deteriorado la función cognoscitiva.
- Si hubo lesión topográfica amplia.
- Coma de inicio.
- Déficit del campo visual.
- Afasia.

-Negligencia.

-Trastornos propioceptivos.

-Persistencia de incontinencia.

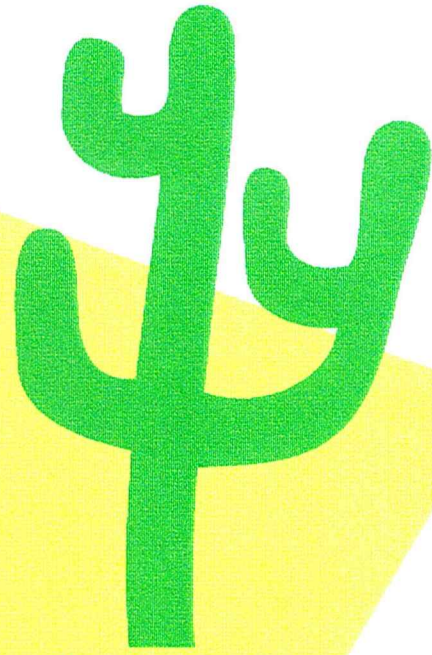
-No evidencia de recuperación motora dos semanas posterior al ACV.

Estas son las características tomadas en cuenta por el mencionado establecimiento sanitario (Hospital Privado de Comunidad).

Cabe destacar que hasta el momento no se han encontrado datos estadísticos sobre la patología en la Argentina. No obstante, el Hospital Privado de Comunidad ha recavado algunos datos que corresponden al Partido de General Pueyrredón.

Se calcula que en dicha institución hay cerca de 70 ACV por mes, dando aproximadamente un número de 1.000 enfermos al año. El 30 % serán totalmente independientes dentro de las tres semanas y a los seis meses, este porcentaje aumentará al 50 %. El 20 % queda con algún grado de discapacidad y a los seis meses, este número será del 12 %. El 50 % de los sobrevivientes padecen algún grado de discapacidad.

En el ataque cerebral, es tan importante o más, la prevención que el tratamiento o la rehabilitación; cuando ha ocurrido un STROKE las consecuencias se podrán aliviar y apenas recuperarlas. Por ello que cada paciente debe armar su propio programa de salud, por ejemplo, tener una alimentación sana, controles periódicos con el médico, actividad física regular.



VEJEZ

DISCAPACIDAD

FAMILIA

Una de las causas por la cual el envejecimiento es un tema de atención, responde al cambio en la composición poblacional; hecho que está ocurriendo en el mundo en general.

La población de edad avanzada aumenta a un ritmo acelerado. Esto se debe a la baja tasa de natalidad y al aumento de la expectativa de vida, a pesar del aumento de la morbilidad. Se puede considerar a esta franja etaria como un grupo vulnerable, al igual que la infancia, la adolescencia y las personas discapacitadas. Ello exige de elaboración de programas acorde a sus necesidades, con el fin de mejorar la calidad de vida.

Envejecer es parte integral del desarrollo biológico, que se inicia con la concepción y finaliza con la muerte. Como ya se expresó, es esencialmente un proceso de cambio. Este cambio que sufre el cuerpo se manifiesta en la piel, en el pelo, en el tono muscular y en el debilitamiento que sufren en general las funciones del cuerpo.

Desde lo social (ver aspectos sociológicos del envejecimiento), si bien la ancianidad se caracteriza por ser una etapa de pérdidas (jubilación – alejamiento de seres queridos por fallecimiento o migración – etc.). No obstante, hoy no se vivencia como una etapa negativa, sino como una etapa de la vida tan importante y vital como lo son la infancia, la adolescencia, la juventud y la madurez. La consideración de la ancianidad como etapa negativa, evoca condiciones y concepciones pasadas, actualmente superadas.

En general las personas mayores no se hallan limitadas, ni sus vidas son

dependientes. La vejez constituye una etapa vital que tiene elementos de desarrollo personal y que está, en cada ser humano la posibilidad de encontrarlos y explotarlos.

Por otra parte, el aumento en la expectativa de vida trae aparejado la aparición de ciertas patologías, la OMS define el término **patología** como "anormalidad de estructura y / o función que afecta a un órgano o sistema de órganos"¹; que tienden a manifestarse con mayor frecuencia a medida que la edad avanza. Tal es el caso del ACV / STROKE / ICTUS, ésta es una enfermedad que genera, en quién la sufre, distintos grados de discapacidad, lo que depende de diferentes factores (ver ACV).

La OMS define la **discapacidad** como "Restricción o carencia de la habilidad para realizar una actividad de una determinada manera o dentro de una rango considerado normal y que altera la interacción del paciente con el medio".²

Otros dos conceptos que toma la OMS y que están vinculados a la rehabilitación de enfermedades crónicas son:

Deterioro: " Anormalidad funcional o anatómica".³

Handicap: "Corresponde a la desventaja social que la enfermedad produce, alterando los roles y metas que no pueden ser alcanzados".⁴

Como una forma de clarificar tal concepción o definición, se consideró favorable traducirla en un esquema, el mismo se vuelca a continuación:

¹ Programa de Rehabilitación para pacientes con ACV Crónico .- Pag. 11 .- SATE .- Hospital Privado de Comunidad .- Mar del Plata .- 1998 .-

² Op. Cit. Pag. 11 .-

³ Op. Cit. Pag. 11 .-

⁴ Op. Cit. Pag. 11 .-

DISCAPACIDAD		
CONSECUENCIAS PARA LA SOCIEDAD	CONSECUENCIAS PARA LA FAMILIA	CONSECUENCIAS PARA EL INDIVIDUO
* Demanda de cuidados	* Necesidades de cuidados	* Disminución de:
* Pérdida de la productividad	* Relaciones sociales perturbadas	- la autonomía
* Integración social perturbada	* Carga económica	- la movilidad
		- las actividades recreativas
		- integración social
		- independencia económica

La presencia de una enfermedad, especialmente si se trata de una enfermedad crónica, impacta en las interacciones entre el individuo y la red social más amplia, a través de diferentes procesos interconectados.

*Las Enfermedades poseen un efecto interpersonal aversivo⁵, es decir, generan en los demás conductas evitativas.

En varias oportunidades, pacientes que concurren al SATE o han concurrido, manifiestan haber transitado por tales situaciones, sintiendo el alejamiento de personas que hasta entonces compartían momentos de su vida junto a él / ella.

*La Enfermedad restringe la movilidad del Sujeto, lo que reduce los contactos sociales y lo aísla⁶. por ejemplo, la persona que tiene que dejar de trabajar, o asistir al club que frecuentaba antes de la aparición de la patología, o a los servicios de su congregación.

⁵ SLUZKI, Carlos E. - La Red Social: Frontera de la Práctica Sistémica. - Pag. - 82. -

⁶ Op. Cit. Pag. 82. -

Todos éstos son contextos en los que tienen lugar contactos sociales, que se mantienen solo por la presencia del individuo, ante su inasistencia y si el resto de los miembros que allí concurren no se acercan, el vínculo establecido se debilita y el sujeto se aísla aún más, perdiendo contacto con el medio.

Esta situación conduce a alejarse o a no acercarse, partiendo del convencimiento de que la persona enferma cuenta con relaciones o vínculos más estrechos que le brindan la contención y asistencia necesaria.

*La Enfermedad tiende a debilitar al enfermo y como consecuencia el sujeto reduce su iniciativa de activación de la red,⁷ si a esto se le suma que las otras personas que constituyen la red tampoco hacen algo por activarla, se cae en una suerte de círculo vicioso ("Si tu no me llamas - yo tampoco")

*La Enfermedad en una persona reduce su posibilidad de generar comportamiento de reciprocidad⁸, enferma tiene menos posibilidad de ofrecer comportamientos equivalentes a los de las personas que cuidan de ella.

*Los comportamientos de cuidado para con gente con enfermedades crónicas resultan poco gratificante⁹, Los comportamientos de cuidado que generan la presencia de una enfermedad crónica, tiende a agotar a los miembros de la red social.

⁷ SLUZKI, Carlos E.- La Red Social : Frontera de la Práctica Sistémica .- Pag. 82 .-

⁸ Op. Cit. Pag. 83.-

⁹ Op. Cit. Pag. 83.-

Si el paciente no manifiesta mejoras en su estado de salud, probablemente el cuidador sentirá vanos sus esfuerzos.

La presencia de una enfermedad discapacitante, no sólo erosiona la red social habitual, sino que a veces abre la posibilidad de que nuevas redes se generen, esto puede observarse en el SATE, no sólo por sus atributos instrumentales y asistencia profesional, sino por su capacidad de apoyo, contención y asistencia, dándoles la posibilidad de ampliar o generar nuevas redes sociales al contactarse con otras personas durante el proceso de rehabilitación.

Según la OMS, Rehabilitación "es un proceso de cambio activo a través del cual una persona que es inhábil, adquiere y usa el conocimiento para obtener una óptima función física – psicológica y social dentro de los límites que impone la enfermedad, por lo tanto, el proceso de rehabilitación es dinámico, depende de la adaptación física y psicosocial anterior, incluye todas las actividades que el ser humano puede poner en movimiento para mantener o equilibrar la integridad biológica – psicológica y social"¹⁰.

La rehabilitación como disciplina y procedimiento hace tiempo que reconoce el cuerpo y la mente como una unidad. Para los que necesitan servicios de rehabilitación, el deterioro del organismo, constituye un impacto sobre la función social y emocional, el paciente como individuo no se puede aislar del contexto familiar, cultural y social, así como no se puede separar el cuerpo de la mente.

La naturaleza del proceso de rehabilitación tiene más de aprendizaje que de tratamiento, se trabaja con las personas y no *sobre* ellas,...."los objetivos

¹⁰ Programa de Rehabilitación para pacientes con ACV Crónico.- SATE .- Pag. 19 .-

que debiera ser un privilegio por años de esfuerzo y de trabajo, no les permite a quienes la reciben, llevar adelante una vida decorosa.

Si bien, el tema de esta tesis trata el ACV en persona mayores, las cuales en general ya no se hallan en actividad laboral, pueden plantearse casos en los que el paciente, víctima del STROKE, deba verse forzado a jubilarse, al encontrarse con cierta discapacidad no pudiendo reincorporarse al puesto de trabajo o continuar con la actividad que ejecutaba. Cabe destacar que aquí el impacto será aún mayor, al ser el retiro forzoso, impactando notablemente en su estado anímico.

Por estas cuestiones, es tan importante la presencia de la familia, brindando al familiar enfermo apoyo – cuidado – estímulo – seguridad, favoreciendo el proceso de rehabilitación.

Una rehabilitación eficaz depende de la capacidad del paciente para comprender, aceptar y adaptarse al grado de incapacidad física y a las inconveniencias relacionadas a cada uno de los períodos de recuperación, así como a su capacidad de cooperar con las técnicas designadas para mejorar la función, por ejemplo: ejercicios – uso de ayudas y otros dispositivos. La eficiencia funcional definitiva de cada paciente depende tanto de su estado mental como de su estado físico y social.

Muchos pacientes logran buenos resultados con el tratamiento médico. Están bien motivados y desean alcanzar la máxima recuperación posible. Otros encuentran una satisfacción secundaria en el tratamiento, no se hallan motivados para buscar y lograr mejorar, producto de la no aceptación de la situación. Los primeros necesitarán principalmente que se les facilite ayuda, los

segundos necesitarán ayuda en el proceso de maduración y buscar tipos de satisfacción más adecuados. La continuidad y el tipo de ayuda que se necesite dependerá en parte de lo residual que sea el efecto de la enfermedad o la incapacidad sobre el paciente y su situación.

Cabe resaltar que **Rehabilitación** no es lo mismo que **Recuperación**, este último apunta a lograr un objetivo funcional, apunta a recuperar un movimiento.

Después de una enfermedad puede haber:

1.- Rehabilitación y Recuperación: Generalmente ocurre cuando la enfermedad no deja secuelas y la persona vuelve a su actividad anterior.

2.- Recuperación sin Rehabilitación: Cuando la persona recuperada, con secuelas o sin ellas, se vuelve pasiva y se siente inútil.

3.- Rehabilitación sin Recuperación: Cuando la persona, a pesar de quedar con secuelas que disminuyen su discapacidad, acepta su estado definitivo, considerándose útil y activa.

La medicina de rehabilitación pone su énfasis en el trabajo interdisciplinario para analizar y reducir la discapacidad. JEAN PIAGET, define por interdisciplinariedad a la asociación entre disciplinas, donde la cooperación entre las mismas lleva a interrelaciones reales, es decir, hay una verdadera reciprocidad en los intercambios y por consiguiente enriquecimientos mutuos.

Es ante todo una práctica, su perfectibilidad se logra en la medida en que se hacen experiencias reales de trabajo en equipo, se ejercitan sus posibilidades, problemas y limitaciones, tiende a implementar una acción terapéutica. Así

sustenta tratamientos que apuntan a favorecer la autonomía y fortalecer redes vinculares o sociales, evitar la institucionalización y mantener o mejorar la calidad de vida de los pacientes.

La rehabilitación aspira a obtener la mayor independencia posible, dentro de las limitaciones impuestas por la patología, ayudando al paciente a aceptar y adaptarse a ella, teniendo en cuenta el rol logrado y el rol deseado, que no siempre coinciden.

La rehabilitación facilita la adaptación al cambio y es un proceso activo que incluye entrenamiento. Se promueve la independencia, proponiendo metas realistas que operen dentro de los límites de la discapacidad.

Este proceso apunta a mejorar la calidad de vida del hombre y lograr la mayor independencia bio – psico – social del enfermo y la familia.

La familia es la encargada de satisfacer las necesidades del anciano, físicas (alimentación - vivienda - abrigo – cuidado en la enfermedad); psíquicas (autoestima – afecto – amor – equilibrio psíquico); sociales (identificación – relación – comunicación – pertenencia al grupo).

En todas las culturas, la familia es la institución basada en el amor mutuo, que posibilita la compañía, la atención de las necesidades básicas. La solidaridad entre las generaciones y la transmisión de la cultura nacional a las generaciones venideras.

En la actualidad, estas funciones suelen verse perturbadas por situaciones tanto externas como internas. Dentro de las primeras, la situación económica por la que atraviesan muchas de las familias hace que los miembros de la misma deban salir a trabajar, con lo cual, habría cierta desatención, al no poder

atender los requerimientos básicos y fortalecer su calidad de vida.

Desde lo interno o vincular, también suelen presentarse conflictos en el grupo familiar, lo que hace que en muchos casos no se pueda atender a las demandas de sus miembros y puntualmente al anciano.

Estas situaciones conllevan a que, en muchos casos, el anciano se halle desprotegido, sin una familia que le brinde contención y la atención necesaria, hallándose en situación de riesgo y acrecentando así la probabilidad de tener que recurrir a la institucionalización, como única o última alternativa posible.

No obstante, la familia es el apoyo principal con que cuentan las personas mayores y es la que provee los servicios de cuidado en salud. La salud se define globalmente por la interrelación de los factores biológicos – psicológicos y sociales. El deterioro que pueda presentarse en alguna de estas de estas esferas produce un desequilibrio que conlleva a un aumento en la dependencia de los demás, fundamentalmente de su grupo familiar. Origina miedo e incertidumbre.

El Dr. HUGONOT, distingue distintos tipos de dependencia en las relaciones conyugales, que pueden extrapolarse a las relaciones familiares en general:

1.- **DEPENDENCIA ABNEGACIÓN:** Es la dependencia sacrificio, en nombre del amor de toda una vida. Generalmente aquí el cuidador, entendiéndose por tal a la persona que se hace cargo de satisfacer las necesidades del paciente (cuidador de higiene – alimentación – afecto), adopta una postura de sobreprotección.

2.- **DEPENDENCIA ARMADA:** Hecha con hostilidad y rencor, son los

familiares ausentes en el proceso de rehabilitación. A esto se le puede agregar diferentes grados de maltrato, aunque tras un aparente cuidado.

En las relaciones filiales los tipos de dependencia son variados y oscilan entre la "DEPENDENCIA AMOR" y la "DEPENDENCIA OBEDIENCIA". La primera es la dependencia que surge de un amor entre madre / padre e hijo / hija, como consecuencia de una relación estrecha a lo largo de su historia de vida, la misma e manifiesta en una actitud de cuidado y protección permanente.

En cuanto a la segunda, parte de un sentimiento de obligación moral, como compensación a lo recibido de ellos en otra etapa de su vida.

FAMILIA Y REHABILITACIÓN

Todos los sistemas humanos se hallan en estado de tensión, buscando el equilibrio necesario para la supervivencia en su medio. Los grupos familiares, son sistemas abiertos, los cuales tienen interacción constante con el ambiente externo; por ello en la familia siempre se producen tensiones por transformaciones (enfermedad – crisis u otros cambios en su evolución interna).

Cada cambio en una parte o en algún componente del grupo familiar, repercute y afecta a la totalidad del mismo.

El ACV constituye una enfermedad que provoca discapacidad en el paciente, aumentando su dependencia del grupo familiar y alterando la dinámica del mismo, debiendo brindar éste al familiar enfermo mayor atención y dedicación.

El anciano enfermo se toma, en muchos casos, en una gran fuente de

demandas que no siempre pueden ser satisfechas por un conyuge, o un hijo / a. El exceso de pedidos produce crisis y conflictos que si no son comprendidos y manejados a tiempo, terminan por agravar la situación.

Ante la falta de entrenamiento y carencia de orientación y preparación para vivir esta etapa, muchos sienten rabia, culpa, vergüenza o confusión, por eso es necesario comprender la presión que representa cuidar a los padres o familiares enfermos, con patologías crónicas.

Los estudios señalan la carga emocional 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.

Muchas veces, resulta difícil saber como actuar frente a un familiar enfermo (padre – madre –hermano – conyuge). Lo mejor es ser natural, ser uno mismo. La enfermedad no sólo golpea al enfermo, sino también lo hace con toda la familia.

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 es la causa de la hostilidad y responder con paciencia y compasión.

El rol de la familia en el proceso de rehabilitación es vital y favorecedor. El paciente que recibe apoyo y estímulo de la familia está más motivado para proseguir tareas difíciles de rehabilitación, para tolerar procedimientos

dolorosos, para enfrentarse a pérdidas inalterables, para adaptarse a los cambios en el estado de vida y para continuar con una vida cotidiana productiva en la comunidad. "Algunos estudios demuestran que los pacientes buscan primero a sus familias para lograr apoyo y luego a los miembros del personal profesional"¹²

No obstante, los miembros de la familia tienen sus propias reacciones emocionales y dificultades para aceptar y adaptarse a la discapacidad o a la enfermedad de un miembro de la familia. El deterioro funcional que puede padecer un miembro de la familia puede alterar permanentemente la estructura familiar y forzar al cambio en los roles familiares individuales.

Es importante identificar los métodos que tiene una familia para afrontar los cambios y las crisis:

Un sistema familiar maduro (ver familia – Sistemas Maduros e Inmaduros), tiende a ser flexible, puede priorizar las tareas familiares, tiene patrones eficaces de comunicación, valora los derechos y las ideas de cada miembro de la familia, incluyendo al integrante discapacitado, tiene buenas destrezas para el manejo del tiempo y puede adaptarse al cambio en un período de tiempo. Con apoyo profesional, los miembros de la familia pueden ver soluciones alternativas, resolver problemas y hacer adaptaciones del estilo de vida de la familia. Este tipo de familia puede ayudar al paciente a seguir llevando a cabo roles ocupacionales y familiares.

Algunas familias, por su propia patología o por problemas del desarrollo, son más vulnerables a las crisis y pueden experimentar conflictos y rupturas

¹² VERSLUYS, Hilda.- Influencias de la Familia.- Cap.- VI.- Pag. 162.-

ansiedad y las tensiones familiares existentes. Algunas familias tienen problemas psicológicos, como abuso de sustancias o problemas de dependencia, otras carecen de organización como una unidad familiar y por lo tanto, no son capaces de trabajar juntas para resolver los problemas o mantener comportamientos uniformes.

Un sistema familiar inmaduro reduce el potencial del paciente, Sobreprotegiendo y promueve la regresión por el rechazo, control excesivo y deja de lado los roles que el paciente podría llevar a cabo como miembro de una familia interactiva o como integrante de la comunidad.

LO QUE DEBE CONOCER LA FAMILIA

La Doctora ELAINE FANTLE SHIMBERG, relata en su libro ***STROKE: What Families Should Know***, un hecho puntal por el cual atravesó en su vida personal, el mismo trata de lo siguiente: Su madre, de 80 años de edad, es víctima de un ACV. En tal situación, según cuenta Elaine, sus vastos conocimientos, proporcionados por su preparación profesional, no fueron suficientes, ni ayudaron a enfrentar más fácilmente esta crisis.

Según relata la Dra., importante fue el impacto que provocó en ella, la enfermedad de su madre, hallandose desorientada, sin saber que hacer.

Es a partir de ésta, su vivencia, que dedica un capítulo de su libro a las Familias y / o personas que están atravesando por una crisis de este tipo, brindando consejos u orientaciones, aquí no desde lo profesional, sino desde lo humano, como persona y fundamentalmente como familiar.

...mientras estás sosteniendo la mano de tu familiar, miles de pensamientos vuelan sobre tu cabeza: vivirá? Será todo igual? Cómo vamos o voy a hacer? Por qué a mí?. Nunca te sientas culpable por lo que sientas, los ACV no ocurren en un vacío. No sólo afecta a la persona que lo sufre, modifica el balance de quienes lo rodean. Tu vida también cambió con el ACV.

Es inútil pensar que las cosas van a ser iguales, no van a ser iguales, porque no pueden ser iguales. Tenés derecho a preguntarte cómo vas a ser afectado. Todos tus salvajes pensamientos son normales bajo estas circunstancias. Yo los he tenido, cualquier familiar los tendrá. En este momento todo parece demasiado, que no hay salida. Hay que tratar de no entrar en pánico, tomar las cosas por paso, no preocuparse por cosas mayores, por ej. como vas a organizar tu casa si tu mujer no camina. Esto se ve con el tiempo..."¹³

***MANTENER LA CALMA:** Evitar desmoronarse frente al paciente. Evitar la expresión de ciertos sentimientos, como tristeza, enojo. No obstante, éstos deben ser tratados profesionalmente, a fin de evitar consecuencias mayores, física y / o emocionales (importantes contracturas – depresión).

***REORIENTAR AL PACIENTE:** Explicar al paciente que ha sufrido un ACV, que está en el hospital, quién es el equipo profesional que lo está atendiendo, avisar y presentarse cada vez que se entra a la habitación del paciente, debido a los problemas visuales frecuentes como consecuencia inmediata del ACV.

¹³ SHIMBERG, Elaine Fantle .- STROKE: What Families Knows .- Cap. I .- Pag .13 .-

***INFORMAR:** Comunicar al paciente su actual estado de salud, por ej. que no puede mover su brazo izquierdo, o que no puede hablar ahora.

La persona quizá, en este momento, no pueda entender lo que escucha, pero el sonido de la voz del familiar presente, puede ser calmante.

*** TOCAR:** El sentido del tacto es tranquilizante, transmite confianza a quién se halla en la cama del hospital.

*** TENER CUIDADO CON LO QUE SE DICE FRENTE AL PACIENTE:**
Aunque el paciente esté inconsciente puede escuchar lo que se habla.

*** NO MENTIR:** No realizar promesas falsas, por ej. que su vida a partir de ahora no va a presentar cambios, va a sentir que eso no es verdad, va a perder confianza y va a sentir que se lo trata como si fuera un chico.

También, evitar transmitir al enfermo dudas y miedos propios, tomar las cosas de a poco, todos deben aprender a ser pacientes y mantener la calma.

El lenguaje corporal es también muy importante, a veces más que las palabras.

*** DAR ÁNIMO:** Frente a la frustración y el dolor que ambos sientan, es importante el estímulo que se le puede brindar al familiar enfermo, por ej. ser gentil, decir palabras como: con el tratamiento, tu capacidad para comunicarte va a mejorar.

*** HABLAR EN ORACIONES CORTAS:** Los pacientes a menudo están muy confundidos, aún los que no tienen dificultad para comprender, pueden tenerla

para seguir el hilo de una conversación. Evitar conversaciones cruzadas y procurar incluir al paciente en el diálogo.

*** MANTENER LAS VISITAS CORTAS:** El ACV produce un daño, que no sólo atañe al cerebro sino al cuerpo entero. El paciente necesita descansar para poder recuperarse.

*** NO HABLARLE COMO SI FUERA UN CHICO:** Aunque el sobreviviente se encapaz de caminar o hablar no es un niño; es un adulto y se lo debe tratar como tal.

*** HAY QUE SER PACIENTE:** El cerebro ha recibido una lesión, se requiere tiempo para que esta lesión cicatrice.

*** ESTAR INFORMADO:** Solicitar información sobre la situación actual y evolución del paciente a médico y enfermeras a cargo.

*** PEDIR AYUDA:** Solicitar ayuda a familiares y amigos en caso de necesidad.

*** NO COMPARAR CASOS:** Cada ACV afecta a los pacientes de manera diferente, esto responde a diversos factores. El comparar con otro paciente generará sólo mayor confusión y depresión (Por qué el padre de ella puede hablar con claridad y el mío no?).

*** TENER SENTIDO DEL HUMOR:** A pesar de que la risa no puede curar el daño causado por el ACV, puede ayudar a enfrentar la situación actual y lo

que puede venir. Puede ayudar a reducir la ansiedad en el paciente. El hecho de hacer bromas o reírse puede hacerle sentir que las cosas no son tan graves.

*** DARSE TIEMPO:** Es casi imposible al principio, entender lo que los médicos y enfermeras dicen: ("hay que tener paciencia"). En una enfermedad con estas características, si bien hay progresos, también hay retrocesos y mesetas, en las que no se manifiestan cambios.

*** TOMARSE UN TIEMPO PARA UNO:** Debe hacer uso del tiempo libre para necesidades personales mientras el enfermo permanece internado al cuidado de los profesionales del hospital, dado que va a ser más difícil cuando el familiar regrese al hogar.

No obstante, el familiar o cuidador principal, debe procurar mantener su propio espacio y tiempo para dedicárselo a sí mismo, lo cuál le permitirá salvaguardar su salud, mantenerse íntegro y mejor para poder así, brindar una mejor contención, atención y asistencia al paciente.

El aumento de las responsabilidades que sufre con respecto al cuidado del enfermo y los cambios producidos en el diario vivir, a raíz de la irrupción del ACV, puede hacer surgir en el familiar, sentimientos de soledad y miedo. En la medida en que se logre aceptar la situación, la ayuda ofrecida y la inclusión en redes solidarias de apoyo, esos sentimientos irán desapareciendo.

Las personas que se hacen responsables del cuidado del paciente, una vez dado de alta y de regreso al hogar, son casi siempre miembros de la familia, tal como esposa / esposo – hija / hijo. También pueden ser amigos o

profesionales. La mayoría de las veces, una persona asume el rol de cuidador principal, mientras otras ayudan de tiempo en tiempo.

Es de gran importancia que el grupo familiar y más aún quien asuma como cuidador principal, tenga conocimientos acerca de la patología, que conozca cuáles son las necesidades físicas y emocionales del paciente, para poder de esta manera, brindarle una mejor ayuda, cuidado y asistencia.

Es función del equipo de profesionales, asesorar al grupo familiar sobre el estado físico y psíquico del afectado, haciéndolo partícipe del proceso evolutivo, para ubicarlo en la realidad de cada día y para hacerlo colaborar consecuentemente, con las necesidades de la rehabilitación.

Toda instrucción debe ajustarse a las condiciones de percepción de cada miembro familiar, compenetrándolo convenientemente, de las necesidades de atención que el paciente requiere y de las obligaciones y actitudes que debe asumir.

El espacio Hospital – Casa, representa uno de los mayores abismos a salvar para la integración del paciente a su medio familiar; generalmente, los obstáculos principales son: ajuste adecuado de la vivienda a las necesidades de éste y la familiarización con sus problemas personales de asistencia.

La participación activa de la familia, debe posibilitar la realización normal de tareas dentro del hogar, ubicando al paciente dentro del armazón familiar, valorando sus capacidades no afectadas y abandonando toda reacción negativista que implique un desconocimiento de la utilidad de sus funciones o mostrando una actitud de sobreprotección.

La incapacidad superada, sólo alcanzará verdadera valoración cuando se

trasluzca la independencia y para ello, el medio familiar, debe posibilitarla, aceptándola y promoviendo en el paciente la individualidad en sus funciones, superando la conciencia de sobreprotección y obligándolo a moldear su carácter para el feliz desenlace de su enfrentamiento con el mundo.

El temor a ser carga, produce un distanciamiento entre éste y su familia, ocasionando problemas. La solución reside en olvidar un poco las propias necesidades, pensar en las comunes y establecer una normalidad en todas las actividades.

La acertada comprensión familiar devuelve al enfermo su función dentro del marco del hogar, promueve su independencia y posibilita su adaptación al brindar aliento para traspasar los límites del desarrollo familiar e incursionar en todos los ámbitos del medio social.

Corresponde al círculo afectivo, integrado por el medio familiar y el núcleo de amigos del paciente, actuar como enlace entre éste y el exterior. Es por lo tanto de suma importancia la participación de este círculo afectivo en el proceso de adaptación social.

Toca a los amigos completar la acción del medio familiar en la coordinación de las actividades para ordenar la vida, promoviendo las ocupaciones que despierten energías latentes y la aplicación de sus capacidades, tanto en el terreno cultural, recreativo y / o laboral.

METODOLOGÍA DE

INTERVENCIÓN EN

"TRABAJO SOCIAL"

El Trabajo Social (T.S) es un proceso de resolución de problemas. Es el método profesional que usa el o la Asistente Social para ayudar a un individuo en algún campo social. HELEN PERLMAN en su libro "Asistencia Social" ha descrito al T.S como "Un proceso utilizado por ciertas agencias de bienestar social humano para orientar a los individuos a enfrentarse mas eficazmente con sus problemas de funcionamiento social"¹. Describe el proceso de la "asistencia social" como una transacción entre el que ayuda profesionalmente y el cliente. Consiste en una serie de operaciones para resolver problemas que se llevan a cabo dentro de relaciones satisfactorias.

El Trabajo Social contiene y se inspira en la valoración de la igualdad humana, lo que coincide con la valoración de las diferencias humanas "Lo Diferente como Diferente"². La igualdad así como la interpreta el T.S, consiste en el reconocimiento a todo ser humano del derecho a decidir su propia vida dentro de los límites de la convivencia y de la realización de su propia dignidad. Esta se asocia con el derecho que tiene todo ser humano de lograr su bienestar de acuerdo a sus posibilidades y necesidades.

El T.S considera al sujeto como un ser único, con una historia que le es propia, diferente a la de los demás, que lo apoya y lo limita. Es por esto, que rechaza la realización de un tratamiento técnico, es decir, un esquema único de intervención, colabora con quienes necesitan asistencia, asesoramiento, orientación, información, respetando su condición humana y teniendo en cuenta sus potencialidades.

¹ Diagnóstico Psicosocial y Servicios Sociales .- Pag. 183 .- (Documentación extraída del SATE).

² DI CARLO, Enrique y Equipo.-"La Comprensión como Fundamento de la investigación Profesional". Pag. 19 .- Edit, Humanitas .- Mar del Plata .- 1995 .-

El hombre es una unidad bio – psico – social – espiritual, el T.S comparte y se relaciona, en su intervención profesional, con ese todo que hace el ser persona; pero esta totalidad no constituye su objeto de acción, considerar que así fuera, implicaría tener algo así como el "Monopolio del Saber."³

El ser humano piensa y esto se caracteriza por ser el atributo esencial que lo define específicamente y está unido al ser persona.

El hombre, tanto individual como grupal y colectivamente, debe elaborar permanentemente soluciones para sus problemas.

Tal como plantean los autores del libro "La Comprensión como Fundamento de la investigación Profesional", en el capítulo 1, denominado "Comprensión y Trabajo Social", "Esta dimensión del hombre como ser pensante en debate con sus circunstancias, constituye el objeto específico del T. S."⁴

Se trata de un objeto vivo, con una historia. Es un ser racional, que piensa y actúa con intencionalidad y conforme a sus propósitos, otorgándole significación a los mismos.

La metodología mediante la cual el T.S. se relaciona con su objeto, es la **Comunicación Racional**. La meta final es la de transformar o modificar la situación encarada por medio de un diálogo reflexivo con el sujeto involucrado.

"El carácter transformador de esta comunicación, consiste en el examen racional de los condicionamientos externos que gravitan sobre la situación, de los recursos y capacidades internas del sujeto, de la justeza, pertenencia y

³ DI CARLO, Enrique y Equipo .- "La Comprensión como Fundamento de la investigación Profesional". Pag. 31 .- Edit. Humanitas .- Mar del Plata .- 1995 .-

⁴ Op. Cit. Pag. 34 .-

jerarquización de las necesidades sentidas, de la utilización más acertada, de los recursos disponibles y del orden de prioridades, aprecios y valores con que el sujeto enfoca la realidad y su propia existencia”⁵

A partir de este vínculo de comunicación racional, el profesional puede acceder a los contenidos de la situación humana, haciendo traslucir su accionar a través del compromiso con las personas para penetrar en ellas, conocer como piensan y que valores las orientan. Por otra parte, los sujetos de la relación, desarrollan un vínculo basado en la confianza con el profesional, al identificarlo como alguien con experiencia y conocimientos, dispuesto a ponerlos a su disposición con el fin de aprehender la realidad, analizarla y lograr así, mejores soluciones.

La comunicación racional, como categoría metodológica del T.S, dignifica una forma de relación profesional, a partir de la cual conocer y comprender objetivamente la realidad.

“El verdadero vínculo profesional se gana en el esfuerzo realizado en común con las personas, para descubrir – desde la subjetividad manifestada por los sujetos y propia de la situación humana a transformar - los contenidos objetivos, planteando problemas y estableciendo hipótesis que favorezcan la apropiación de ese conocimiento. En realidad lo que une al sujeto con el objeto, es la búsqueda de la objetividad del conocimiento”⁶

⁵ DI CARLO, Enrique y Equipo .- “La Comprensión como Fundamento de la investigación Profesional”. Pag. 38 .- Edit. Humanitas .- Mar del Plata .- 1995 .-

⁶ DI CARLO, Enrique y Equipo .- “T. S Profesional: El Método de la Comunicación Racional” .- Pag. 140.- Edit. Humanitas .- Mar del Plata .- 1996 .-

TRABAJO SOCIAL – VEJEZ - REHABILITACIÓN

El propósito del T. S es lograr mejorar el funcionamiento del sujeto en relación con el medio que lo circunda.

Los ancianos se enfrentan a una serie de situaciones y / o problemas para los cuales la intervención profesional puede ser efectiva. Entre estas situaciones están: * la salida de los hijos del hogar;

- * Pérdida de familiares y amigos por muerte;
- * Presencia de limitaciones físicas o enfermedades;
- * Retiro de la vida productiva;
- * Pérdida de hogar o posesiones personales que pueden provocar un cambio de residencia;
- * Abandono por parte de la familia;
- * Sentimiento de soledad.

Cualquiera de estos factores o la combinación de ellos, pueden afectar la independencia – autoimagen – confianza y sentido de auto-respeto.

La acción del T.S puede ir dirigida al individuo y / o su familia y / o comunidad; no obstante, la primera prioridad debe estar encaminada a mantener al anciano ,al máximo, dentro de su comunidad (aumentando su autoestima – confianza – autonomía – etc.).

Para conservar la salud e impedir el desarrollo y la propagación de las enfermedades es necesario cumplir distintas acciones sanitarias, las cuales son: **Acciones de Promoción y Prevención en sus tres niveles (Primaria – Secundaria – Terciaria).**

***ACCIONES DE PROMOCIÓN:** Se basan en una función educadora, que crea una conciencia sanitaria. Tienen como finalidad aumentar los conocimientos sobre las enfermedades para poder prevenirlas. Para su logro se utilizan los diversos medios de difusión masiva (publicaciones periodísticas - cine – T.V - radio – carteles callejeros), las escuelas – fábricas – los talleres – etc.

Además de la educación sanitaria, se puede mencionar como acción de promoción de la salud la higiene individual (aseo corporal – cuidado de los órganos y sus funciones – salud física y mental). Una correcta alimentación y una buena distribución del tiempo libre.

*** PRIMARIA:** Apunta a detener o prevenir algo, de manera tal que le reste efectividad (ej. brindar asesoramiento y contención a cuidador de paciente con ACV para prevenir el stress y agotamiento que tal crisis genera).

*** SECUNDARIA:** Dirigida a controlar una situación o problema existente (por.ej. brindar un espacio grupal para paciente y familiar, para compartir y reflexionar sobre la situación generada a partir de la irrupción del ACV).

*** TERCIARIA:** Pretende disminuir los efectos de una incapacidad y ayudar al individuo a recuperar su funcionamiento (por ej. estimular y motivar al paciente con ACV para iniciar su proceso de rehabilitación).

A partir de la rehabilitación se pretende que el paciente pueda lograr su reinserción social de la forma más autónoma e independiente posible, en este proceso el Trabajador/a Social cumple un rol protagónico.

El Trabajador Social intenta específicamente, comprender los sentimientos

del paciente sobre su incapacidad y la naturaleza de sus motivaciones al requerir los servicios de rehabilitación. Es esencial determinar cómo se enfrenta el paciente con sus limitaciones físicas, cómo se ha adaptado a las situaciones de stress previas y qué significa la situación actual para él. Es importante aclarar la situación familiar, incluyendo la reacción familiar al paciente y a su incapacidad. También es fundamental conocer los recursos con los que cuenta la familia y el impacto de la incapacidad del paciente sobre el funcionamiento de la misma.

La cantidad y tipo de ayuda que se necesite, dependerá en parte de lo radical que sea el efecto de la enfermedad o la incapacidad sobre el paciente y su situación. La capacidad que manifieste el mismo para comprender, enfrentarse y adaptarse a esta crisis que implica la aparición brusca de una enfermedad como es el ACV; y la disponibilidad que muestre para superarla, respondiendo positivamente o no al proceso de rehabilitación, lo que dependerá de su personalidad, nivel de maduración y capacidad de adaptabilidad y superación de situaciones conflictivas a lo largo de su historia de vida.

Con frecuencia se le solicita a la Trabajadora Social que le de ánimo y le ayude al paciente a clarificar la situación para poder comprenderla. A veces, un stress interno interfiere en esto. La Trabajadora Social, mediante medidas de apoyo, puede reducir la sensación de amenaza, lo cuál puede facilitar la actuación del paciente en el tratamiento y por consiguiente, puede facilitar la recuperación.

La intervención el Trabajador Social, no sólo apunta o está dirigida al paciente, sino también a la familia a la que pertenece, la que muchas veces,

necesita una ayuda mayor. De hecho, en cada situación en la que el paciente forma parte de una familia, se deben considerar a ambos como una unidad.

La familia, y fundamentalmente quien asuma el rol de cuidador principal, necesita estar contenido e informado, necesita contar con un espacio en el cuál se sienta escuchado y donde pueda desahogarse, evacuar sus dudas y temores .

Contar con un espacio con estas características, es necesario y muy importante para el cuidador, puesto que es común que éste, deje de cuidarse a sí mismo por cuidar al paciente, considerándolo como prioridad, y lo que debe tener claro es que para poder cuidar del paciente, debe él estar sano. La Trabajadora Social cumple un rol protagónico también y básicamente, en este aspecto.

Teniendo en cuenta que el presente trabajo de investigación lo constituye la sistematización de una experiencia (ver introducción), a continuación se desarrollará el Programa de Rehabilitación para pacientes con ACV Crónico, llevado a cabo por los profesionales del SATE, detallando el rol desempeñado por la Trabajadora Social del Servicio.

PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PARA

PACIENTES CON A.C.V CRÓNICO

El Servicio de Atención de la Tercera Edad del Hospital Privado de Comunidad persigue los siguientes objetivos:

- * *PRIMARIA*: Promoción y prevención.
- * *SECUNDARIA*: Tratamiento.
- * *TERCIARIA*: Rehabilitación de enfermos crónicos.

En la patología que ocupa el interés de esta investigación (A.C.V), en el SATE se intenta cumplir con los tres niveles, para recuperar al paciente integralmente (bio - psico - social) y posibilitar su reinserción en la comunidad. El ACV es una patología frecuente en el anciano pero mundialmente, se observa una disminución de la tasa de mortalidad del mismo en las últimas décadas, atribuible a la profilaxis en medicina. Hay dos observaciones interesantes: 1.- la disminución en la morbilidad por A.C.V, dada la detección temprana y corrección de factores de riesgo (hipertensión arterial - enfermedades cardiovasculares - alteraciones metabólicas como obesidad y diabetes - tabaquismo y alcoholismo) y 2.- disminución en la tasa de mortalidad por A.C.V por el avance de métodos diagnósticos y tratamiento en la etapa aguda.

La rehabilitación debe comenzar al lado de la cama del enfermo dado que de la rehabilitación favorece el ahorro de prestaciones en otras áreas) y el beneficioso para el paciente que logra mejorar su calidad de vida.

La filosofía de trabajo de S.A.T.E, respeta y utiliza el concepto que plantea la OMS de **Rehabilitación**, como así también los demás términos definidos por tal organización (ver vejez – discapacidad – familia).

La responsabilidad específica de un rehabilitador consiste en:

- 1.- Asegurar un diagnóstico certero de la causa de la incapacidad;
- 2.- Establecer un pronóstico y explicar sus implicancias al paciente y sus familiares;
- 3.- Establecer los mecanismos de evaluación;
- 4.- Proponer un proyecto de rehabilitación que debe ser negociada más que impuesta;
- 5.- Re-evaluación para observar las respuestas luego de la aplicación del estímulo y detectar si los objetivos, previamente fijados, se ha cumplido o hay que variar la marcha del mismo.

El Programa de Rehabilitación para pacientes con ACV crónico , brinda una asistencia integral (bio – psico – social) en forma grupal y con un abordaje interdisciplinario, tendiente a implementar una acción terapéutica. La importancia de esta metodología radica en el beneficio que reciben los pacientes al permitirles un mejor conocimiento y aceptación de sus propias limitaciones y un afianzamiento positivo de su personalidad.

Intenta tratamientos que tienden a favorecer la autonomía y fortalecer redes vinculares o sociales, evitando la institucionalización y manteniendo niveles óptimos de calidad de vida en el medio ambiente.

Se trabaja con las siguientes disciplinas: Kinesiología – Terapia Ocupacional - Psicología – Enfermería – Servicio Social – Clínica Médica.

Los pacientes acceden al servicio por derivación de un profesional del Hospital Privado de Comunidad o en forma espontánea. Cabe destacar que para su ingreso, el paciente debe haber logrado la bipedestación con o sin asistencia.

Previo al tratamiento se realiza una evaluación integral (bio – psico – social) al paciente, la cual es realizada de acuerdo a protocolos pre – establecidos para obtener un diagnóstico.

Criterios excluyentes de ingreso al programa

- 1.- ACV con pierna espástica en flexión;
- 2.- ACV con diagnóstico de demencia senil;
- 3.- ACV con incontinencia fecal;
- 4.- ACV con amaurosis o visión tubular;
- 5.- ACV con hemiplejía bilateral;
- 6.- Pacientes psicóticos no compensados.

Son para el SATE criterios excluyentes relativos y no absolutos

- 1.- ACV con Parkinson moderado o grave;
- 2.- ACV con reemplazo total de cadera del lado no pléjico;
- 3.- ACV con secuela de afasia a predominio de comprensión;
- 4.- ACV con ausencia de familiar o cuidador.

Estos casos merecen especial tratamiento y análisis. Son previamente discutidos en reunión de equipo.

Cada uno de los profesionales que componen el equipo interdisciplinario, trabaja para cumplir los objetivos específicos de su profesión, pero sin olvidar el

objetivo primordial del proceso de rehabilitación, que consiste en intentar mejorar la calidad de vida del hombre, y lograr la mayor independencia bio – psico – social del enfermo y la familia.

La duración total del Programa de Rehabilitación es de seis meses, llevándose a cabo en dos etapas:

*** PRIMERA ETAPA:** De tres meses de duración. Es en esta etapa donde se da más énfasis a la educación, contención psicológica y Trabajo Social.

Las areas que intervienen son: * Kinesiología

* Terapia Ocupacional

* Psicología

* Servicio Social (Asambleas – Grupos de Reflexión con familiares).

También en esta etapa, se realiza una Asamblea Semanal, a la cuál asisten los pacientes acompañados por algún familiar o cuidador.

La Asamblea está coordinada por la Trabajadora Social – la Psicóloga – la Terapeuta Ocupacional – la Médica.

Es informativa – formativa y terapéutica, siendo sus objetivos:

- * Integración al tratamiento;
- * Optimizar relaciones interpersonales;
- * Reconocer capacidades y limitaciones;
- * Educación.

SEGUNDA ETAPA: La misma consta de dos momentos:

1.- Trabajo Intramuro: Dura un mes. Se comienza a

trabajar la adaptación funcional y las barreras arquitectónicas, urbanísticas y biológicas, dentro del área.

Las áreas que intervienen son: * Kinesiología;

* Terapia Ocupacional;

* Psicología.

2.- Trabajo Extramuro: Dura dos meses. En esta etapa se trabaja en la vía pública:

* Soportes y barreras ambientales;

* Utilización de recursos comunitarios;

* Integración e interacción grupal y social.

Las áreas que intervienen son: * Kinesiología;

* Terapia Ocupacional;

* Psicología.

ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO

JEAN PIAGET define por **Interdisciplinariedad** a la asociación entre disciplinas, donde la cooperación entre varias disciplinas lleva a interacciones reales: es decir, hay una verdadera reciprocidad en los intercambios y por consiguiente, enriquecimientos mutuos.

Es fundamentalmente un proceso y una filosofía de trabajo. No obstante, no es solo un planteamiento teórico, es ante todo una práctica.

Su perfectibilidad se lleva a cabo en la práctica, en la medida en que se hacen experiencias reales de trabajo en equipo, se ejercitan sus posibilidades, problemas y limitaciones.

ERICH JANTSCH plantea que la interdisciplinariedad implica una voluntad y un compromiso de elaborar un marco más general, en el que cada una de las disciplinas en contacto, son a la vez modificadas y pasan a depender claramente unas de otras. Aquí se establece una interacción entre dos o más disciplinas, lo que dará como resultado una intercomunicación y un enriquecimiento mutuo, y en consecuencia, una transformación de sus metodologías de investigación, una modificación de conceptos, de terminologías fundamentales, etc..

Se acostumbra a asociar la interdisciplinariedad con el desarrollo de ciertos rasgos de personalidad tales como: flexibilidad – confianza – paciencia – intuición – pensamiento divergente - capacidad de adaptación – sensibilidad hacia las demás personas – aceptación de riesgos – aprender a moverse en la diversidad – a aceptar nuevos roles – etc..

En cualquier trabajo interdisciplinario, existen algunos pasos que, con

flexibilidad, suelen estar presentes:

1.- a) Definir el problema (interrogante – tópico – cuestión).

b) Determinar los conocimientos necesarios, así como los modelos más relevantes, tradicionales y bibliografía.

c) Desarrollar un marco integrador y las cuestiones correspondientes que deben ser investigadas.

2.- a) Especificar un marco integrador y las cuestiones correspondientes que deben ser investigadas.

b) Reunir todos los conocimientos actuales y buscar nueva información.

c) Resolver los conflictos entre las diferentes disciplinas implicadas, tratando de trabajar con un vocabulario común y en equipo.

d) Construir y mantener la comunicación a través de técnicas integradoras (encuentros y puestas en común – interacciones frecuentes – etc.).

3. a) Cotejar todas las aportaciones y evaluar su adecuación, relevancia y adaptabilidad.

ABORDAJE GRUPAL

Un grupo es un medio ad hoc, que se crea artificialmente, sobre la base de encuentros pautados y en el que varias personas interaccionan, se comunican y comparten normas.

Es una estructura que emerge de la interacción y produce cambios en los individuos. Son muchos los factores que regulan al grupo (lugar – duración – integrantes – coordinador – horario – etc.) y que dependen unos de otros. Dichos factores constituyen el **Encuadre** y actúan a manera de norma arbitraria y autoritaria. Terapeuta y pacientes se instalan así en un **espacio – tiempo**, siendo el encuadre el organizador de los encuentros; y el objetivo a cumplir, el **polo estructurante**.

Esto servirá para: * Detectar situaciones patológicas.

* Producir cambios en la estructuración de la personalidad.

* Facilitar la articulación del mundo individualizante y el campo sociocultural.

* Adquirir un adecuado nivel de autonomía.

* Facilitar la toma de conciencia de que el paciente es parte y promotor del proceso grupal.

Como resultado de un complejo proceso estructurante, en el que los miembros del grupo son simultáneamente sujeto y objeto de dicha organización, se establece la **configuración grupal**. La misma permite ver en acción, en la situación presente, como vive, siente y se conduce cada uno; sus posibilidades y limitaciones, su identidad, mucho más que lo que cada uno puede contar de sí mismo.

Al utilizar el grupo como medio de abordaje terapéutico, se propicia el logro de una "adaptación activa a la realidad", caracterizada por el hecho de poder asumir nuevos roles, y abandonar algunos de los roles anteriores, inadecuados, para la situación en el aquí y ahora.

Cuando una persona comprende e internaliza lo que es la adaptación activa a la realidad, adquiere un nuevo estilo de vida, por el cuál la persona es modificada por el ambiente, pero a su vez, ella también lo transforma.

ASAMBLEA

Es el lugar de encuentro de paciente, la familia y el equipo profesional.

Se realiza durante el transcurso de las dos etapas del tratamiento; en la primera etapa que dura tres meses, se efectúa una asamblea por semana, cuya duración es de sesenta minutos.

La asamblea tiene un abordaje grupal y terapéutico. Está coordinada por la Psicóloga, la Trabajadora Social como coterapeuta participante, e intervienen la terapeuta ocupacional, la médica, como así también suelen brindar su participación y colaboración Kinesiólogo y Enfermera.

En la misma los profesionales tienen como metas:

- * Brindar información sobre la enfermedad;
- * Lograr que el paciente obtenga mayor independencia en las A.V.D.
(actividades de la vida diaria : vestirse – comer);
- * Aceptación del esquema corporal;
- * Búsqueda de proyectos de vida;
- * Fortalecimiento de vínculos.

En el primer encuentro, se realiza la presentación de todos los actores sociales del programa y las normas que regirán para el cumplimiento del mismo (formalización de la tarea).

En los encuentros posteriores, se estimula la participación de los actores en la dinámica grupal, con el fin de cumplimentar los objetivos propuestos. Se favorecen los logros obtenidos y se estimula la lucha por el compromiso activo en la rehabilitación.

En base a lo observado en las reuniones (las dificultades que presentan los

pacientes para lograr independizarse en las A. V. D., ya sea por limitaciones físico - funcionales, del entorno y / o vincular: sobreprotección – abandono – desvalorización), surge la inquietud de elaborar una guía práctica, para ser distribuída entre los pacientes y su familia, cuyo objetivo es colaborar en la organización y difusión de los realizado en los diferentes tratamientos y fundamentalmente como aplicarlo en el hogar, para promover la mayor independencia y por lo tanto mejorar la calidad de vida.

La misma consta de las siguientes secciones:

1.- A.C.V. Definición. Factores de riesgo. Medidas de prevención.

2.- Enfoque social de la enfermedad.

3.- Ejercicios y recomendaciones.

4.- Autonomía:

* Técnicas y adaptaciones para el hogar y / o uso personal.

* Recomendaciones nutricionales para pacientes

hipertensos.

OBJETIVOS DEL SERVICIO SOCIAL EN EL
PROGRAMA DE REHABILITACIÓN DE ACV EN
ADULTOS MAYORES

Objetivos Específicos:

- Brindar información sobre patología que originó el ACV.
- Estimular el autocuidado.
- Estimular la construcción de objetivos vitales acordes a la limitación física.
- Lograr un reacomodamiento en los roles de la dinámica familiar y social.
- Favorecer la función social.
- Desarrollar una relación interfamiliar de "Dependencia Interdependencia".
- Orientar en la utilización de recursos de apoyo.

ABORDAJE TERAPÉUTICO DESDE SERVICIO SOCIAL

El abordaje del Trabajador Social en este servicio, se divide en dos vertientes:

INTERNA: Es el espacio de encuentro con el equipo interdisciplinario, donde se plantean y discuten los casos problema, se observa la marcha del programa y la evaluación de cada paciente.

Es responsabilidad del Trabajador Social recoger información (diagnóstico Psicosocial) y realizar esta afirmación de modo que se pueda ayudar al resto del equipo rehabilitador a centrar el efecto de la discapacidad del paciente y su situación, como así también, el efecto del paciente y su situación sobre la discapacidad.

EXTERNA: Dirigido a los pacientes y a la comunidad. El objetivo general es lograr la articulación de los recursos y los actores sociales; evitar la soledad y el aislamiento a través del fortalecimiento de estos recursos y crear o emplear nuevos recursos para su propio aprovechamiento.

Interviene realizando un diagnóstico situacional, a través de entrevistas profundas, realizadas normalmente en consultorio, y en domicilio, en caso de ser necesario profundizar la información recibida.

La entrevista está sistematizada en las siguientes variables:

- * Poder de adaptabilidad ante las crisis vitales.
- * Diferenciación de roles asumidos dentro de la interacción familiar a lo largo de su historia.

* Disposición al placer.

* Tipos de redes – componentes – forma de vincularse y comunicarse.

Haciendo hincapié en los cambios producidos por el ACV, formas de relacionarse con el medio y su grupo familiar, proyectos que poseen, utilización de tiempo libre, información sobre la enfermedad.

Estos datos ofrecen los elementos necesarios para realizar la interpretación de datos (*diagnóstico*) e identificar los riesgos sociales, que se ha clasificado en: * Soledad.

* Aislamiento.

* Migración reciente.

* Duelo.

* Falta de objetivo vital.

* Vulnerabilidad económica.

* Handicap.

Conformado el grupo, la intervención de Servicio Social consiste en:

SERVICIO SOCIAL		
Paciente	Familiares	Atención Comunitaria
Asamblea	Grupo de Reflexión	Centro Periférico (C. E. R. A. M.)
<p>* Autonomía del Familiar y Paciente.</p> <p>* Identificación de nuevos roles.</p> <p>* Influencia del Familiar o cuidador en la rehabilitación.</p>		

El Trabajador Social incluye al paciente y familiar en objetivos definidos de corto y largo plazo, fijando prioridades para estos objetivos y acordando sobre medidas para su logro. Los objetivos y las prioridades se consideran como algo dinámico y pueden alterarse en respuesta a intereses que surgen durante el curso de la rehabilitación, por lo cual son un reflejo de las vicisitudes de la vida cotidiana, con discapacidad o sin ella, y está en estrecha relación con la planificación en el diagnóstico de la situación deseada.

ASAMBLEA

Aquí el Trabajador Social interviene como coterapeuta, en una actitud educadora y facilitadora.

Se inicia un proceso educativo para facilitar la realización de las tareas sociales que se dirigen hacia la resolución de problemas coyunturales que afectan o que son afectados por la discapacidad; hacia la preservación de la integridad de la unidad familiar, hacia el planteamiento de la continuidad de la atención de las necesidades y hacia la comprensión de los impactos de los sistemas culturales de cada uno, con una respuesta personal a la discapacidad y sus implicancias.

GRUPO DE REFLEXIÓN CON FAMILIARES

La intervención profesional con familiares se efectúa a nivel grupal, desde un modelo Participativo, donde los actores sociales son los hacedores de sus logros en el proceso de rehabilitación, y desde una perspectiva reticular.

Los objetivos que allí se persiguen son:

* Lograr el reacomodamiento de los roles en la interacción familiar.

* Favorecer la autonomía del familiar.

* Estimular al paciente en la rehabilitación.

ROBERTA GREENE, propone un modelo de abordaje para la familia cuyas teorías son utilizadas por la Lic. En Servicio Social en su trabajo con los familiares de los pacientes con ACV que concurren al tratamiento.

1.- **TEORÍA DE LOS ROLES:** Los patrones de comportamiento, según se relacionan a la posición social y la unión entre la identidad personal y la identidad social.

2.- **TEORÍA DE SISTEMA:** La visión de la familia como sistema dinámico y la importancia de otros sistemas sociales a todos los niveles.

3.- **TEORÍA DE COMUNICACIÓN:** La importancia de los patrones de comunicación familiar como vía de organización, y la organización como medio de llevar necesidades.

4.- **TEORÍA DE DESARROLLO FAMILIAR:** El desarrollo histórico de la familia como instrumento de ponderación y las tareas de desarrollo de la familia como crisis normales.

En este modelo, la interdependencia de los miembros de la familia y la naturaleza de la estructura y organización familiar son conceptos básicos.

Estos elementos permiten, en el grupo de reflexión, identificarlos – clarificarlos y establecer metas para lograr un reacomodamiento y una relación de

"dependencia – interdependencia".

Estos encuentros y la dinámica de los mismos, depende fundamentalmente, de la forma en que se establezca la comunicación entre los integrantes del grupo, de la empatía existente y de la particularidad de cada caso. El Trabajador Social tendrá que buscar estrategias para que en este espacio aparezcan las situaciones observadas en el diagnóstico situacional, que requieran de una actitud transformadora de los integrantes comprometidos en la rehabilitación del paciente, para poder llegar a la situación deseada.

Tanto aquí como en las asambleas, el Trabajador Social, actúa como **educador y facilitador**. Como **educador**, participa en la enseñanza a los pacientes y familiares sobre la naturaleza de ciertas deficiencias específicas y de sus implicaciones. Esto se realiza como una enseñanza formal o presentándose concientemente como modelo de actitudes y conductas de adaptación, comprometiendo a los pacientes y a sus familiares, a ir más allá de la aceptación de la discapacidad como una amenaza y una pérdida, para encuadrar la experiencia como un desafío.

Como **facilitador**, busca la participación de todos los integrantes del grupo, la posibilidad de que expresen sus necesidades, temores, inquietudes, logros, tratando de favorecer estos últimos; como también colabora en la elaboración de estrategias que permitan mejorar la calidad de vida.

Por lo tanto, el Trabajador Social, permanece como consultor y como un referente, para los pacientes y su familia, evacuando dudas, proporcionando asesoramiento, información y acceso a los servicios de derivación, y colabora interdisciplinariamente y en los diversos servicios, para efectuar las

transiciones de un medio a otro, con la menor desorganización posible.

ARTICULACIÓN COMUNITARIA

El trabajo de articulación comunitaria que realiza el Trabajador Social, se basa en el estudio y análisis de los recursos que la comunidad brinda a este sector etéreo con el fin de favorecer su interacción. Con estos elementos reunidos, se realiza la tarea de articulación, funcionando el Trabajador Social, como un operador social, por lo tanto, su rol consiste en conectar al paciente con los sistemas informales de la comunidad, o recrear nuevos sistemas informales o de apoyo.

Con estas características se generan espacios como el "Centro de Encuentro y Rehabilitación para Adultos Mayores" (C. E. R. A. M.).

Este centro surge ante la inexistencia, en la comunidad, de organismos que contemplen la rehabilitación para discapacitados crónicos mayores, brindando elementos para continuar con dicha rehabilitación y estimular también la socialización.

Dicha institución está organizada con su propio estatuto, y tiene personería Jurídica. Cuenta con una comisión directiva conformada por pacientes y familiares, y con una comisión científica asesora, integrada por profesionales de la salud.

El plantel profesional está conformado por una Terapeuta Ocupacional, Kinesiólogo, Asistente Social, Mucama y Profesor de Plástica.

Se brinda charlas sobre educación para la salud para los socios y para la comunidad, desarrollando una importante tarea de difusión dentro de la misma.

Concurren a este centro, discapacitados de la tercera edad, de toda la comunidad marplatense, con una frecuencia de tres encuentros semanales, de dos horas de duración cada uno.

ASPECTO METODOLÓGICO

TIPO DE INVESTIGACION

Para efectuar el estudio de campo, es decir, para realizar las entrevistas a pacientes y familiares, se empleó una investigación de tipo **Exploratorio**; a fin de lograr una aproximación a una visión global con respecto a la dinámica familiar pre ACV / STROKE / ICTUS, como así también con respecto a los cambios y crisis producidos en ella a partir de la irrupción del mismo.

En cuanto a la metodología, la misma fue **Cualitativa**; ésta proporciona una descripción íntima de la vida social del sujeto al tomar en cuenta los diferentes puntos de vista, como palabras y conductas de los actores involucrados.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

El objeto de estudio estuvo constituido por los pacientes con ACV que concurren al Servicio de Atención Tercera Edad.

Se seleccionó de manera intencional una muestra de quince personas (10 pacientes y 5 familiares), cabe destacar que se tomó el grupo completo y desde el inicio del tratamiento.

Si bien en un primer momento se planteó que esta muestra estaría conformada por 10 pacientes y 10 familiares (esto responde a que el número promedio ingresante por grupo al tratamiento de rehabilitación, raramente supera esa cantidad), el número de familiares presentes se vio reducido por distintos motivos, tales como sanitario – laboral – geográfico.

Por otra parte, cabe destacar que se planteó un único caso en el cual el paciente era acompañado por un cuidador profesional; el mismo no fue

entrevistado debido a que se resistió totalmente a la propuesta de quienes suscriben.

TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Las técnicas de recolección de datos empleadas fueron las siguientes:

- * Análisis bibliográfico y documental.
- * Entrevista a informante calificado del SATE Licenciada Cristina Alvarez. Se evaluó que, dado que una de las autoras de esta tesis vivenció el desenvolvimiento del Tratamiento llevado a cabo por el Programa y la intervención de la Trabajadora Social en el mismo. De este modo, se obtuvo la información necesaria acerca del rol de este profesional en el Servicio y puntualmente con pacientes con ACV y familia.

No obstante, las alumnas han mantenido supervisiones periódicas con la Lic. a fin de clarificar aspectos del tratamiento y puntualmente de la intervención del Trabajador Social, como miembro del equipo interdisciplinario; como también evacuar dudas y plantear interrogantes.

- * Observación de la entrevista de admisión de los pacientes con ACV crónico para ingresar al Programa de Rehabilitación que se desarrolla en SATE desde el Servicio Social: De la misma manera que lo expuesto en el párrafo anterior, las entrevistas fueron observadas en un período anterior por una de las suscriptoras. Las entrevistas observadas correspondieron a 10 pacientes ingresantes.

- * Entrevista semi – estructurada a pacientes con ACV: Se realizaron un total de 10 entrevistas.

* Entrevista semi – estructurada a familiares de pacientes con ACV: se efectuaron 5 entrevistas.

Si bien en un principio, las entrevistas iban a efectuarse durante el período de admisión al Programa de ACV, en el transcurso de la investigación se consideró que se podrían obtener mejores resultados si las mismas se realizaban una vez ingresados al servicio y puntualmente al tratamiento.

Ante la autorización de la jefa del SATE y del personal de la institución para que las alumnas formen parte como observadoras participantes en las Asambleas, se evaluó que esta posibilidad constituiría un medio de acercamiento como también la posibilidad de establecer cierto vínculo con los presentes y así lograr una mejor predisposición de ambas partes (alumnas – pacientes/familiares),factor de importancia para enriquecer el diálogo y así obtener la información necesaria para cumplir con los objetivos del presente trabajo.

Dichas entrevistas se realizaron en las instalaciones del Servicio Atención Tercera Edad durante los meses de Mayo – Junio y Julio. Su duración era aproximadamente de 40 minutos.

Se concurría al SATE una vez por semana (día de Asamblea), con cita preestablecida. Tras culminar la sesión, las alumnas entrevistaban a pacientes y / o familiares correspondientes a ese día.

Teniendo en cuenta que por diferentes motivos, a lo largo de los tres meses que dura la primera etapa del tratamiento, la Asamblea no se efectuó y que en otros casos no se pudo pactar un encuentro con anterioridad, es que el promedio de entrevistados por semana era de dos.

Para la realización de las entrevistas, se diseñó un protocolo guía, a tal efecto se seleccionaron y operacionalizaron una serie de variables en relación al marco teórico y a los objetivos específicos planteados.

La implementación de dichas entrevistas proporcionó una visión acerca de la desacomodación y crisis generada por la irrupción del STROKE y en relación a la situación o dinámica familiar previa al mismo: roles, sentimientos y aspecto labóral y económico.

La información requerida fue recavada a través de entrevistas semi – estructuradas y dirigidas, confeccionadas en base a un listado de preguntas elaboradas con anterioridad, a fin de facilitar la comprensión y respuesta de los entrevistados. Así mismo, a las alumnas les permitió obtener mayor precisión en el análisis y sistematización de los datos. Esto permitió obtener una respuesta con respecto a la temática que motivó la presente investigación; es decir, al rol del Trabajador Social como profesional de la salud en su función de educador, facilitador de medidas de apoyo para reducir la sensación de amenaza e incertidumbre, en busca, junto con el equipo de trabajo, de que paciente y familiar puedan lograr una mejor adaptación y superación de la situación que vivencian.

A continuación se expone el protocolo – guía empleado para la realización de las entrevistas semi – estructuradas a pacientes y familiares:

NOMBRE:

EDAD:

ESTADO CIVIL:

SITUACIÓN LABORAL

1.- A lo largo de su Historia de Vida se desempeñó laboralmente? – A qué edad comenzó a trabajar?

2.- Siempre realizó el mismo trabajo? SÍ - NO

Si la respuesta es NO

Qué otra actividad realizó?

Cuántas horas por día trabajaba?

3.- Se jubiló? SÍ - NO

Si la respuesta es SÍ

Fue como consecuencia del ACV o su jubilación fue antes?

4.- Actualmente, realiza alguna actividad laboral? SÍ - NO

Si la respuesta es SÍ

Que actividad realiza?

Cuántas horas trabaja por día?

CAMBIOS ANÍMICOS A PARTIR DEL ACV

1.- A habido cambios en su estado anímico a partir del ACV ?

Se siente triste – angustiado – molesto ?

En que situaciones se manifiestan estos sentimientos ?

2.- Siente satisfacción ante los logros obtenidos?

RELACIONES FAMILIARES

1.- Debió modificar su lugar de residencia o cambió de domicilio a partir del ACV?

2.- Cómo es la relación con su grupo familiar o familiar?

Esta relación sufrió modificaciones a partir del ACV?

3.- Se siente contenido y apoyado por su grupo familiar?

En cuanto a los familiares: Comparte el cuidado con otro familiar o cuidador?

En relación al paciente: Recibe de ellos el cuidado y la atención que necesita?

Se siente contenido y escuchado?

Se siente dependiente de su familiar?

6.- Para el paciente: Participa en las decisiones del hogar?

Siempre fue así?

RELACIONES SOCIALES

1.- Antes del ACV solí reunirse con familiares y amigos no convivientes?

Con que frecuencia?

2.- Actualmente continúa haciéndolo?

Con que frecuencia?

3.- Esto afecta su estado anímico?

4.- Tiene con quién hablar y a quién confiar sus preocupaciones y problemas?

5.- Ud. siente que se ha alejado de su entorno social a partir de la irrupción del ACV?

RELACIONES CON EL MEDIO

1.- Antes de la aparición de la enfermedad solía realizar actividades placenteras?

Cuáles?

Con que frecuencia?

2.- Todavía participa de esas actividades?

3.- Siente la necesidad de realizar alguna actividad placentera?

Cuál?

* Observación de los grupos conformados por paciente y familiar (Asamblea) y elaboración de crónicas con el fin de obtener una visión acerca de la interacción, participación y modificación, tanto del paciente como familiar, a lo largo de la primera etapa del tratamiento.

Con el fin de obtener información acerca de la evolución de pacientes y familiares en el Proceso de Rehabilitación para pacientes con ACV Crónico se efectuaron ocho (8) crónicas de las nueve (9) Asambleas llevadas a cabo durante los meses de Mayo – Junio – Julio de 1999.

Las crónicas se tomaron durante el desarrollo de cada Asamblea desarrollada en el espacio físico del Servicio. Su duración era de 60 minutos (tiempo de duración de la Asamblea).

Teniendo en cuenta la importancia de la intervención del Trabajador Social en el proceso de rehabilitación, como así también la importancia de la participación de su grupo familiar, se procedió a la elaboración de posibles pautas de intervención profesional desde el Trabajo Social.

ANÁLISIS DE DATOS

Se analizaron los datos obtenidos mediante una metodología cualitativa, a partir de la descripción e interpretación de los datos recogidos de las entrevistas realizadas, marcando diferencias y semejanzas y analizando los casos discrepantes.



SITUACIÓN LABORAL

Pacientes:

Se considera importante este eje temático porque el ACV es un enfermedad discapacitante, que provoca generalmente en quien la sufre limitaciones físicas, lo que trae como consecuencia dificultades para realizar actividades laborales tal como las desempeñaba antes de la irrupción del mismo. Por otro lado, también se modifica notablemente la dinámica familiar, en cuanto a horarios, sobrecarga, entre otros.

Del total de los pacientes entrevistados, ocho (8) migraron hacia la ciudad de Mar del Plata en busca de trabajo. Hasta hoy dicha ciudad se caracteriza por poseer habitantes que pertenecen a la zona de influencia de la misma. En aquella época Mar del Plata ofrecía una amplia gama de servicios y oportunidades laborales.

Cabe destacar que los diez (10) pacientes entrevistados se iniciaron laboralmente desde muy jóvenes y en la mayoría de los casos con su familia en actividades vinculadas con el campo.

"... Uh, trabajé desde los 7 años....sí, en el campo..."

(Teodora)

"...Comencé a los 14 años, con mi padre en el campo, trabajando en el tambo. Me levantaba temprano, con frío o calor, era cansador pero lindo..."

(Edith)

A partir de la información obtenida, recientemente descripta, se infiere que el motivo por el cual se iniciaban tempranamente en actividades laborales, responde a que pertenecían a familias numerosas en muchos casos, donde todos colaboraban con sus padres en actividades relacionadas con el campo, incrementando así la economía familiar.

Teniendo en cuenta la situación económica de dichas familias, las oportunidades de obtener otros trabajos fuera de este ámbito o de acceder a estudios superiores, eran casi nulos.

**“...Trabajé desde muy chico, tenía que ayudar a la familia...
trabajé en el campo hasta los 20 años...”**

(Ezequiel)

El trabajo es una importante fuente de dignificación para el hombre. A partir de ella, se logra la independencia económica y por ende la motivación necesaria para abrir, desde sus propios deseos, espacios de realización personal.

Cuatro pacientes se vieron obligados a jubilarse como consecuencia del ACV.

Si bien la jubilación debiera constituir un premio por años de trabajo, hoy no alcanza a cubrir las necesidades, colocando a los ancianos en una situación de carencia o dependencia económica. Esta situación se agrava aún más, en los casos en que una enfermedad discapacitante, obliga a quien la padece a retirarse de su actividad laboral.

"... no podía andar por las alturas, ni hacer fuerza, pero si hubiera sido por mí, seguía trabajando, pero la Doctora me dijo que era serio..."

(Hector)

Mientras que de los seis restantes, cuatro se habían jubilado años antes de la aparición de la patología. No obstante, tales pacientes sufrieron cambios en cuanto a las actividades que desempeñaban, ninguno de ellos pudo continuar realizando las tareas que llevaban adelante en sus casas de la misma manera que antes, y en algunos casos se vieron obligados a abandonarlas.

"...Actualmente, no realizo ninguna actividad laboral... hacía cosas en mi casa como cortar pasto, hacer arreglos... ahora no puedo por la dificultad que tengo a partir del ACV, porque tengo que movilizarme con bastón..."

(Alfredo)

"...Me gusta arreglar el jardín, pintar....Ahora corto el pasto y pinto en la medida que puedo..."

(Emilio)

En cuanto a las otras dos pacientes, una debió abandonar su trabajo hallándose en plena actividad para desempeñarlo (45 años). Actualmente, se halla totalmente incapacitada para realizar cualquier actividad.

En tanto que la última, percibe su haber jubilatorio, sólo cuenta con la pensión de su esposo, encontrándose limitada para trabajar.

Por otra parte, la enfermedad impacta notablemente en el estado anímico de quien la padece. Esto pudo observarse en el total de las personas entrevistadas, al no hallarse en condiciones físicas para desempeñar de la misma forma que antes, diversas actividades. Manifestaron estar deprimidos, sentirse inútiles.

En todos los casos, el STROKE genera una pérdida o disminución del rol, en este caso laboral (handicap).

Familiares:

El ACV no sólo es una enfermedad que impacta en quien la padece, sino también en su entorno, modificando la dinámica familiar.

Sólo cinco de los pacientes que concurren al SATE son acompañados en el Proceso de Rehabilitación por sus familiares. Dos por su respectivo conyuge, dos por su hija y una de las pacientes por su madre.

Se considera que además de que cada caso es particular y único, el impacto que la enfermedad ocasiona en la dinámica familiar es diferente de acuerdo al parentesco que une a cuidador y paciente.

No es lo mismo que un conyuge mayor esté al cuidado de su conyuge enfermo, que un hijo al cuidado de su padre / madre con ACV, ni mucho menos que una madre esté atendiendo a su hija convaleciente.

En el primer caso, ambos son mayores, generalmente jubilados. Ante la demanda del paciente, muchas veces el cuidador no cuenta con tiempo disponible como para efectuar alguna actividad remunerada, que le permitiera

mejorar la situación, que en algunos casos se ve alterada a partir de la enfermedad (Tratamiento de Rehabilitación).

“...Me gustaría hacer alguna actividad manual en casa, pero no puedo porque no me da el tiempo, porque acompaño a mi esposa cuando tiene que venir acá y además me encargo de todos los trámites para medicamentos y eso...”

(Felipe)

Por otro lado, el hecho de ser mayor trae aparejado dificultades físicas, problemas de salud en general, que si bien tal vez, no impide desempeñar una vida normal, tampoco permite efectuar grandes esfuerzos.

“...Yo tengo un marcapasos desde diciembre, si bien pudo hacer mi vida con total normalidad, el médico me prohibió realizar esfuerzos y hacerme mala sangre...”

(Pilar)

Por otra parte, están los casos en que los hijos deben hacerse cargo de sus padres enfermos. Esta constituye una de las etapas vitales del ciclo de la familia, varios son los factores que inciden y que hacen que cada situación sea única y diferente de las otras.

Por ejemplo, una hija adolescente, con todo lo que esto implica. Una etapa donde muchos son los cambios que se producen, en donde sus intereses giran alrededor de sus vínculos sociales, estudio y en un momento histórico donde existe una gran dificultad para ingresar al mercado laboral, más aún en los

casos en que no cuentan con estudios secundarios completos, como es el caso de este familiar.

Esta adolescente debe asumir la responsabilidad de atender, cuidar y brindar tiempo y dedicación a su madre discapacitada.

“...Ahora quiero trabajar porque la plata no alcanza, tenemos nada más la jubilación de mi mamá, pero no consigo nada...”

(Vanina)

Como ya se planteó con anterioridad, otro paciente esta a cargo del cuidado de su hija, pero el mismo difiere notablemente del anterior.

Aquí el problema no reside en la dificultad puntualmente de conseguir un trabajo, sino en la falta de tiempo para realizarlo.

A veces las circunstancias de la vida le impide a una persona contar con tiempo para ella, trabajar, realizarse personal y profesionalmente.

“...Desde que me casé no trabajo, soy ama de casa. A parte tengo una hija de 28 años que es discapacitada y me demanda mucho, ella es muy apegada y ahora con mi papá, menos posibilidades de trabajar...”

(Norma)

Por último, un caso que resultó atípico. Aquí una madre se convierte en el cuidador principal de su propia hija, con el dolor que esto significa.

Desde lo laboral no hubo cambios, su jubilación se había producido mucho tiempo antes. Sin embargo sí se observó un incremento en las actividades

diarias, teniendo en cuenta también, que este familiar es una persona mayor.

“...La enfermedad de Olga no influyó en la actividad laboral mía...”

(Ana María)

En este caso, la colaboración de este familiar permitió que el resto grupo familiar continuara con sus actividades diarias (su esposo en el trabajo y su hija en el colegio).

En síntesis, a partir del análisis de este eje temático, se puede afirmar que, si bien en todos los casos, la discapacidad ocasionada por el ACV llevaron a que las personas afectadas debieran abandonar ciertas actividades que realizaban hasta el momento, el impacto ha sido mayor en aquellas que debieron jubilarse como consecuencia de la enfermedad, puesto que el retiro obligatorio, de un momento a otro, conduce a encontrarse sin actividad, con menores ingresos, en muchos casos con un alejamiento de amigos y compañeros de trabajo y sumado a todo esto, con un cuerpo nuevo y desconocido y en un estado mayor de dependencia, ya sea de hijos – familiares y/ o amigos.

Por otra parte, dentro de los pacientes, se halló un caso particular, en cuanto al grupo etéreo que constituye el objeto de estudio del presente trabajo, aquí el impacto laboral provocado por el STROKE fue aún mayor que en los anteriores, puesto que la paciente es joven y las secuelas que la enfermedad dejó la incapacitaron para realizar cualquier tipo de actividad laboral.

Por otra parte, y para finalizar, las limitaciones que esta patología provocó en los pacientes, hicieron que los mismos se vieran limitados y en otros casos

incapacitados para desempeñar actividades que antes realizaban con total normalidad.

En cuanto a los familiares, excepto en uno de todos los casos, se vió alterada la dinámica familiar.

Si bien cada realidad familiar es única y distinta al resto, todas fueron víctimas de cambios (sobrecarga de actividades – horarios – desplazamiento de proyectos propios – etc..)

CAMBIOS ANÍMICOS

Pacientes:

Las secuelas que esta enfermedad provoca en quien se ve afectado por ella genera, en muchos casos angustia – depresión - tristeza, es decir, notables cambios en su estado anímico al verse limitados para desempeñarse independientemente en la vida diaria.

“...Desde que me pasó esto todo el tiempo estoy mal, muy mal; me siento deprimida, no tengo ganas de hacer nada...”

(Teresa)

La depresión además, lleva al paciente a un aislamiento cada vez mayor, provocando una disminución de su contacto con el medio generando en él una actitud pesimista. Todo esto altera notablemente el proceso de rehabilitación.

“...Sí, me afectó anímicamente el ACV. No puedo hacer lo mismo que antes y eso me pone mal....además me quedo mucho en la cama; antes salía siempre a caminar , ahora muy poco, no tengo ganas de salir a caminar...”

(Ezequiel)

En todos los casos se pudo visualizar, mediante las entrevistas, que en algún momento, a partir del ACV, los pacientes se sintieron tristes, con ganas de llorar, amargados, etc.. Pero, también se destacó el cambio positivo a raíz de los pequeños éxitos obtenidos en el proceso de rehabilitación, como también el vínculo establecido con los profesionales del SATE y la posibilidad de

generar nuevas redes sociales y / o ampliar las ya existentes.

“...En un principio, me impactó muchísimo,...si yo me quedaba así, quería morirme..., luego cuando vine acá me hablaron mucho, me hicieron entender que tenía que aprender a vivir con lo que tenía y no pensando en lo que había tenido y perdido...”

(Emilio)

“...Desde que vengo acá me siento mejor, me gusta estar con mis compañeros, ahora empecé a ir con Edith a los bailes...”

(Susana)

“...La verdad es que me siento muy bien, muy contenta cuando puedo hacer cosas nuevas...”

(Teodora)

Familiares:

Los familiares de estos pacientes manifiestan sus propias reacciones y cambios en su estado de ánimo a partir de la irrupción del ICTUS (tristeza – bronca – impotencia – angustia – etc.).

“...A veces tengo tristeza, me siento angustiada, a veces también me siento molesta, se me caen las lágrimas...”

(Pilar)

En todos los casos resulta difícil adaptarse a esta nueva situación. La forma en que se afronten los cambios y resuelvan los inconvenientes que acontezcan,

dependerá de la relación mantenida a lo largo de la historia de vida. GARCÍA PINTOS¹ habla de **Sistemas Familiares Maduros e Inmaduros**.

Uno de los casos, se diferenció del resto por la relación conflictiva existente entre el familiar y el paciente. Al cotejar ambas entrevistas, se observó que dicha situación se mantuvo a lo largo de sus vidas. Esto impacta en el proceso de rehabilitación, haciendo más lenta su evolución. Por otro lado, los conflictos existentes entre ambas se agudizan.

“...Ella es muy agresiva, siempre fue muy nerviosa y ahora sigue así..., a veces yo me contango para no pelear y me voy, a veces me enojo y yo también peleo...”

(Vanina)

La falta de información y orientación profesional, hace que el familiar desconozca las características y consecuencias que provoca esta patología, dificultando el cuidado y acompañamiento del paciente, generando impotencia, sobreprotección, bronca.

“...Triste no estoy, a veces se me vuelan los pájaros..., me enojo porque la memoria no le da, no anda bien después del ACV...”

(Felipe)

“...A veces va y prende la cocina, me da miedo que se queme, que le pase cualquier cosa...,el temor es de uno...Hasta ahora la sobreprotegí, te digo la verdad ahora trato de irme, de dejarla un

¹ GARCÍA PINTOS, Claudio .- “LA FAMILIA DEL ANCIANO: también necesita sentido”.-

poco más sola, de no estar tan encima..."

(Ana María)

Para cerrar, es necesario recalcar que el ACV provoca importantes cambios anímicos en el paciente, caracterizado por angustia, depresión, tristeza, entre otros, al encontrarse con un cuerpo diferente que no le permite manejarse de manera independiente.

Al mismo tiempo, los familiares también sufren estos cambios al ver a su padre – madre – conyuge – hija con importantes limitaciones como consecuencia de la enfermedad.

La vida del paciente y la del familiar se vieron alteradas, la dinámica de la estructura familiar sufrió modificaciones.

El ingreso al Programa de ACV de SATE favoreció el cambio anímico, a partir de las mejoras físicas y el compartir vivencias con pares.

Es de suma importancia, que tanto paciente como cuidador reciban la información y orientación necesaria, que les permita aceptar la situación y de esta manera, evitar la frustración y lograr mejores resultados, lo cuál conducirá a mejoras en el estado anímico y bienestar general de ambos.

RELACIONES FAMILIARES

Pacientes:

La familia del anciano, particularmente los hijos y conyuges, provee asistencia tanto en ocasiones del diario vivir como en momentos de crisis. La familia brinda apoyo desde lo social, funcional, económico, material y afectivo.

En la mayoría de los casos, los pacientes manifiestan recibir la ayuda necesaria de su grupo familiar, recibiendo atención, contención, ayuda económica, etc.

"...Me acompañan, desde un primer momento recurrí a ellos..., no me siento dependiente, sí me siento comprendido..."

(Emilio)

"...Me siento muy cuidada y apoyada por mis hijos. Yo se que cuando los necesito ellos están...ellos se preocupan, me dejan plata todas las semanas porque saben que con mi pensión y la jubilación de Felipe no nos alcanza..."

(Edith)

Si bien la familia es el apoyo principal con que cuentan los adultos mayores, a veces, por distintos motivos, los pacientes no cuentan con ese apoyo. Una de las razones es la que aparece en el relato de una de las pacientes, se trata de la situación laboral: Su hijo trabaja todo el día y no puede hacerse cargo de su cuidado, con lo cual, debe quedar a cargo de personas preparadas para esa tarea.

"...Mi hijo es la única familia que tengo y me siento atendida y cuidada... él trabaja mucho y no puede estar conmigo todo el tiempo, por eso tengo dos personas que me atienden y acompañan, una de día y otra de noche..."

(Teresa)

Por otra parte, la distancia geográfica constituye un factor que ubica al paciente en una situación de desamparo y de riesgo, al no contar en caso de necesidad con el apoyo y acompañamiento de su grupo familiar.

"...Mi familia está en San Cayetano, acá tengo un hermana que es muy viejita, ya tiene 84 años, además tiene su esposo enfermo, postrado...ella no puede venir ahora casi porque tiene que asistir y acompañar a su esposo y yo desde que estoy así tampoco puede movilizarme e ir muy seguido..."

(Teodora)

A partir de la lectura e interpretación de ambos relatos, se pudo apreciar que estas pacientes se hallan en una situación de vulnerabilidad social, puesto que cuentan con una red personal sumamente restringida y en este caso acrecentado por la distancia geográfica. Por otra parte, el estado de salud dificulta aún más la interacción con el medio, favoreciendo el aislamiento. Todo esto puede entorpecer el proceso de rehabilitación.

Dentro de las relaciones familiares existen aquellas que se caracterizan por ser y haber sido conflictivas a lo largo de su historia de vida, basadas en la ausencia de fuertes vínculos afectivos, en el egoísmo, la agresividad entre sus

miembros. En realidades como estas, ante el surgimiento, como menciona GARCÍA PINTOS¹, de "Crisis Accidentales" como es el ACV, la víctima del mismo aparece como un estorbo, como culpable de tal situación y al mismo tiempo, hallándose con una red de sostén sumamente restringida, conflictiva, lo cuál no satisface sus necesidades.

"...Tengo dos hijas más, no tengo relación, no nos vemos; no es de ahora...yo no puedo ver a mi nieta...la única familia que tengo es mi hija Vanina, con la única que me relaciono..."

(Susana)

"...No me siento apoyada por mi hija, es como que no se da cuenta...,lo que pasa es que ella de los 6 añitos se encontró con una mamá con problemas y un papá que no estaba...Yo siento que ella quiere escapar..."

(Susana)

Familiares:

A medida que se envejece la red personal empieza a sufrir modificaciones, ciertos vínculos comienzan a disminuir como consecuencia de la jubilación, muerte de conyuge, etc. y en la mayoría de los casos las oportunidades para ampliar y / o generar nuevas redes son menores. Es por esto que tiende a aumentar la dependencia hacia su grupo familiar, situación que se acentúa en los casos en que el anciano padece una enfermedad discapacitante como es el STROKE.

¹ GARCÍA PINTOS Claudio.- "LA FAMILIA DEL ANCIANO: también necesita sentido" .-

Sin negar esta realidad, la información obtenida mostró que la dependencia mayor está y / o estuvo en el familiar que ha asumido el rol de cuidador principal, manifestado a través de una actitud básicamente sobreprotectora.

“...Sí, yo con mi papá soy muy sobreprotectora, lo llamo por teléfono a cada rato, si no lo voy a visitar...”

(Norma)

“...Me empecé a abrir, a no estar tan encima de él cuando ví que empezaba a estar mejor..., aparte él me lo pedía, además mis hijos también...”

(Pilar)

Siempre un familiar asume el rol de cuidador principal del paciente, pero en muchos casos éste no se halla totalmente solo y a cargo de todo, puesto que otros miembros de la familia o vínculos sociales asumen parte de esta función, compartiendo responsabilidades y permitiéndole al familiar – cuidador contar con un tiempo y espacio propio.

“...Me siento muy acompañada y apoyada por mis hijos, jamás me han dejado..., siempre hemos compartido el cuidado...”

(Pilar)

Sin embargo, hay veces que el cuidador no tiene con quien compartir la responsabilidad de atender y cuidar a su familiar enfermo, sintiéndose sobrecargado, lo que provoca sentimientos de bronca – angustia – impotencia – desesperación.

“...Yo tengo una hermana que vive en La Plata..., ella me manda dinero para pagarle a la Señora que se queda con papá de noche, pero después la que ando soy yo...Tengo bronca, angustia porque siempre soy yo sola para todo...”

(Norma)

“...Por mis hermanas no me siento apoyada..., yo soy sola con mi mamá, soy la única que me encargo del cuidado de ella, nadie más...”

(Vanina)

Para concluir, se puede afirmar que el rol de la familia en el proceso de rehabilitación del paciente es fundamental.

Si bien hoy por hoy la familia, principalmente por razones económicas, vive a un ritmo que no les permite dedicar más atención y cuidado a sus miembros, en un presente que se caracteriza por un importante cambio en los valores, la falta de diálogo, entre otros, del total de los pacientes que concurren al Programa de Rehabilitación del SATE, un alto porcentaje manifestaron sentirse contenido, comprendidos y atendidos por su grupo familiar, aún en los casos en donde los familiares no se hallan presente en las actividades que realiza el servicio.

Con relación al relato de los familiares, en todos los casos se repite la tendencia a la sobreprotección del paciente.

El stress y la sobrecarga que genera el tener que hacerse cargo de un familiar víctima de un ACV, hace que el cuidador principal tenga sentimientos de ansiedad, bronca, miedo, soledad, etc.; mientras estos sentimientos no le

permitan visualizar claramente la situación, ni reconocer ni aceptar la ayuda que pueda ofrecerse su grupo familiar, será difícil que los mismo vayan desapareciendo.

Casi todos los familiares – cuidadores, aunque no puedan verlo, están acompañados por el resto de los familiares, desde diferentes aspectos, por ejemplo desde lo económico.

RELACIONES SOCIALES

Pacientes:

La presencia de una enfermedad, más aún si se trata de una enfermedad crónica, impacta en las interacciones entre el individuo y su red personal. La persona que es afectada por una enfermedad discapacitante, como es el ACV, tiende a en muchos casos, ya sea por vergüenza, dificultad para moverse, etc., a alejarse del medio y de los contactos sociales que frecuentada previo al STROKE.

SLUZKI¹, plantea que dicha patología restringe la movilidad en el enfermo y esto reduce los contactos sociales, de esta manera, el sujeto se aísla.

“...Antes iba siempre, todos los días al Club Español, ahora no voy porque queda lejos, tengo que ir en colectivo y no puedo andar en micro...”

(Alfredo)

“...Yo me corté por la enfermedad, me daba vergüenza porque no podía ni hablar, no podía hacer nada...Ellos me seguían llamando, sabían lo que me pasaba, pero yo no los atendía, yo me alejé...”

(Hector)

En algunos casos se alejaron de sus relaciones sociales anteriores, pero se volcaron por completo a su grupo familiar, manifestando estar, por ellos, contenidos y cuidados.

¹ SLUZKI, Carlos .- “LA RED SOCIAL: Frontera de la Práctica Sistémica” .-

“...La verdad es que me he alejado de la gente, no salgo, pero me siento bien, estoy muy contenta con mis hijos, en ellos puedo confiar y apoyarme. Me siento contenida...”

(Margarita)

En varios de los casos entrevistados se observó que tanto el entorno social como familiar no sufrieron modificaciones. Esto puede darse como consecuencia de la actitud positiva tanto del paciente como de sus contactos sociales y familiares, existencia de secuelas mínimas, como así también, la presencia de vínculos sólidos y basados en el compromiso y afecto mutuo.

“...Hoy me siento feliz..., puedo confiar en los amigos que tengo, nos comprendemos. En relación a mis amistades y a la relación con ellos, no hubo modificaciones al contrario, pude darme cuenta de los amigos de verdad...”

(Emilio)

“...Me gusta visitar a mis amigas, ir yo en vez de que ellas vengan, así me distraigo...”

(Edith)

“...Tengo un grupo de amigos que desde que me dio el ACV me van a visitar todos los días...Me siento muy acompado por ellos... no me siento alejado, yo no salgo casi pero ellos se acercan a mí...”

(Ezequiel)

Familiares:

Del total de los casos entrevistados, se pueden verificar dos situaciones claramente diferenciadas. Una mayoría manifestó no haber sufrido modificaciones en la interacción con sus vínculos sociales.

Estos familiares han tenido la capacidad de brindar al paciente los cuidados necesarios y al mismo tiempo, continuar con su vida personal, encontrando en sus vínculos mas cercanos la contención y apoyo necesario para sobrellevar tal situación.

"...Siempre nos reunimos toda mi familia y la de mi marido..., con la misma frecuencia que antes del ACV de papá..."

(Norma)

"...Siempre me reuní con familiares y amigos, eso no cambió en nada..., siempre tengo con quien hablar si tengo algún problema, tengo una gran amiga..."

(Pilar)

Con respecto a los familiares que sí vieron alterada su vida social, cabe resaltar que son dos casos diferenciados del resto, puesto que uno de ellos está basado en una relación conflictiva a lo largo de toda la historia de vida. Mientras que el otro, lo constituye una madre a cargo de la atención y cuidado de su hija discapacitada.

"...Mis amigos se han alejado de mi casa, no de mí, pero no nos juntamos como antes..., no van a mi casa por mi mamá, ella se mete cuando estamos nosotros, siempre pasó eso, desde que

yo tengo uso de razón pasa eso...”

(Vanina)

“...Ahora estoy alejada de todo, desde la enfermedad de Olga me alejé de mis amigos por completo...”

(Ana María)

“...Aparte muchos familiares que venían siempre a casa y ahora hasta se han retirado. Todo se manifestó a partir de la enfermedad de Olga, mis relaciones con los demás, amigos y familiares se modificó...”

(Ana María)

Para finalizar y a modo de síntesis, se puede afirmar que tanto pacientes como familiares, no notaron cambios relevantes en su relación con amigos y / o familiares, a partir de la aparición del STROKE.

Si bien en una primera instancia, en general los pacientes tendieron a alejarse de su entorno social, ya sea por vergüenza, falta de aceptación de sí mismo, dificultad para movilizarse, entre otros, con el correr del tiempo y a la vista de ciertas mejoras físicas y al mismo tiempo anímicas, comenzaron a acercarse nuevamente a sus vínculos sociales y / o a intentar la formación de nuevas redes.

El círculo afectivo conformado por los amigos, constituye un factor de suma importancia en la recuperación y adaptación social del paciente.

El aumento de las responsabilidades con respecto al cuidado del familiar enfermo y a los cambios producidos en la dinámica familiar a partir de la

enfermedad, es muy probable que el cuidador sienta soledad y miedo. Es por esto que es de suma importancia que pueda contar con familiares y amigos que lo contengan y con quien pueda compartir, divertirse, desahogarse, distraerse, etc..

RELACIONES CON EL MEDIO

Pacientes:

Como ya se describió en el eje temático "Situación Laboral", los adultos mayores de hoy han sido educados en una cultura donde el placer está estrechamente ligado al trabajo, a las responsabilidades y a las obligaciones.

Esta asociación del trabajo con el placer se vio reflejada en la mayoría de los pacientes entrevistados.

"...Me gustaría tener un negocio de ropa, me distraería, pero hoy como están las cosas no se puede, la plata no alcanza..."

(Edith)

Por otra parte, es de resaltar el cambio en la concepción con respecto a "el viejo", que proviene tanto de la sociedad como de las propias personas mayores.

Hoy los adultos buscan y se esfuerzan por encontrar su propio espacio, desempeñar actividades que vayan más allá de las relacionadas con su rol de abuelo, de ser pasivo, sin contacto con el medio; buscan interactuar con él y con personas pertenecientes a su grupo etéreo. Tal situación se observó en un importante número de pacientes.

"...Me gustaría acercarme a un Centro de Jubilados o a algún lado, me gustaría estar con gente, acompañada..."

(Teodora)

“...Ahora estoy yendo a bailar con Edith, estoy empezando, quiero ir a anotarme a un Centro de Jubilados...”

(Susana)

Dentro de este grupo hay una persona que manifiesta sentirse desganada, desanimada, con una actitud pesimista. No obstante, teniendo en cuenta el relato de la misma, quienes suscriben infieren que esta actitud no es consecuencia solamente de la enfermedad, sino que responde a que nunca efectuó tareas placenteras y que su vida la dedicó a su único hijo y a su esposo recientemente fallecido.

“...Nunca hice otra cosa que las de una ama de casa..., siempre me dediqué a atender a mi hijo y a mi marido...”

(Teresa)

Familiares:

Los amigos constituyen una parte importante de la red social de una persona. Ellos brindan un espacio en el que el familiar puede hallar contención, desahogo de problemas y preocupaciones, así como también un lugar donde distraerse, divertirse y olvidarse de los problemas y las dificultades por las que está atravesando.

“...Siempre me reúno con amigas para distraerme, me hace muy bien...Ahora que mi papá está mejor y mi hija va a natación, tengo más tiempo para mí y disfruto de ese tiempo..., esto es

para mí, hoy por hoy, una actividad placentera...”

(Norma)

Del grupo de familiares, una sola persona expresó su falta de interés por la Realización de cualquier actividad placentera, su tendencia al aislamiento e inclusive la falta de voluntad para realizar los quehaceres domésticos.

Si bien es difícil para un conyuge o un hijo cuidar a su conyuge – padre o madre discapacitado, más difícil resulta aún aceptar la discapacidad de un hijo, puesto que es algo no esperable y para lo que un padre o una madre nunca se halla preparado.

“...La verdad que desde que le pasó esto a la nena, de cuatro años a esta parte no hago nada y no tengo voluntad..., lo único que hago son las cosas de la casa y como una obligación...”

(Ana María)

Se sabe que hoy en día, los haberes jubilatorios y / o pensiones no satisfacen totalmente las necesidades, debido a que son reducidas. Si a esto se le suma la existencia de una enfermedad como es el ICTUS, con todo lo que esto implica (medicamentos – movilidad – etc.), la situación se hace más compleja aún.

Los familiares en su totalidad comentan la necesidad de realizar tareas vinculadas a incrementar los ingresos.

“...En realidad, lo que a mí me gustaría es hacer alguna actividad manual en casa para ayudar un poco, pero otra cosa no, estoy

bien así...”

(Felipe)

“...Antes me dedicaba a la costura, ahora no lo hago... pero no por mi marido, a él no le molesta, es que no tengo costura, la gente prefiere comprar hecho...”

(Pilar)

Dos aspectos bien delimitados se manifiestan tanto en pacientes como en familiares. Por un lado, en los pacientes, el trabajo asociado al placer y en los familiares asociado básicamente a incrementar los haberes. Por otro lado, la necesidad cada vez mayor de contar con un grupo de pares, con quienes compartir vivencias, experiencias, etc..

El SATE constituye un espacio a partir del cual tienen la posibilidad, pacientes y familiares, de acercarse a personas que atraviezan por situaciones similares, con quienes pueden identificarse, intercambiar opiniones, ayudarse mutuamente y de esta manera, ampliar su red personal.

Lo anterior se pudo comprobar a partir de la observación del comportamiento y los cambios producidos tanto en pacientes como familiares acompañantes, durante las asambleas y del análisis efectuado de las crónicas tomadas durante las mismas.

Por un lado, éstas abrieron la posibilidad de ampliar la información obtenida de las entrevistas y por otro lado, evaluar el comportamiento grupal de los participantes como así también los cambios tanto positivos como negativos manifestados a lo largo de la primera etapa del tratamiento.

A continuación se volcará una síntesis de los hechos más relevantes que acontecieron a lo largo de este período:

La metodología que se implementó para la realización de las asambleas consistió en la formación de un grupo. Los integrantes eran ubicados en forma circular, esto permite una mejor interacción, facilitando la comunicación, la participación de todos y el reconocimiento al verse cara a cara.

Las reuniones se llevaron a cabo en medio de un clima cordial, cálido, tranquilo. Las interacciones estuvieron en todo momento, basadas en el respeto mutuo y en el afecto.

La reflexión que se expondrá a continuación, pretenderá mostrar los cambios producidos en los concurrentes en cuanto a mejoras físicas – anímicas – relacionales, es decir, la adaptación a esta nueva forma de vida.

En el primer encuentro llevado a cabo en las instalaciones del SATE, se pudo observar una alta presencia y participación de pacientes y familiares, manifestando estos últimos interés y preocupación por el estado de salud de su familiar enfermo y ansias por su pronta recuperación.

Este primer encuentro comenzó a partir de la presentación de todos y cada uno de los integrantes del mismo, incluyendo a los profesionales coordinadores del grupo, como así también quienes suscriben.

Cada paciente y su respectivo familiar fueron exponiendo sus dudas, temores y expectativas con respecto a los logros y mejoras en este proceso que se inicia.

Previo a finalizar la Asamblea, cada uno votó por un nombre que identificará al grupo dentro de la institución, quedando establecido que de ahí en más será

denominado "Amistad".

Desde un principio se observó una notable apertura y disposición de los integrantes del grupo para ayudarse entre sí, estimulando y motivando a aquellos que mostraban una actitud negativa en cuanto a su situación actual y a la falta de esperanzas en cuanto a una próxima recuperación.

A medida que se avanzaba en el proceso, cada paciente evidenciaba mejoras y de esta manera, aumentaba el optimismo, la autoestima y los deseos de continuar. Por otra parte, la participación de los integrantes del grupo era cada vez más fluida y espontánea, haciendo menos necesaria la intervención de los profesionales coordinadores de las Asambleas.

En general, todos los pacientes fueron evolucionando positiva y progresivamente a lo largo de esta primera etapa del tratamiento, con excepción de uno de ellos (Ezequiel), en el cual se visualizó un importante retroceso, fundamentalmente desde lo anímico. Se infiere que esto se dio como consecuencia de diferentes factores, ajenos o no a la patología por la cual se halla en tratamiento. Cabe resaltar como primera medida, que este paciente es muy añoso y por otra parte, según el relato de su hija siempre fue una persona pesimista y depresiva.

Por otro lado, una de las pacientes, a partir de una despompensación sufrida durante el desarrollo de uno de los encuentros, se vio obligada a abandonar el tratamiento (Teresa).

Es de destacar un caso, aquí el cambio que tuvo una paciente fue notable. En un principio su actitud además de ser negativa con respecto a su estado físico, se mostraba con bronca, resentimiento, sentimiento de soledad y con el

transcurso de los días su actitud comenzó a cambiar, ésto se debió al apoyo y a la contención que recibió de sus compañeros, visualizándose una modificación positiva en su relación con el medio (Susana).

En la última Asamblea se pudo percibir que a lo largo de esta etapa del tratamiento fue decreciendo la participación y acompañamiento activo de la familia. Ante la falta de información con respecto a esta patología y a la importancia de la participación del familiar en el proceso de rehabilitación, muchos de ellos abandonaron su concurrencia al servicio. Existe en tales familiares una falta de interés y de aceptación de la relevancia del rol que deben asumir como cuidadores principales.

Todos mostraron una actitud de conformidad frente a la apertura y disponibilidad del equipo de profesionales y no profesionales de la institución, incluyendo a las autoras de este trabajo, aceptando y respondiendo positivamente a los consejos y sugerencias brindados por los mismos.

En síntesis y a modo de cierre, todos los pacientes y familiares que iniciaron y concluyeron con esta primera parte de su tratamiento, obtuvieron cambios y mejoras en relación al momento en que fueron recavados los datos de las entrevista efectuadas previo al iniciar el mismo. Además, ellos mismos expresaron tales palabras.



CONCLUSIÓN Y PROPUESTAS

CONCLUSION

El interés por la temática a tratar en esta tesis surgió, como se planteó en la introducción, a partir de la pasantía efectuada por una de las suscriptoras en el SATE y específicamente en el Programa de Rehabilitación para Pacientes con ACV Crónico.

“El ACV en adultos mayores provoca cambios y desequilibrios en la dinámica familiar, como así también en el propio paciente con respecto a su vida previa al ACV”, esta presunción constituyó el punto de partida de la presente investigación.

Las distintas variables analizadas permitieron verificar que tales alteraciones se produjeron en la totalidad de los miembros entrevistados. Si bien no se puede afirmar que ocurre en todos los pacientes que sufren un ACV, sí constituye la realidad de los pacientes y familiares que concurrieron al SATE en el período mayo – julio de 1999.

Las conclusiones a las que se arribaron fueron de carácter hipotético, esto responde a los siguientes motivos:

- La muestra seleccionada era reducida (no superó los 15 casos).
- La información proporcionada por los entrevistados puede haber carecido de veracidad: Considerando que, por un lado, la instancia de entrevista constituyó el primer acercamiento con el entrevistado (paciente y familiar), es decir que no existía con anterioridad un vínculo; por otro lado, el tiempo de duración de cada entrevista fue relativamente reducido (40 minutos).

Para poder afirmar que tales manifestaciones se han producido a partir

del ACV, hubiera sido necesario efectuar un seguimiento más prolongado y personalizado de cada uno de los concurrentes (pacientes – familiares).

Estos cambios y los sentimientos de angustia, de temor y tristeza que según Christof Kessler¹, esta patología pudo despertar, tanto en pacientes como en familiares, se considera que básicamente respondieron a dos factores:

- Por un lado, desde la irrupción del STROKE el familiar no contó con la información y orientación necesaria que le permitiera aceptar la situación, evitar la frustración y lograr un mejor resultado; lo que hubiera conducido a mejorar el estado anímico y el bienestar general de ambos.

Cabe destacar que esta falta de información pudo haber conducido a los familiares a actuar de manera equivocada, tendiendo a sobreproteger al paciente, lo cual, no solo no hubiera representado un beneficio para él mismo sino que además, hubiera repercutido negativamente en quién cuida, sintiéndose sobrecargado y dependiente. Los familiares manifestaron una actitud de total dependencia con respecto al paciente.

Otra consecuencia de la escasés o falta de información, reside en la ausencia de familiares acompañantes en el proceso de rehabilitación. No obstante, esta ausencia tuvo su origen en relaciones familiares carecientes de fuertes lazos afectivos, de solidaridad, acompañamiento, colaboración, que se fueron acrecentando a lo largo de toda la vida.

Por otra parte, desde el servicio, no se apuntó a recuperar a ese familiar que se ha alejado; haciéndole ver la importancia de su presencia y participación, puesto que es quién convive o se halla más cerca del paciente.

¹ KESSLER, Cristof.- "El Ataque Cerebral".-

A partir de ésto y a través de la lectura de bibliografía pertinente, análisis y reflexión sobre el tema, se pudo visualizar la importancia de que el familiar cuente con un espacio propio, que no postergue proyectos personales y actividades que le permitan distraerse y relajarse.

Si el familiar se cuida, se ayuda a sí mismo, se sentirá mejor, más entero y así podrá brindar al paciente la atención que necesita; de manera contraria, correrá el riesgo de enfermarse también.

En cuanto a los pacientes, los cambios anímicos tuvieron que ver con la dificultad para aceptarse con esta discapacidad, la cual no le permitirá desarrollar de la misma manera las actividades que efectuaba previo al ACV. Esta situación se vio agravada en aquellos que forzosamente debieron jubilarse. Como plantea la Dra. ELAINE SHIMBERG², el ACV provoca una pérdida o disminución del rol laboral, generando en quien la padece, sentimientos de frustración, resentimiento, tristeza.

En un primer momento, los pacientes tendieron a alejarse de su entorno social, ya sea por vergüenza, falta de aceptación de sí mismo, dificultad para movilizarse.

Con el paso del tiempo y a la vista de ciertas mejoras físicas y anímicas, comenzaron a acercarse nuevamente a sus vínculos anteriores como así también intentar la formación de nuevas redes.

El SATE constituyó un espacio a partir del cual, tanto pacientes como familiares tuvieron la posibilidad de acercarse a personas que atravesaban por situaciones similares, con quienes pudieron identificarse, compartir, ayudarse mutuamente y de esta manera ampliar su red personal.

Por otro lado, el familiar, al ver las mejoras del paciente y sentir que ya no dependía tanto de él, que podía manejarse con mayor independencia, ellos también intentarían retomar sus actividades anteriores o comenzar otras, mejorando su interacción con el medio y su relación con los demás.

La conclusión a la que se arribó fue ampliada y enriquecida por medio de la construcción de crónicas durante las asambleas, lo cual permitió observar los cambios y la evolución que pacientes y familiares evidenciaron en este proceso.

Se señala que, en principio quienes suscriben, pretendían obtener mediante esta técnica información con respecto al comportamiento grupal, sin embargo, proporcionó datos más ricos que lo esperado, en cuanto a conductas individuales, aspectos de la vida cotidiana, actitudes, manifestaciones de sentimientos, los vínculos entre ellos, etc..

Desde un principio, los miembros del grupo mostraron una total disponibilidad y apertura. La interacción estuvo basada en el respeto y afecto mutuo.

Fue notable en todo momento, el deseo de los miembros del grupo de ayudarse entre sí, estimulando y brindando optimismo a aquel o aquella que en algunos momentos se encontraba abatido/a, pesimista.

Durante los tres meses de duración de esta etapa, se vio claramente el progreso y los cambios positivos que evidenciaron pacientes y familiares.

La participación en estos encuentros permitió visualizar una notable disminución de la presencia de los familiares. Existió en éstos, una falta de interés y de aceptación de la relevancia del rol que deben asumir como cuidadores principales.

² SHIMBERG, Elaine .- "STROKE: What Families Should Know".- Cap. I.-

PROPUESTAS

Se valoriza el profesionalismo con el cual el Equipo de Salud del SATE lleva adelante día a día la implementación del Programa de Rehabilitación de Pacientes con ACV.

Cabe destacar que se hace visible en los resultados el trabajo interdisciplinario, existe una complementariedad entre las distintas disciplinas y como menciona JEAN PIAGET³ la interdisciplinariedad la constituye la asociación entre disciplinas, donde la cooperación entre varias disciplinas lleva a interacciones reales, es decir, hay una verdadera reciprocidad en los intercambios y por consiguiente, enriquecimientos mutuos.

Al llegar al final de este trabajo y después de haber recavado información y haber efectuado el análisis de la temática elegida, surgieron una serie de propuestas. Las mismas apuntan a sumarse a la labor del servicio.

*La primera de ellas es la formación de un Grupo de Autoayuda para familiares: Una vez finalizada la primera etapa del tratamiento, que incluye Asambleas y Grupo de Reflexión, los familiares quedan sin un espacio de contención, de escucha, de autoayuda.

La idea de contar con un espacio de autoayuda surgió de la convicción de quienes suscriben, de que no en todos los casos los familiares se hallan en condiciones plenas de continuar solos y necesitan de la orientación, contención y estimulación de otros que atraviesen la misma o similar situación.

³ Programa de Rehabilitación para pacientes con ACV Crónico .- SATE .-

"...El grupo de autoayuda apunta a conseguir cambios sociales, y/o personales deseados, al compartir experiencias comunes. Promueve la aparición de sentimientos de control, autoconfianza y autoestima. Proporciona apoyo emocional, información, consejos y educación..."⁴

*Al finalizar el tratamiento en SATE, el paciente es derivado a un Centro Periférico (CERAM), donde continúa de por vida su rehabilitación física. Si bien, también se interviene y se impulsa al paciente a retomar actividades, a mejorar su interacción con el medio, no se focaliza en una acción grupal, a partir de la cuál se le da continuidad al período anterior, conformado por las Asambleas. Es por esto que se propone, como alternativa viable y tendiente a mejorar las tareas efectuadas hasta el momento por los profesionales del CERAM, actividades grupales con una dinámica similar a la de las Asambleas. Por medio de esto, se intentaría la reinserción social del paciente y su grupo familiar a través de la utilización de los recursos que ofrece la comunidad. Por otro lado, a través de la continuidad de estas "Asambleas", se apuntaría a proseguir con el proceso de adaptación y superación de la situación que enfrenta el grupo familiar como consecuencia de la discapacidad de uno de sus miembros.

*Frente a la falta de acompañamiento de los familiares durante el proceso de rehabilitación, sería necesario y de especial importancia que además de la entrevista que se le efectúa al paciente para ingresar al tratamiento, se realicen entrevistas a los familiares y una tercera a ambos.

⁴ GARÇIA FUSTER, Enrique .- "EL APOYO SOCIAL EN LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA" .- 1997.-

En dicha entrevista, se haría incapié no sólo en la situación puntual del paciente, sino que se apuntaría a establecer un diálogo con el acompañante a fin de brindarle información acerca de la importancia de su presencia y participación en el tratamiento. Como así también se apuntará a concientizar al familiar de la necesidad de que otro familiar pueda suplantarlo cuanto sea necesario. Esto permitirá al familiar evitar la sobrecarga, el abandono de proyectos personales, vínculos sociales, etc., de esta manera podrá salvaguardar su salud.

*Si bien en el SATE los profesionales brindan la información correspondiente de esta patología a pacientes y familiares, ambos necesitan incrementar más datos para comprender y afrontar mejor la realidad que les toca vivir. Es por ello que resultaría interesante contar con cartillas explicativas puestas al servicio de los usuarios de dicha institución..

*Los familiares en la totalidad de los casos, acompañan al paciente al SATE cuando efectúan algún tratamiento específico. Generalmente, los familiares si no tienen una actividad propia en dicha institución (Asamblea – Grupo de Reflexión), aguardan en la sala hasta que el paciente finaliza la misma.

Como una forma de aprovechar este tiempo de espera, sería importante contar con material audiovisual para ofrecerle a los mismos, a partir del cual generar un debate e incorporar así nuevos conocimientos y nuevas formas de adaptación y desenvolvimiento en distintas situaciones que forman parte de la vida cotidiana.

ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR (A.C.V)

EL CEREBRO

FUNCIONES: El Cerebro humano se compone de millones de células nerviosas, altamente especializadas y entrelazadas unas con otras a través de prolongaciones nerviosas. La mayor parte de estas células forman, en la superficie del cerebro, una capa gruesa de células, denominada **Corteza Cerebral**.

En el interior del cerebro hay concentraciones de estas células nerviosas, como los **Ganglios Basales**, que son los que reciben los impulsos de diversas regiones del cerebro y desde donde son enviados a otras partes del cerebro.

(Ver figura N° 1)

La parte mayor del cerebro se encuentra dividida en dos mitades: los **hemisferios Cerebrales**.

El cerebro está preparado especialmente, para la recepción de las impresiones de los sentidos, para la elaboración de esas impresiones y para la dirección de los movimientos musculares. Este complejo proceso de recepción de los impulsos y la respuesta de los mismos se traduce en la persona, en funciones totalmente ordenadas (pensamientos y sentimientos) que constituyen la personalidad de cada individuo.

En lo que respecta a la corteza cerebral, existe un parte denominada **Corteza Cerebral Motora**, la cual dirige los movimientos de brazos y piernas. Un ACV en esta zona es lo mas frecuente, y dentro de las consecuencias que trae, la principal es la parálisis.

Por encima del borde superior del pabellón de la oreja, se encuentra esa línea de conjuntos de células que constituyen el punto de salida de un largo sistema de conducción que une las células cerebrales con las nerviosas de la médula espinal. Este haz, llamado **Vía Piramidal**, pasa al lado opuesto en el tramo que va desde el cerebro a la médula espinal. Un ataque aquí puede producir parálisis en el rostro, brazo y pierna del lado opuesto.

Como el rostro y la mano realizan movimientos más complicados que la pierna, están dirigidos por un número mayor de células piramidales, un daño en el centro motor, el rostro y la mano del lado contrario resultan más afectados que la pierna.

Cerca de la vía piramidal y de las células nerviosas motoras, se hallan las células nerviosas que reciben los impulsos táctiles de la piel de los brazos, piernas y tronco. Un **STROKE** en esta región, se traduce en parálisis de las extremidades de la sensibilidad (sensación de rigidez o de miembro dormido).

El **Lóbulo frontal** se localiza en la parte delantera del cerebro, es el responsable de la personalidad y de los impulsos, lo que se conoce como **temperamento**.

Como las alteraciones en esta región cerebral no producen parálisis grave o impedimentos, con frecuencia permanecen inadvertidos hasta que la personalidad sufre un cambio notorio, por ejemplo, perder el interés por el entorno, totalmente. No obstante, los ACV aquí suelen ser raros.

Todo lo que pasa en la corteza cerebral, esto es, recepción de impulsos del exterior y su combinación para producir pensamientos y decisiones, se encuentra en un nivel superior, este nivel es el que controla los músculos y movimientos.

Los impulsos principales nacen en la corteza cerebral y son dirigidos hacia los ganglios basales, que convierten a estos impulsos en movimientos mucho más refinados. Diversas enfermedades en estos ganglios, pueden hacer que los movimientos de los brazos y / o piernas se vuelvan torpes, inseguros.

Todo este sistema está subordinado por el cerebelo, cuya misión es la precisión de los movimientos de los brazos y piernas.

Normalmente, a voluntad se dirige el movimiento de manos, piernas, cabeza y ojos, pero hay otros procesos como respiración, el ritmo del corazón, la circulación sanguínea, la regulación de la temperatura del cuerpo y la digestión, que se realizan de manera inconciente.

Estas funciones están dirigidas por el sistema nervioso vegetativo. La central de este sistema nervioso inconciente reside en el tronco encéfalo, que a su vez, se divide en bulbo raquídeo, protuberancia y mesencéfalo.

Las alteraciones de la circulación en el bulbo raquídeo pueden ser peligrosas, porque afectaría la respiración, el ritmo cardíaco y la tensión, poniendo en riesgo la vida de la persona.

LO QUE EL CEREBRO NECESITA

Como bien se sabe, en el cerebro existen centros de información y

modificadores de la misma, y esas células especializadas y activas consumen gran cantidad de energía.

Las células cerebrales cubren sus necesidades de energía a partir del azúcar (glucosa), que se produce en el hígado. Esta glucosa se quema con la ayuda del oxígeno, así se libera el calor, que permite a las células cerebrales realizar sus funciones especiales. Como productos de deshecho, quedan el agua y el dióxido de carbono, que se eliminan por la respiración y los riñones.

Una quinta parte de la sangre bombeada por el corazón se dirige al cerebro, consumiendo el cerebro el 20 % del oxígeno del cuerpo.

Cuando se produce un corte de este abastecimiento, por ejemplo cuando se para el corazón, provoca modificaciones dramáticas en el cerebro, dejando por ende de funcionar.

En cuanto a la irrigación sanguínea, se puede señalar que cada centro especializado del cerebro tiene sus propios conductores, que llevan sangre, oxígeno y alimento a las células cerebrales y a las fibras nerviosas. Estos conductores reciben el nombre de arterias. Estas arterias parten de la carótida y luego pequeñas arterias forman el "árbol vascular", suministrando por medio de este sistema sangre y oxígeno al cerebro a fin de garantizar su funcionamiento.

Pero si esta irrigación sanguínea es perturbada, no sólo afecta al cerebro sino también el funcionamiento de la región que las arterias surten de oxígeno y materias alimenticias.

La circulación sanguínea del cerebro puede cortarse, esto puede producirse por dos causas: las dos se catalogan como **Ataque Apopléjico o Ataque Cerebral**.

Este ataque Apopléjico o Ataque Cerebral se puede producir, ya sea por falta de sangre o bien por exceso de ella: en cuanto a la primera, una arteria cerebral puede obstruirse, por un coágulo o calcificación y en lo que se refiere a la segunda, una pequeña arteria puede quedar dañada de tal forma, que se vuelva débil en un punto y se rompa, por ejemplo a causa de una hipertensión arterial continuada. La sangre escapa de la arteria y se derrama en el tejido cerebral. (Ver figura N° 2)

Como ya se relató con anterioridad, existen diversos tipos de ataques (embolia – trombosis – AIT – ACV definitivo – Isquemia e Infarto Cerebral). A continuación se realizará una ampliación de las características de los mismos, desde el punto de vista estrictamente médico:

* **EMBOLIA:** Existen dos tipos:

- **Embolia de origen arterial:** Es la causa más frecuente de los ataques cerebrales. En el comienzo de la carótida interna, se producen las más graves modificaciones arterioescleróticas (Figura N° 3), provocando estrechamiento o calcificaciones, que pueden dificultar la irrigación sanguínea o afectarla totalmente. Parte de la estructura arterioesclerótica de la pared vascular puede desprenderse y ser arrastrada por la corriente sanguínea hasta el cerebro. Allí se produce un cierre agudo de la arteria cerebral, de esta forma, el tejido cerebral no irrigado muere. Este proceso se denomina embolia. el coágulo que ha cerrado una arteria no se ha originado en el lugar mismo del cierre, el coágulo recibe el nombre de

émbolo.

- **Embiolia Cardíaca:** El corazón bombea, primero sangre usada por las venas hacia los pulmones, donde es enriquecida con oxígeno y devuelta al corazón, que lo envía al aparato circulatorio del cuerpo. Si en las partes del corazón, responsables de enviar la sangre al aparato circulatorio, se forman coágulos y éstos se envían a la corriente sanguínea, pueden producirse enfartos cardíacos.

Las embolias cardíacas son graves, porque los coágulos suelen ser grandes y pueden obturar las arterias que alimentan el cerebro, como consecuencia, la parte afectada del cerebro es mayor.

Otra causa es el ataque cerebral por estrechamiento grave de las arterias (infarto hemodinámico), en caso de que el estrechamiento se produzca en la arteria carótida, puede sobrevenir un insuficiente abastecimiento de sangre a los hemisferios cerebrales, provocando un ataque apopléjico. El riesgo mayor es cuando el estrechamiento se localiza en más de una arteria al mismo tiempo, puesto que se puede descompensar el sistema y provocar un **infarto hemodinámico cerebral**.

* **TROMBOSIS:** (cierre local de una arteria en el cerebro), local porque el coágulo que ha cerrado una arteria, se ha originado allí mismo, no se trata de un émbolo que se originó lejos del lugar del daño, sino de un coágulo de ese mismo lugar, que se llama trombo.

* **HEMORRAGIA CEREBRAL:** Así como la irrupción del flujo de sangre puede producir la muerte de células cerebrales, también la sangre que se derrama

desde los vasos sanguíneos, puede dañar los tejidos cerebrales. Una quinta parte de todos los ataques cerebrales tienen por causa, hemorragias cerebrales. Se sabe que las causas de hemorragias son múltiples. No obstante, todas tienen en común que siempre hay una hipertensión en el sistema arterial.

* OTRAS CAUSAS DE UN ATAQUE APOPLÉJICO O ATAQUE CEREBRAL:

La arterioesclerosis (calcificación de las arterias) es la principal causa de infarto cerebral. La arterioesclerosis es una enfermedad de la edad, cuanto más joven es un paciente, menos posibilidad de sufrir un ataque como consecuencia de una arterioesclerosis. Al haberse manifestado el ataque, debe ser tratado en forma urgente porque de lo contrario, el paciente quedará inválido.

SÍNTOMAS DE ATAQUE CEREBRAL

Con anterioridad se expuso acerca del cerebro, sus funciones, divisiones, etc., se habló de dos hemisferios, uno dominante del otro no dominante. En las personas diestras, el hemisferio dominante es el izquierdo, en este hemisferio se halla el centro cerebral para el entendimiento del lenguaje, situado en la parte media posterior y el centro cerebral de producción del lenguaje, que se halla en la parte media anterior. (Ver figura N° 3)

Un individuo , por ejemplo, que se le pide que levante el brazo derecho, mira como asombrado y no entiende nada. Cuando quiere hablar, habla con fluidez, mantiene la melodía de la frase, pero las palabras carecen de sentido, esto se llama **afasia**, siendo un trastorno grave.

Una afasia lleva, en la mayoría de los casos a la incapacidad total en el trabajo y éste, es un síntoma característico de un infarto en la región irrigada por la arteria cerebral medio en el hemisferio izquierdo dominante.

* **Consecuencias del ataque en el hemisferio no dominante:** Si el ataque se origina en la circulación de la arteria cerebral media del hemisferio no dominante, lado derecho, se produce una parálisis de las extremidades del lado izquierdo. El paciente descuida su parte afectada, no reconoce su parálisis.

* **Infarto en la región irrigada por la arteria cerebral posterior (infarto posterior:** Todo lo que con el ojo derecho o izquierdo se puede ver a la derecha, se almacena en la parte posterior izquierda del cerebro y todo lo que se ve con el ojo izquierdo o derecho hacia la izquierda, se deposita en la parte posterior derecha del cerebro, eso es porque las fibras de dirección ubicadas en este órgano vital se cruzan.

Por lo tanto, cuando una persona tiene una obstrucción de riego sanguíneo en la parte posterior izquierda del cerebro, no puede ver las cosas que se hallan a su derecha, el campo visual queda reducido a la mitad.

La secuela de este infarto posterior sería un trastorno de la visión en el lado opuesto. Si las dos arterias quedan afectadas, se produce ceguera total.

* **El infarto en la región de abastecimiento de la arteria anterior del cerebro:** Los infartos en este area son poco frecuentes. La parálisis que puede provocar generalmente no es de gran magnitud, queda la pierna o el brazo

afectado; la cara y el lenguaje no sufren cambios. Lo que aquí queda afectada la parte frontal del cerebro y los comportamientos, la persona se vuelve apática, no tiene interés por su entorno, no tiene fuerza interior, más que ayudar, obstaculizan su propia rehabilitación.

* **Infarto en el bulbo raquídeo:** Esta parte del cerebro es el lugar de intercambio, dirección y ejecución entre los centros superiores y las extremidades responsables de los movimientos de los órganos internos.

Aquí se encuentran las células nerviosas más importantes, regiones nucleares de nervios cerebrales que realizan las funciones más importantes de la cabeza, por ejemplo, sensibilidad de la cara, movilidad de la musculatura del rostro, el equilibrio, oído y gusto. También se encuentran los centros cerebrales que regulan la respiración, temperatura corporal y las pulsaciones del corazón.

Un ataque cerebral en esta región, provoca consecuencias gravísimas y trastornos importantes en el lado afectado.

También hay otros tipos de síntomas. A pacientes con presión en la cabeza, dolores, zumbidos en los oídos, mareos, pérdida de memoria, cansancio, desgano, trastornos de concentración, etc., generalmente se les diagnostica como víctimas de la circulación cerebral y son tratados erróneamente, con una medicación equivocada.

Estos síntomas no específicos, surgen con frecuencia en el marco de otras enfermedades internas (enfermedades cardiovasculares) o también en el estrés o estados de agotamiento. La mayor parte de las veces nada tiene que

ver con trastornos en la circulación cerebral o con ataques cerebrales; los dolores de cabeza surgen raramente en los ACV, la única excepción es el dolor de cabeza muy fuerte que llega de golpe como consecuencia de hemorragias cerebrales, el mismo va acompañado de rigidez en la nuca.

Si bien los factores de riesgo ya fueron desarrollados, SHIMBERG Elaine, en su trabajo de investigación, propone un cuadro que incluye factores de riesgo fijos y factores de riesgo tratables, a saber:

CUADRO DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE ACV

(Aquellas en negrita son riesgos mayores)

<u>FACTORES DE RIESGO FIJOS</u>	<u>FACTORES DE RIESGO TRATABLES</u>
<u>A.I.T:</u> 35 – 60 % tienen un ACV dentro de 5 años.	<u>Hipertensión:</u> Alta presión sanguínea incrementa el riesgo de ACV por seis.
<u>Arterioesclerosis:</u> Endurecimiento de las arterias.	<u>Alto Colesterol:</u> Contribuye a la arterioesclerosis y enfermedades del corazón.
<u>Enfermedades del corazón:</u> Incrementa el riesgo por dos.	<u>Fumar:</u> Incrementa el riesgo por dos.
<u>A.C.V previo:</u> Incrementa el riesgo por diez a veinte.	<u>Consumo excesivo de alcohol:</u> Incrementa el riesgo por dos a tres.
<u>Diabetes:</u> Incrementa por dos.	<u>Uso de anticonceptivos orales:</u> incrementa el riesgo 4 a 13, cuando está en asociación con hipertensión, migraña con más de 35 años, diabetes y cigarrillo.
<u>Edad:</u> el porcentaje de riesgo se duplica por cada década después de los 55 años.	<u>Obesidad:</u> Con un 30 % o más del peso ideal.
<u>Historia familiar de ACV.</u>	<u>Falta de ejercicio.</u>
<u>Raza:</u> Negros tienen más incidencia, probablemente por hipertensión.	<u>Locación geográfica.</u>
<u>Sexo Masculino:</u> Las mujeres igualan después de la menopausia.	<u>Stress.</u>
<u>Anemia y otras enfermedades de la sangre.</u>	
Factores de riesgo múltiple incrementan la pirámide de riesgo de ACV; por ejemplo, diabetes más hipertensión es dos veces más de riesgo. Una fumadora que toma pildoras anticonceptivas, es 200 veces más vulnerable a un ataque que una no fumadora.	

TRATAMIENTO DEL ACV

Generalmente, esta enfermedad se trata con medicamentos y mediante cirugía. La primera medida que se tiene en cuenta con un paciente es evitar las complicaciones.

MEDICACIÓN:

* Para frenar la agregación de plaquetas: por ejemplo la **aspirina** impide que se formen coágulos en los lugares de calcificación de las arterias; la misma debe suministrarse regularmente. La **Facizal** cumple la misma función, pero hay que tener en cuenta sus efectos secundarios, tales como, dolor de cabeza, alergias. Otro medicamento empleado es el **Dusadril**, éste cumple la misma función que los anteriores, impide la formación de coágulos e incluso llega a ser el más administrado debido a que los efectos secundarios son menores y por último está el **Trental**, disminuyendo levemente la agregación de las plaquetas y haciendo más flexibles los glóbulos rojos, sus efectos secundarios son: debilidad y mareos.

* Los que favorecen el riesgo sanguíneo y el metabolismo cerebral: No se ha encontrado una sustancia que logre aumentar el riesgo sanguíneo y el metabolismo cerebral; las sustancias que ensanchan las paredes de las arterias no traen ninguna ventaja porque la sangre ganada se va a las áreas sanas del cerebro, quitando sangre a las áreas enfermas.

Las sustancias que estimulan el metabolismo pueden provocar en el paciente desorientación e insomnio.

* **Preparados de plantas:** Con frecuencia se critica que el contenido de las pastillas no es constante, varía entre ellas, esto es porque están compuestas por extractos de plantas y éstos no están bien definidos. Por ejemplo, el ajo se lo relaciona a la prevención del ACV, alicina rebaja la grasa en la sangre y la hipertensión.

* **Anticoagulantes:** Un coágulo sanguíneo en desarrollo no se compone sólo de células coagulantes, plaquetas, sino de una red de hilos de proteínas, la **fibrina**. esta red se forma siempre que ha sido dañada la pared arterial.

Este sistema de coagulación puede no ser ventajoso, cuando las arterias no están del todo abiertas la coagulación activa el peligro de que el vaso estrechado se cierre. El anticoagulante más conocido es la **Heparina** y después el **Warfumar**.

CIRUGÍA

* **Operación de Carótidas:** Los casos más frecuentes son los estrechamientos de las carótidas. Con los nuevos métodos quirúrgicos se pueden eliminar estos estrechamientos (por medio de una intervención se extrae la placa y se cierra la arteria), esta operación se llama **desobstrucción**.

* **Bypass extra - intra craneal:** Consiste en hacer una pequeña perforación en el hueso del cráneo y unir una arteria interior con otra exterior de la cabeza. El objetivo es enviar la sangre que falta en el interior

del cerebro por medio de esta unión, desde el exterior hasta el interior del mismo.

Cuándo habría que operar ?

El tratamiento de los trastornos de circulación sanguínea del cerebro, depende del estadio en que se halle ese trastorno. Es necesario resaltar que es diferente tratar de impedir un ataque cerebral futuro en un paciente que ha sufrido un trastorno transitorio de circulación de intentar limitar la extensión del campo de un infarto y con ello, la gravedad de las consecuencias en un paciente que ya ha tenido ese ACV.

Existen cuatro estadios:

- 1.- Estrechamiento en las carótidas que todavía no han producido síntomas o consecuencias.

- 2.- Desfallecimientos neurológicos transitorios que disminuyen o desaparecen dentro de las 24 Hs. (A.I.T).

- 3.- Síntomas neurológicos a causa de un trastorno de circulación, que en término de días o semanas vuelve a recuperarse totalmente. Este se llama **déficit neurológico isquémico reversible**, no deja secuelas.

- 4.- ACV establecido, dividido a su vez en : a) con capacidad de mover el brazo y pierna y b) parálisis completa de brazo y pierna.

REHABILITACIÓN MÉDICA

La rehabilitación médica comienza el mismo día que el paciente ingresa al hospital. La misma comprende el cuidado urgente del paciente con todas las medidas diagnósticas y terapéuticas que tienen por finalidad lograr que los daños del cerebro sean los mínimos posibles y limitar su extensión, procurando evitar la producción de nuevos infartos cerebrales.

Parte de esta rehabilitación consiste en disminuir los factores de riesgo. Teniendo en cuenta que el más importante es la hipertensión, se trata de mantener estable la tensión sanguínea, a través de la modificación de los hábitos alimenticios como así también el hábito de fumar.

En caso de ocurrir un ataque isquémico transitorio o pequeño ACV, se deben considerar medidas adicionales, entre ellas el uso de ciertos medicamentos, como son: ácido salicílico – vasodilatadores – anticoagulantes.

En la etapa aguda del ICTUS, paralelamente a las medidas mencionadas, hay que prestar atención a las posibles complicaciones, que con frecuencia suelen presentarse.

En pacientes de edad avanzada se pueden producir úlceras en la región glútea, talones y pantorrillas. Esto es porque la piel no se alimenta bien como consecuencia de la presión del cuerpo sobre la cama, si no se controla correctamente puede generar graves infecciones en la piel. La mejor prevención contra este peligro es la temprana movilización del paciente fuera de la cama, si esto no es posible, se les ha de mover regularmente y protar piernas y pies con algodón.

El paciente debe hacer gimnasia varias veces al día. La falta de movilidad en las extremidades paralizadas conduce al aniquilamiento de las articulaciones, estas contracturas pueden llevar aparejado un acortamiento de los tendones y deformación de las articulaciones. En esta situación, el paciente tiene una postura forzada, no puede mover la masa muscular por sí mismo ni por medio de masajes. Este estado es muy doloroso, por eso, el cuidado durante la fase del ataque cerebral debe dirigirse a evitar esas contracturas.

También es grave la deformación del pie. Como la musculatura de la pantorrilla es especialmente fuerte, el pie tiende, mientras el paciente se halla acostado sobre la espalda, a caer hacia abajo, si no se mueve el pie activa y pasivamente en dirección contraria, se deforma y hace que el enfermo sea ya incapaz de andar.

El Sr. KESSLER menciona que al menos la mitad de los pacientes que sufren un ataque cerebral, tienen una parálisis pronunciada, de mayor o menor grado, en un lado del cuerpo. Aproximadamente, el 25 % de los paciente sufren además, trastornos de la sensibilidad en la mitad del cuerpo y uno de cada diez tiene graves problemas de coordinación de los movimientos. Para corregirlos, es necesario, si es posible, una adecuada gimnasia después de todo ataque cerebral.

La finalidad principal de esta terapia gimnástica es evitar, en la fase aguda, las complicaciones y a largo plazo, obtener en lo posible el mayor grado de autonomía para movilizarse.

Hoy suele emplearse una gimnasia de reflejos, basado en el método de la fisioterapia londinense de BERTA BOBATH, que se basa en que, normalmente, en cada movimiento de brazo o pierna hay que tensar un músculo y distender o

relajar otro, el del movimiento opuesto.

La persona que ha sufrido un STROKE se halla paralizada de medio cuerpo, ha perdido el control exacto de sus movimientos. El area del cerebro cuyas células nerviosas rigen los movimientos de los miembros de la parte contraria, ha quedado destruída. Además está dañada la llamada fibra piramidal, la fibra transmisora que lleva estos impulsos desde el cerebro a la médula espinal.

Una parálisis de medio cuerpo se desarrolla en diversas fases:

* La parálisis flácida, al poco tiempo del ataque cerebral: las masas musculares de la parte contraria del cuerpo se vuelven primero flácidas, es decir, blandas y pesadas. Al intentar ponerse en pie, la pierna renguea y el brazo cuelga de la cama, tiene que ser acercado al cuerpo con ayuda de la mano sana.

* La segunda fase se distingue por el incremento de la tensión muscular: después de un tiempo, de acuerdo a los casos, aumenta la posibilidad de doblar el brazo y extender la pierna. Es la fase denominada espástica.

* Es la postura Wernicke, así llamada por el neurólogo Wernicke: la fase anterior ha dejado los miembros rígidos. El paciente anda tieso, el brazo está doblado, los dedos de los pies como garras y el talón no llega al suelo.

Esta postura, que es típica de los pacientes con hemiplejía, puede ser extremadamente molesta para la vida diaria y se produce cuando no se consigue una mejora de los movimientos de los miembros paralizados por medio de una gimnasia bien dirigida.

El objetivo del método de BOBATH consiste en conseguir un equilibrio en el trabajo de los músculos de la mitad del cuerpo dañada impulsando los reflejos deseados y frenando los no deseados. Para ello el paciente debe aprender una dinámica de movimientos totalmente nueva.

En una primera fase después del ataque cerebral hay que ejercitar al paciente en la activación y desactivación de los movimientos. El brazo paralizado debe estar siempre extendido y la pierna impedida un poco inclinada; se le ayuda al paciente a levantar el brazo impedido por encima de la cabeza. Esto logra que, por un lado, la cápsula de la articulación del brazo impedido no se atrofie y por el otro lado, que con ejercicios se alivie el reflejo de extensión del brazo enfermo, lo que impide la parálisis.

En la fase de movilización hay que dar mucha importancia a una posición directa y simétrica del cuerpo al incorporarse. Los hemipléjicos tienden a una postura asimétrica del cuerpo empleando preferentemente la parte sana del mismo. El incorporarse simétricamente y mantener el equilibrio de pie son fundamentales para andar seguro. El fin principal de esta primera recuperación es lograr caminar firme y con el tiempo andar sin ayuda.

El perfil general sobre el cual se produce la recuperación es:

- * La mayor parte de la recuperación se produce en forma más o menos pronunciada, durante los tres primeros meses después del ACV.

- * Casi toda la mejoría se produce en meses.

- * Largo tiempo después, más de un año, se pueden registrar mejorías motoras, del habla y de la función general.

El tratamiento de la rehabilitación, en general, tiende a integrar a ambos

lados corporales (el afectado y el no afectado) y no buscar compensación del lado sano solamente, esto se aplica tanto al aprendizaje motor como sensorial, conductual, etc..

La última fase de rehabilitación en el hospital o unidad especial y el regreso al hogar deben ser vistas como una sola etapa. Aunque desde un principio no se haya descuidado la atención a la familia y la situación familiar pre – ACV, estas condiciones van adquiriendo una importancia primordial hacia el momento del alta del paciente.

La rehabilitación es la suma del individuo y su medio ambiente. En ese sentido, es importante no sólo alcanzar los máximos logros a nivel individual, sino también estudiar, comprender o influir en el medio natural del paciente para que la interacción potencie los resultados del tratamiento y no los disminuya.

CUADRO I: Porcentaje de la población en los grupos de edad más ancianos y edad mediana de la población, por regiones / países seleccionados: 1991.

Región/País	Porcentaje de 60 años y más		Porcentaje de 75 años y más		Edad mediana (años)
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
África al sur del Sahara	4,3	4,6	0,7	0,7	17
Cercano Oriente/Norte de África	5,6	6,3	1,1	1,3	20
Asia	7,1	8,1	1,3	1,8	24
América del Norte	14,6	19,0	3,9	6,6	33
Europa	16,0	21,9	4,2	7,6	35
Caribe	8,6	9,6	2,4	3,0	24
Barbados	11,2	15,6	3,7	5,8	28
Cuba	11,8	12,6	3,6	4,0	28
Haití	6,3	6,1	1,5	1,8	18
Jamaica	8,3	9,8	2,3	3,1	22
República Dominicana	5,5	6,7	1,0	4,0	28
Trinidad y Tabago	7,2	8,1	1,6	2,3	24
América Latina	6,2	7,5	1,3	1,8	22
Argentina	11,4	14,6	2,5	4,0	28
Belice	4,8	5,4	1,0	1,3	18
Bolivia	5,7	6,5	0,9	1,2	20
Brasil	5,8	7,4	1,1	1,7	22
Colombia	5,7	6,6	1,0	1,4	23
Costa Rica	6,4	7,1	1,6	1,9	22
Chile	8,0	10,3	1,6	2,7	26
Ecuador	5,5	6,2	1,2	1,6	20
El Salvador	5,4	6,2	0,9	1,3	18
Guayana Francesa	6,4	7,2	1,2	1,9	24
Guatemala	5,2	5,2	1,0	1,1	18
Guyana	5,8	6,6	1,2	1,7	21
Honduras	4,9	5,2	1,2	1,3	17
México	5,4	6,0	1,3	1,6	20
Nicaragua	3,6	4,4	0,5	0,8	17
Panamá	7,3	7,5	1,7	1,9	22
Paraguay	5,6	6,5	1,2	1,6	19
Perú	5,5	6,4	1,0	1,3	21
Suriname	6,5	7,3	1,2	1,5	22
Uruguay	14,8	18,4	3,6	5,8	31
Venezuela	5,6	6,5	1,1	1,6	21

Fuente: Oficina del Censo de los Estados Unidos de América, Centro para la investigación Internacional, Base de Datos Internacionales sobre el Envejecimiento.

SIGLO XXI: TRES VECES MAS VIDA

Los primeros hombres que habitaron la Tierra vivían cerca de 30 años. En 1940, la expectativa de vida se había duplicado, Y en el año 2060 el Hombre vivirá casi tres veces más que cuando apareció en el Planeta

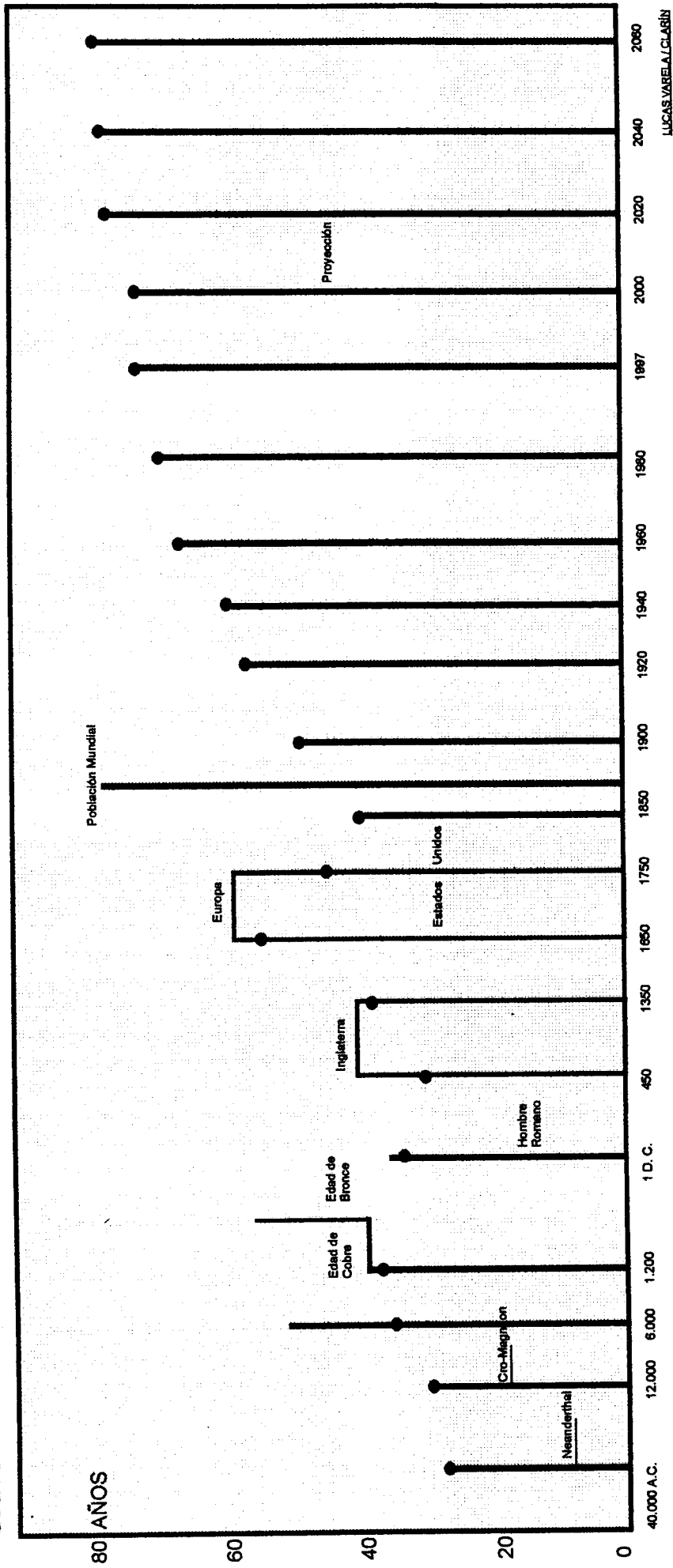


FIGURA I

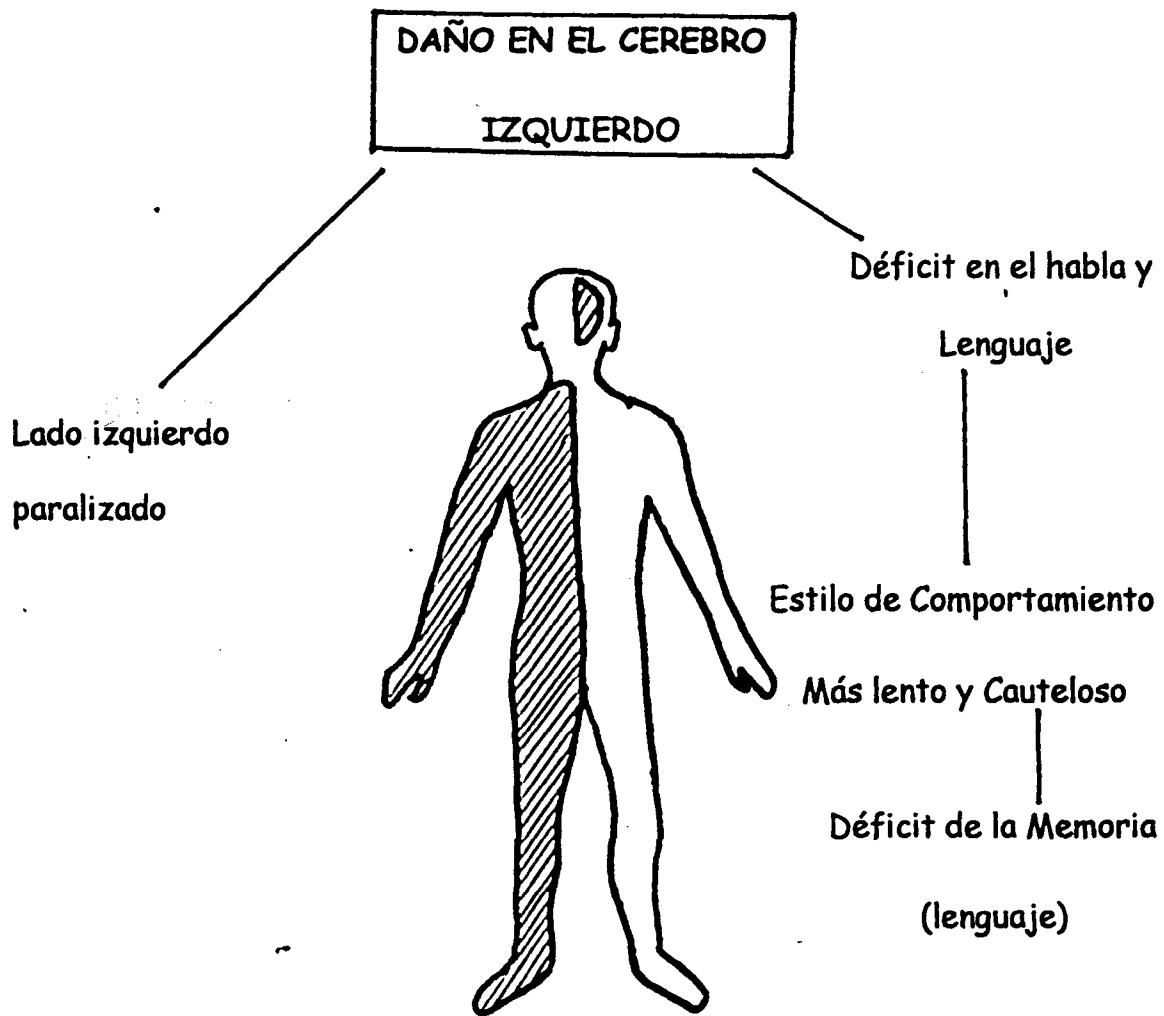
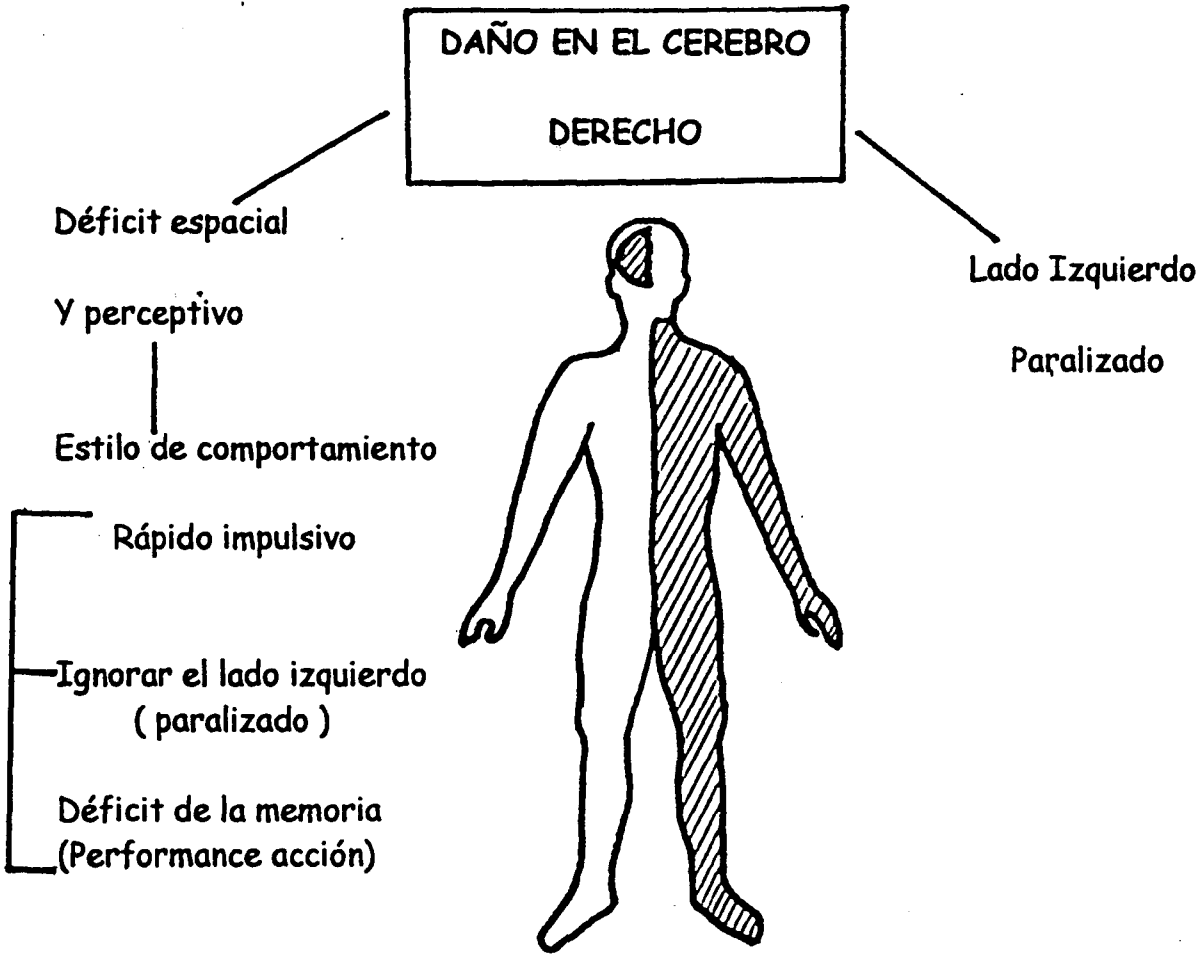


FIGURA II



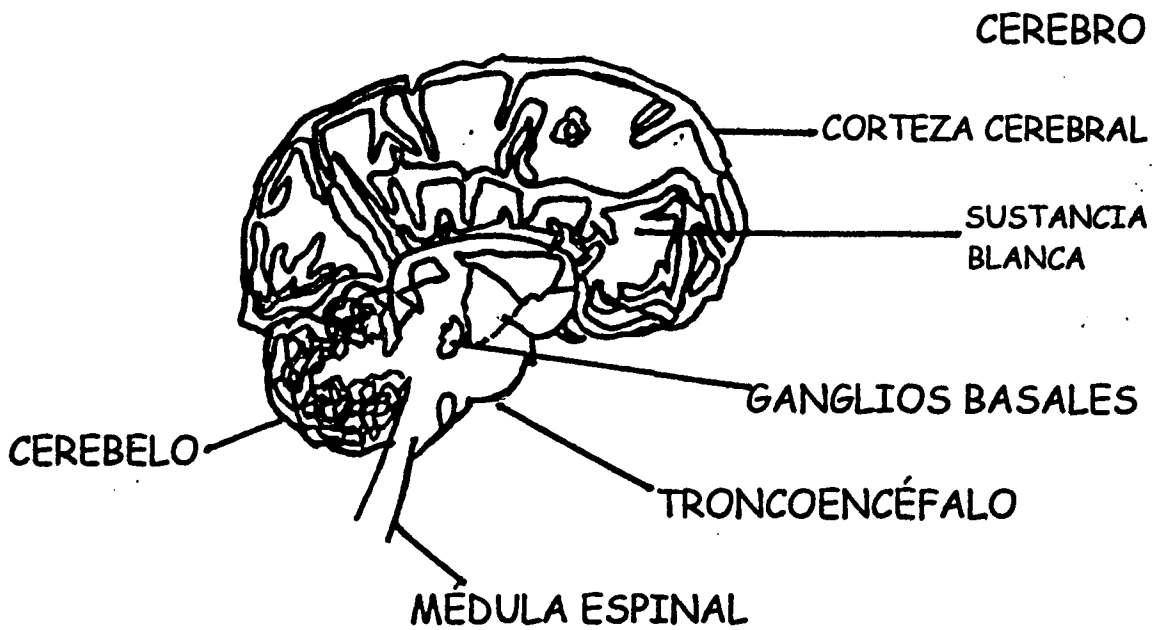


Figura 1: Estructura del Cerebro Humano. Los núcleos de las células nerviosas forman la sustancia gris en la superficie del cerebro. (Corteza Cerebral)

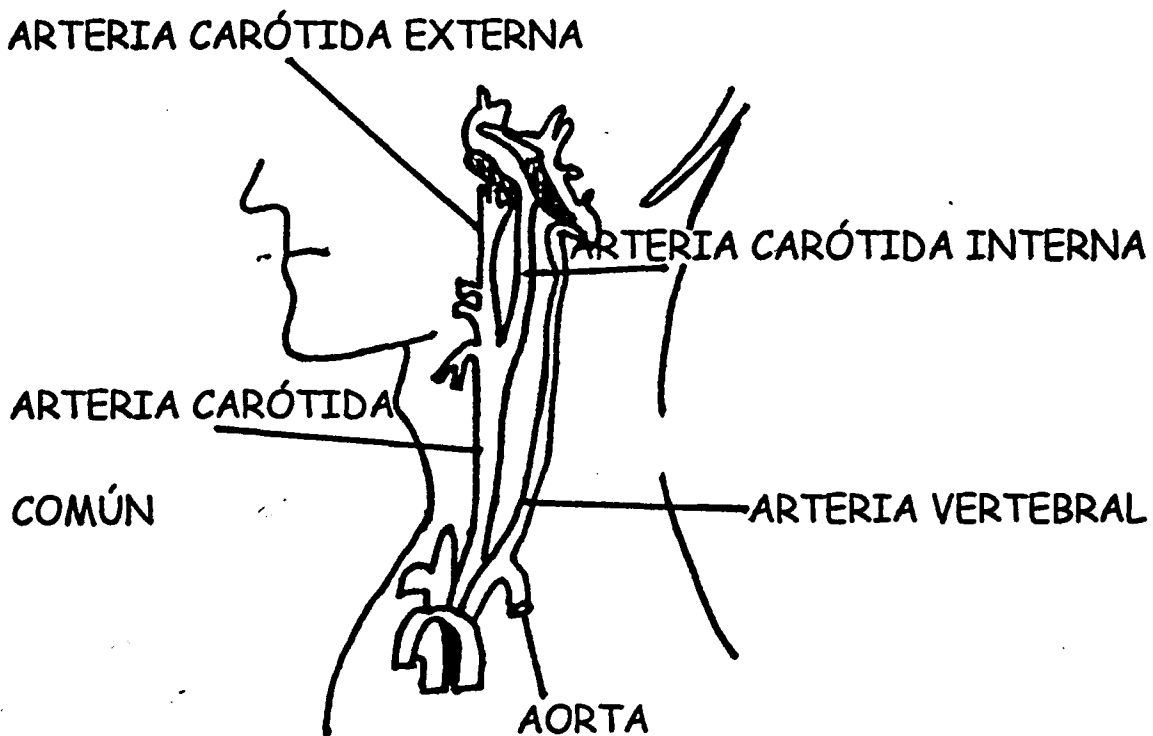


Figura 2: Arterias que llevan la sangre al cerebro. Los dos hemisferios cerebrales son abastecidos de sangre y oxígeno por la carótida interna y por la arteria vertebral.

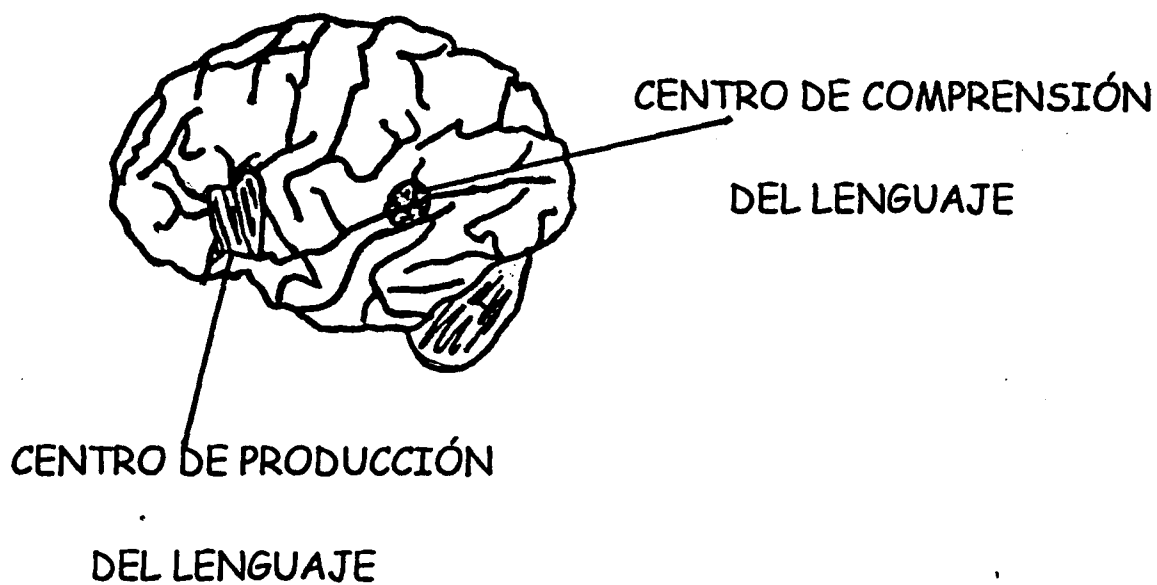


Figura 3: Centros del lenguaje en el cerebro.

BIBLIOGRAFIA

- DE BAUVOIR, Simone .- "LA VEJEZ" .- Edit. Sudamericana Bs. As. .- 1970 .-
- KATZ, Ignacio Favio .- "LA TERCERA EDAD: Un Proyecto Vital y Participativo para reinsertar la vejez en nuestra Sociedad" .- Edit. Planeta .- Bs. As.- 1992 .-
- SANCHEZ SALGADO, Carmen Delia .- "TRABAJO SOCIAL Y VEJEZ: Teoría e Intervención".- Edit. Humanitas .- Bs. As. .- 1990 .-
- MORAGAS MORAGAS, Ricardo .- "GERONTOLOGIA SOCIAL: Envejecimiento y Calidad de Vida".- Edit. Herder .- Barcelona .- 1995 .-
- HORPINKS, Helen L – SMITH, Helen D. .- "WILLARD / SPACKMAN: T.O .-
- O.M.S .- FORO MUNDIAL DE LA SALUD .- Vol. 16 .- 1995 .-
- SELSER, Claudia – ROJAS, Patricia .- DIARIO CLARÍN .- REVISTA VIVA .- "Los Viejos Jóvenes" .- Bs. As. .- 1997 .-
- ANZOLA PEREZ, Elías y Cols. .- "LA ATENCIÓN DE LOS ANCIANOS: Un desafío para los años '90" .- O.P.S. .- Washington .- 1994 .-
- SALVAREZZA, Leopoldo .- "LA VEJEZ: Una Mirada Gerontológica Actual".- Edit. Paidós .- Bs. As. .- 1998 .-
- SALVAREZZA, Leopoldo .- "SOCIEDAD Y VEJEZ: Una aproximación psicoanalítica" .- Edit. Paidós .- Bs. As. .- 1992 .-
- DR. TESONE, Juan O. .- "REHABILITACIÓN: Problema Médico – Familiar – Educativo y Social".- CERENIL .- Mar del Plata .- 1984 .-
- KOTTKE, Federic J. – AMATE, Esther Alicia .-"ADELANTOS CLÍNICOS EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN".- O.P.S. .- Whashington .- 1994 .-

- KISNERMAN, Natalio – GOMEZ, María G. .- "TEORÍA Y PRÁCTICA DEL TRABAJO SOCIAL .- EL METODO: Investigación".- Edit. Humanitas .- Cap. Fed. .- 1985 .-
- SOLA, Arturo E. - NUÑEZ, María E. Y SOLA, Nurio .- "GUÍA PARA EJERCITAR NUESTRA MENTE" .- Bs. As. .- 1999.-
- SOLA, Arturo E. – NUÑEZ, María y SOLA, Nurio .- "GUÍA PARA HIJOS Y FAMILIARES AL CUIDADO DE MAYORES CON PATOLOGIAS SEVERAS".- Bs. As. .- 1999.
- SLUZKI, Carlos .- "LA RED SOCIAL: Frontera de la Práctica Sistémica".- Edit. Gedisa .- España .- 1996 .-
- RAPPAPORT, León .- "LA PERSONALIDAD: desde los 26 años hasta la ancianidad".-
- PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PARA PACIENTES CON ACV CRONICO".- SATE .- Hospital Privado de Comunidad .- Mar del Plata .- 1998 .-
- CADAHIA, Jesús .- "LA FAMILIA".- Edit. Prensa Española S.A. .- Madrid .-
- CORSI, Jorge .- "VIOLENCIA FAMILIAR: Una Mirada Interdisciplinaria sobre un grave problema social" .- Edit. Paidos .- Bs. As. .- 1994 .-
- MATTIUSKIS, Ketty – ROBERTIS, Francisco .- "REHABILITACION: Recuperación funcional del lisiado".- Edit. CTM Servicios Bibliograficos .- Bs. As. .- 1993 .-
- SABINO, Carlos .- "EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN".- Edit. Humanitas .- Bs. As. .- 1986 .-
- MIRA Y LOPEZ, Etulio .- "HACIA UNA VEJEZ JOVEN".- Edit. Kapeluz .- Bs. As. .- 1961 .-

- BERENSTEIN, Isidro .- "FAMILIA Y ENFERMEDAD MENTAL".- Edit. Paidós .- Bs. As. .- 1991 .-
- TAYLOR, S. J. – BOGDAN, R. .- "INTRODUCCIÓN A LOS MÉTODOS CUALITATIVOS DE INVESTIGACIÓN. La Búsqueda de Significados" .-
- SHIMBERG, Elaine Fantle .- "STROKES: What Families Should Know".- Edit. Ballantine Books .- New York .- 1998 .-
- KESSLER, Christof .- "EL ATAQUE CEREBRAL" .- Edit. Mensajero .- Bilbao.- 1996 .-
- GARCÍA PINTOS, Claudio .- "LA FAMILIA DEL ANCIANO: también necesita sentido".- Edit. San Pablo .- Bs. As. .-
- VERSLUYS, Hilda .- 'INFLUENCIAS DE LA FAMILIA' .- Cap. IV .-
- OPS .- "LA SALUD DE LOS ANCIANOS: Una Preocupación para todos".- Whashington .- 1992 .-
- PARSONS, Talcott .- "LA ESTRUCTURA SOBRE LA FAMILIA" .- ENE. FROM .- 1970 .-
- PARSONS, Talcott y otros .- "LA FAMILIA" .- Barcelona .- 1970 .-
- BARISANI, Blas .- "APUNTES PARA UNA HISTORIA DE LA FAMILIA".- Edit. Claretiana .- Bs. As. .- 1998 .-
- THEODORSON, George A. – THEODORSON, Achiller G. .- "DICCIONARIO DE SOCIOLOGÍA".- Edit. Paidós .- Bs. As. .- Vol.2 .- 1978 .-
- WEAKALAND J. – HERR, J. .- "TERAPIA INTERNACIONAL Y 3ª EDAD: Asesorando a la familia del Gerente" .- Edit. Madir .- Bs. As. .- 1979 .-
- GARCÍA FUSTTER, Enrique .- "EL APOYO SOCIAL EN LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA" .- Edit. Paidós .- Bs. As. .- 1997 .-

- EROLES, Carlos .- "FAMILIA – CONFLICTOS Y DESAFÍOS".- Edit. Espacio.- Bs. As. .- 1996 .-
- COMO AYUDAR A LA FAMILIA .- 1999
[http:// text.nlm.nih.gov/tempfiles/is/tempBrPg60810.html?t=931435558](http://text.nlm.nih.gov/tempfiles/is/tempBrPg60810.html?t=931435558)
- KRUSEN – KOTTKE O LEHMANN .- "MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN" .- Edit. Medicina Panamericana .- Madrid .- 1993 .-
- LINDEMANN – TEIRICH – HELPERTZ .- "TRABAJO DE REHABILITACIÓN" .- Tomo I .- Estudio Preventivo, médico, laboral y social.- Edit. Labor – S.A .- Barcelona .- 1973 .-
- NICHOLS .- "REHABILITACIÓN EN MEDICINA" Tratamiento de la incapacidad física .- Edit. Salvat .- Barcelona .- 1984 .-
- JETTE, Alan – BRANCH .- "EL ESTUDIO DE INCAPACIDAD DE FRAMINGHAM".- Vol. 71 .- Nº 11 .- 1981.-
- CHIPPS E. – CLANIN N. – CAMPBELL V ..- "TRASTORNOS NEUROLÓGICOS".- Cap. IV – VII .- Rehabilitación Neurológica .- Edit. Mosby / Doyma .- Madrid .- 1995 .-
- DELL'ANNO, Amelia .- "POLÍTICA SOCIAL Y DISCAPACIDAD". Sujeto y Contexto .- Edit. Humanitas .- Mar del Plata .- 1998 .-
- "REVISTA ARGENTINA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA" .- Edit. Sinopsis .- Bs. As. .- 1995 .-
- REVISTA "PASOS" .- Nº 1 – Secretaria de Calidad de Vida" .- Mar del Plata .- 1997 .-
- DIARIO – ABC - "BREVES REFLEXIONES SOBRE LA VEJEZ" .- Madrid .- 1998 .-

- DI CARLO, Enrique y equipo .- Papeles Científicos de T.S - "LA COMPRENSIÓN COMO FUNDAMENTO DE LA INVESTIGACIÓN PROFESIONAL" .- Edit. Humanitas .- Mar del Plata .- 1995 .-
- DI CARLO y equipo .- Papeles Científicos de T.S – "TRABAJO SOCIAL PROFESIONAL: El método de la Comunicación racional" .- Edit. Humanitas .- Mar del Plata .- 1996 .-
- DI CARLO, Enrique y equipo .- Papeles Científicos de T.S – "LA PERSPECTIVA DE REDES NATURALES: Un Modelo de Trabajo para el Servicio Social" .- Edit. Humanitas .- Mar del Plata .- 1998 .-
- ANDERSON, Thomas P. .- "REHABILITACIÓN DE PACIENTES CON APOPEGLÍA COMPLETA" .- (apunte extraído del SATE).-
- DIAGNÓSTICO PSICOSOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES .- (documentación extraída del SATE) .-