

Trabajo de Integración final.

Carrera de Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional.

Facultad de Psicología

Universidad Nacional de Mar del Plata

Título del trabajo:

“Problemáticas de los adultos mayores autovalidos que viven solos en la ciudad de San Luis.”

Especializando: Ivana Raquel Miral.

Tutor: Dr. Juan Carlos Scipioni

Director: Mag. Claudia J. Arias



N° CLASIFICACION:	ADQUISICION:
+ M	R 212
	N° INVENTARIO:
	R-926

CARTA AVAL

Por medio de la presente avalo la entrega final de este Trabajo de Final de Integración, según lo pautado en la OCS 1676/07, para que se considere su aprobación por el Comité Evaluador.

Firma



Aclaración

CLAUDIA ARIAS

DNI

20.028.948

Índice

<u>Resumen</u>	4
<u>Introducción</u>	4
✓ Fundamentación	4
✓ Planteamiento del problema	7
✓ Objetivos	7
✓ Aspectos Metodológicos	8
✓ Recolección de datos.	8
✓ Análisis de los datos obtenidos	12
<u>Marco Teórico</u>	13
✓ Proceso de envejecimiento	14
✓ Envejecimiento Poblacional	17
✓ Dolor Psíquico. Duelo y Depresión	19
✓ Apoyo Social en la Vejez	22
✓ Adultos Mayores que viven solos	23
✓ Atención Primaria de la Salud. Promoción y Prevención de la Salud.	25
✓ Bienestar psicológico	26
✓ Alimentación y nutrición en adultos mayores	27
<u>Diagnostico</u>	28
✓ Datos Brindados por el Censo de INDEC 2001	28
✓ Análisis de datos, según tipo de hogares .	28
✓ Análisis Cualitativos de Datos relevados	32
- Alimentación	33
- Exposición a situaciones de violencia e inseguridad	34
- Seguridad en el hábitat	35
- Concurrencia a Servicios de Emergencia	36
- Concurrencia a organismos de asistencia social y previsional	38
- Fuentes de apoyo social	40

- Estados anímicos y bienestar psicológico	41
<u>Síntesis de la investigación</u>	42
<u>Limitaciones y alcances de la investigación</u>	43
<u>La propuesta de intervención</u>	44
✓ Objetivos	44
✓ Estrategia a implementar	44
<u>Descripción del procedimiento y actividades a desarrollar</u>	47
Primera etapa: Con los actores sociales de organizaciones de la sociedad Civil y Centros de jubilados.	47
✓ Segunda etapa: El desarrollo de los talleres.	48
✓ Tercera etapa: Evaluación de la intervención y acompañamiento	50
✓ <u>Bibliografía</u>	52



Resumen

El envejecimiento poblacional repercute en las estructuras familiares. Por varios motivos, muchos adultos mayores autovalidos viven solos, constituyendo un grupo importante de la población que deberá ser tenido en cuenta al momento de realizar intervenciones sociales eficaces. Este trabajo, pretende, en primera instancia, conocer las problemáticas que presentan adultos mayores autovalidos que viven solos en la ciudad de San Luis e indagar sobre sus condiciones de vida en relación a alimentación, condiciones de seguridad, exposición a situaciones de violencia y bienestar psicológico. También se pretende conocer las fuentes de apoyo social con que cuentan y los motivos más frecuentes de concurrencia a servicios de emergencia y servicios sociales. Con tal fin se realizó una investigación en la que se implementaron entrevistas con adultos mayores autovalidos que viven solos en la ciudad de San Luis y con informantes claves, y se confeccionaron historias de vida. Se analizaron datos del Censo del INDEC del año 2001 e información brindada por un periódico local. La metodología utilizada para el análisis de datos fue la triangulación metodológica. Se hallaron datos interesantes acerca de la población investigada, pudiendo señalar que los adultos mayores autovalidos que viven solos en San Luis, son susceptibles de padecer riesgos e imprevistos que pueden afectar su independencia y autonomía, repercutiendo en forma negativa en su calidad de vida. En una segunda instancia, se plantea una propuesta de intervención basada en los Principios de la Atención Primaria de la Salud, teniendo como eje la prevención y la promoción de la salud. La misma tiene como objetivo, a través de la capacitación en talleres, brindar dispositivos y posibilitar la generación de estrategias que posibiliten, a través del autocuidado, mejorar la calidad de vida de la población involucrada, sosteniendo su autonomía e independencia. La propuesta tiene además como objetivo, la instauración de un vínculo de confianza entre esta población y referentes barriales capacitados en la temática de interés a fines de que se continúen realizando intervenciones preventivas que serán monitoreadas en forma permanente a través del coordinador de la propuesta de intervención y equipo de profesionales.

Introducción

Fundamentación

Los cambios demográficos, en particular el envejecimiento poblacional relacionado en forma directa con el descenso en la tasa de natalidad y el aumento de la esperanza de vida, repercuten de diversas maneras en las conformaciones de los núcleos familiares.

En muchos casos, adultos mayores, solteros o tras enviudar, o luego de la emigración de hijos o familiares cercanos a otras localidades, viven solos en sus domicilios particulares. “Las personas que poseen una edad avanzada y que viven solos constituyen un grupo especialmente vulnerable dentro del conjunto de la población mayor” (Arias, 2004).



Estos adultos mayores que viven solos y son autovalidos, constituyen un grupo de personas que deberán ser tenidos en cuenta a la hora de pensar políticas sociales o estrategias de intervención en el campo social.

Estas estrategias deberán tener como fin, respetar su individualidad a la vez que pretender brindar las condiciones para que se efectivice el cumplimiento de los derechos de los adultos mayores.

El Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento(2002) contempla todos los aspectos que deben ser considerados para que se cumplan los Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad, reconocidos como Derechos de los Adultos Mayores: Cuidados, participación, dignidad, autorrealización e independencia.

Para que ello pueda resultar eficaz, es necesario el compromiso de los líderes gubernamentales en los que a políticas sociales públicas respecta. Se necesita que el Estado tenga la actitud de ser presente y se encuentre en permanente movimiento, para que las políticas sociales tengan como eje común el bienestar de los ciudadanos, pensando a éste como persona que ejerce sus derechos. “las políticas sociales deben apuntar a un desarrollo que tenga como protagonista a los sujetos, fortaleciendo sus capacidades, las redes sociales o tejido social.” (Kirchner, 2004)

Es en este marco del reconocimiento de la persona como ciudadano de derecho, en que el adulto mayor deberá contar con que ciertas cuestiones estén contempladas.

Por ello, en relación a estos derechos y a la prevención y a la promoción de la salud como dispositivos para que ellos se cumplan, en la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento, los representantes de los países de esa zona, se comprometen a llevar a cabo varias acciones para lograr un envejecimiento activo y saludable.

En este contexto queda establecido el Punto III, El fomento de la salud y el bienestar en la vejez. Allí se comenta que la promoción de la salud constituye una de las estrategias de mayor impacto en la situación de salud de la población y allí mismo se reconoce que menos del 2% de los países incluyen metas de promoción de salud para adultos mayores.

Como meta general se define “las personas mayores deberían tener acceso a servicios de salud integrales y adecuados a sus necesidades, que garanticen una mejor calidad de vida en la vejez y la preservación de su funcionalidad y autonomía”, creándose como objetivo Nro. 1 “promoción de una cobertura universal de las personas mayores a los servicios de salud, incorporando el envejecimiento como componente esencial de las legislaciones y políticas nacionales de salud”, para lo cual como recomendación para la acción, entre otras, se consigna el “desarrollar un sistema sanitario que destaque la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la provisión de cuidados equitativos y dignos a los adultos mayores” (Cepal, 2004).

Existen varias políticas sociales que apuntan a la prevención y promoción de la salud.

Existen políticas para los adultos mayores que están en condiciones de seguir participando activamente en la sociedad, por Ej. La experiencia cuenta, programas que incentivan los emprendimientos propios, voluntariados, actividades recreativas de todo tipo, turismo para la tercera edad, actividades culturales y en el extremo están las políticas sociales que se destinan al adulto mayor en situación de carencia de algún tipo. Es así que existen programas, que asisten a los adultos mayores que lo necesitan, tales como centros de día, residencias para adultos mayores, unidades geriátricas sanitarias, cuidadores domiciliarios, entre otros.

O sea son programas sociales destinados a adultos mayores con redes sociales presentes y a los adultos mayores con características de paciente geriátrico, o para aquellos que sin serlo, requieren ayudas para las actividades independientes de la vida cotidiana. (Caso de cuidadores domiciliarios).

Si hablamos de Promoción de la salud, incluimos a una gama de actividades específicas destinadas a mantener la salud e impedir la enfermedad. “Promover la salud es cuidar lo biológico y lo psico – social en forma general e inespecífica o para prevenir alguna enfermedad en particular” (Touceda y Rubin, 2007).

Por lo tanto, para este tipo de actividades, los adultos mayores auto validos que viven solos, conforman un grupo importante de personas que necesitan también de la mirada y la acción eficaz, para lograr lo que todo ser humano necesita: *Vivir dignamente, autorrealizándose, siendo cuidado, participando, para , entre otras cosas, mantener la independencia.*

Es así, que en este trabajo pretendo investigar ese grupo de adultos mayores autovalidos que viven solos en la ciudad de San Luis a fines de poder conocer con que problemáticas se enfrentan y si hay un estilo de vida común en ellos.

El propósito de la propuesta de intervención, tendrá como eje brindar una herramienta factible de llevar a cabo, con los recursos humanos existentes, a fines de poder brindar atención y prevenir la emergencia de complicaciones que afecten a la independencia y calidad de vida de estos adultos mayores autovalidos que viven solos en San Luis.

Planteamiento del problema

Partiendo de lo planteado en la introducción y pensando al grupo de adultos mayores autovalidos que viven solos en San Luis como un grupo humano en el que puede haber casos que se encuentren en situación de vulnerabilidad, que requiere de intervención eficaz, el planteamiento del problema se constituye a partir de las siguientes preguntas:

- ✓ ¿Qué problemáticas presentan los adultos mayores auto validos que viven solos en la ciudad de San Luis?
- ✓ ¿Cuáles son las condiciones de vida de los adultos mayores que viven solos en la ciudad de San Luis?
- ✓ ¿Con que fuentes de apoyo social cuentan los adultos mayores auto validos que viven solos en la ciudad de San Luis?

Población objetivo:

Adultos mayores de 75 años auto validos que viven solos en la ciudad de San Luis.

Objetivo general.

- ✓ Identificar las problemáticas que puedan afectar la calidad de vida y la independencia de los adultos mayores auto validos que viven solos en la ciudad de San Luis

Objetivos específicos:

- ✓ Indagar las condiciones de vida de los adultos mayores auto validos que viven solos en la ciudad de San Luis, en relación a su **alimentación, condiciones de seguridad, exposición a situaciones de violencia y bienestar psicológico.**
- ✓ Conocer cuáles son los **motivos más frecuentes de concurrencia a servicios de emergencia** de los adultos mayores que viven solos en la ciudad de San Luis
- ✓ Conocer cuáles son los **motivos de concurrencia a servicios sociales** de los adultos mayores que viven solos en la ciudad de San Luis.
- ✓ Conocer cuáles son las **fuentes de apoyo social** con las que cuentan los adultos mayores que viven solos en la ciudad de San Luis

Aspectos metodológicos

La investigación se llevó a cabo en la ciudad de San Luis en el transcurso de seis meses. En este lapso se realizaron las entrevistas con adultos mayores autovalidos que viven solos en la ciudad de San Luis, informantes claves y se confeccionaron historias de vida con adultos mayores elegidos a raíz de contar con las condiciones requeridas para la investigación. A saber, debían ser adultos mayores que viviesen solos en la ciudad de San Luis y su estado físico y psíquico les permitiera vivir de manera independiente y autoválida.

Recolección de datos.

Para realizar este proyecto se utilizaron, para la investigación de la temática a abordar las siguientes técnicas de recolección de datos:

Fuentes secundarias de Información:

- Se analizaron Datos del Censo Nacional de Población y Vivienda, llevado a cabo por el INDEC 2001.
- Información relevada a través de medios masivos de comunicación, precisamente el diario "La República".

Fuentes primarias de Información:

- Datos brindados por Informantes claves:



- ✓ 5 Adultos mayores autovalidos que viven solos en la ciudad de San Luis.
- ✓ Un enfermero que desempeña su tarea de modo particular
- ✓ Una Lic. en nutrición que desarrolla su actividad en un Centro medico
- ✓ Dos Lic. en Trabajo Social : (Una afectada al Centro de referencia del Ministerio de Desarrollo Social de San Luis y una Profesional contratada en el Centro de Jubilados de la Provincia de San Luis, hasta mayo del 2009 y actualmente afectada al Complejo Sanitario de San Luis).
- ✓ Personal relacionado con adultos mayores que trabajan en distintos organismos:
 - Personal de PAMI, del sector “PAMI Escucha” de San Luis.
 - Referente del Área adultos mayores y atención a la diversidad de la Municipalidad de San Luis.

Para poder obtener datos de estos informantes claves se utilizaron entrevistas ya que “la entrevista es un dispositivo de recolección de datos ampliamente utilizado en la investigación en diversas disciplinas sociales. Permite obtener conocimiento desde el punto de vista de los demás”. (Golpe y Arias, 2007)

El tipo de entrevistas que se utilizaron con los informantes claves y con los adultos mayores, para realizar la recolección de datos fueron de tipo semiestructuradas. Se realizaron 11 entrevistas en total. Las mismas se llevaron a cabo en relación a los siguientes ejes temáticos, teniendo en cuenta que los mismos brindarían la información que se pretendía obtener.

- Alimentación. (Que alimentos consumían los adultos mayores, si mantenían una dieta equilibrada, etc.)
- Condiciones de seguridad en el hábitat. (Condiciones edilicias y mobiliarias).
- Fuentes de apoyo social. (Vínculos familiares, de amistad, relaciones con los vecinos, con organizaciones, etc.)
- Controles médicos y estado sanitario. (Cumplimiento de controles médicos periódicos y pertinentes según cada caso)

- Exposición a situaciones de violencia e inseguridad. (Robos, hurtos, malos tratos a los que los adultos mayores que viven solos han sido víctimas).
- Concurrencia a servicios dedicados a la atención de la salud. (Causas de la necesidad de visitar a una guardia médica, enfermedades recurrentes que dieran origen a concurrir al médico)
- Concurrencia a organismos de asistencia social y/o previsual. (A fines de conocer trámites que realizan en forma mayoritaria de la población objetivo y sus necesidades insatisfechas)
- Bienestar psicológico. (Presencia de ansiedades, depresión, u otro estado de ánimo).

Además de realizar, las 11 entrevistas anteriormente detalladas, se realizaron 5 historias de vida de adultos mayores autovalidos que viven solos en San Luis.

Al elegir los adultos mayores para realizar las historias de vida y entrevistas, me encontré con el inconveniente de que muchos adultos mayores que vivían solos, no eran autovalidos y requerían del auxilio permanente de terceros para poder vivir dignamente. Tal fue el caso de dos adultos mayores que vivían solos, pero que durante gran parte del día contaban con un cuidador domiciliario, (por lo general durante la tarde y la noche). También adultos mayores que si bien vivían solos, algún familiar vivía en la casa contigua.

Este inconveniente fue sorteado gracias a información de las personas entrevistadas, a quienes llamo “informantes claves” quienes me suministraron datos de personas que contaban con las características requeridas para la investigación. También del conocimiento de esta población, debido al propio trabajo con adultos mayores.

Para poder realizar estas historias de vida, previamente se requirió establecer una relación de confianza. De ella surge la posibilidad que una persona pueda expresarse con tranquilidad. “Para un adecuado uso de este dispositivo es necesario el establecimiento de un vínculo de confianza entre el entrevistador y la persona que cuenta su vida. Se debe crear un clima agradable, cómodo y tranquilo” (Golpe y Arias, 2007)

Los adultos mayores que brindaron su historia de vida son:

- Lidia: Tiene 82 años y enviudó hace cuatro años. Tiene tres hijos que no viven en la misma localidad que ella. Fue víctima de una situación de violencia y robo en su domicilio, luego de haber sido engañada y violada su confianza.
- Ernestina: tiene 76 años y es viuda. No tuvo hijos. La familia de su esposo, consistía en dos hijas de un primer matrimonio y desde el fallecimiento de su padre, compañero de la consultada, no volvieron a visitarla. Sufrió una fuerte depresión y autoabandono. Su estado higiénico era muy deficiente, como así también el de su vivienda.
- Sara, tiene 78 años, es separada y tiene 3 hijos. Uno de ellos vive en otra localidad, otro vive en San Luis Capital pero no la visita y el más chico de ellos sufre alcoholismo y adicción a las drogas. Vive con el padre, también alcohólico. Sufrió un accidente en su hogar, ya que la cocina se incendió mientras cocinaba con aceite.
- Enrique: tiene 85 años, vive solo desde que enviudó. Manifiesta que después que falleció su esposa tuvo que aprender a realizar quehaceres mínimos tales como encender el lavarropas y prepararse la cena. Tenía dos hijas viviendo en Rosario. Una de ellas falleció en el año 2008 y la otra, continúa viviendo en esa ciudad. Lo visita una, o dos veces al año y mantienen un fuerte contacto telefónico.
- María Rosa: es soltera, tiene 79 años y no tuvo hijos. Era la más pequeña de 6 hermanos que han fallecido. Sufrió un accidente en su casa. Mientras se bañaba se resbalo en la ducha. Sufrió quebradura de tibia y peroné.

En estas historias de vida, todos los adultos mayores pudieron relatar como vivían cuando eran adultos o jóvenes (en relación a sus roles familiares y laborales) y como es su vida actualmente. También pudieron manifestar sus sentimientos en relación a sus gratificaciones, frustraciones y su bienestar psicológico.

Las historias de vida también permitieron conocer las esperanzas, proyectos y deseos que cada uno de estos adultos tiene.

Análisis de los datos obtenidos:

A los efectos de elaborar el diagnóstico, se efectuó un análisis cuantitativo y cualitativo de los datos. El primer tipo de análisis fue aplicado al trabajar con la información brindada por el Censo Nacional de Población y Vivienda, llevado a cabo por el INDEC en 2001. El análisis de tipo cualitativo fue realizado a partir de los datos relevados tanto de las historias de vida de adultos mayores como de las entrevistas que se realizaron a informantes claves y la información suministrada por el diario “La República”.

Este tipo de metodología utilizada para el análisis de datos es llamada triangulación ínter metodológica. “La triangulación plantea que las metodologías cualitativas y cuantitativas no son excluyentes, sino por el contrario, susceptibles de complementariedad” (Arias, 2004: 39)

Cabe destacar que además de la información que los informantes claves pudieron suministrar, fue de sumo interés escuchar la expresión de vivencias y sentimientos que ellos mismos experimentaron al visitar a algún adulto mayor que residía solo, y también sus apreciaciones personales.

Marco Teórico

Proceso de envejecimiento

La vejez es un proceso que comienza desde el nacimiento y concluye en la muerte del ser humano. Nadie envejece de la misma manera debido a que interactúan factores intrínsecos y extrínsecos que tendrán relación con lo social, económico, cultural y ambiental. Cada persona tiene una vejez diferente, debido a que ha vivido cosas particulares y también comunes.

De este modo, el envejecimiento es un “fenómeno en el que confluyen condiciones biológicas, culturales, sociales y psicológicas” (Roqué y Fassio, 2007).

No se puede entender de modo unívoco a la vejez y no existe un único concepto de la misma. Podemos entender que “es una etapa del ciclo vital que es construida socialmente, ya que la edad es solo una de las variables a tener en cuenta para describirla y delimitarla” (Roqué y Fassio, 2007).

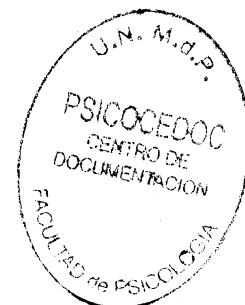
Existe una representación cronológica y una representación social de la vejez y varios factores inciden para que cada adulto mayor sea diferente de otro, a ello se lo denomina diversidad. Ella estaría “construida a partir de la combinación de diversas características que variarán en importancia según la propia experiencia de vida, edad, género, sexualidad, etnicidad e identidad cultural, religión y fe, discapacidad, nivel educativo, nivel económico, lugar de residencia y trayectoria laboral” (Roqué y Fassio, 2007).

Es decir, la historia personal, los roles vivenciados, sus vínculos además de lo biológico y de lo social son factores que marcan una diferencia entre un adulto mayor y otro.

Hay muchas maneras de pensar a la vejez, muchas formas como teorías hay de poder describirlas.

Desde el campo psicológico, la psicología evolutiva es la que se ocupa del estudio de los procesos de cambio psicológico que ocurren a lo largo de la vida. Es aquella que estudia el desarrollo de un ser humano en las cuestiones psicológicas y cognitivas.

En el desarrollo de un ser humano participan la interacción de los factores sociales, los procesos físicos y la historia individual de un ser humano.



La personalidad se va a ir configurando por factores que también irán determinando las edades: cronológica, social y biológica. Rosario Ferrer Casales (2001) en Apuntes de Psicología de la Salud, Psicología y Ciclo vital, cita a los siguientes:

- **Factores normativos:** Son definidos como determinantes biológicos y ambientales íntimamente relacionados con la edad cronológica. Son normativas por cuanto que por lo general se presentan en todos los miembros de una cultura: Ej. de orden social podemos mencionar la escuela primaria, del orden biológico en las mujeres podemos citar la primera menstruación, en los hombres la aparición del bello en el pecho.
- **Factores normativos relacionados con la historia:** Son aquellos acontecimientos y normas completamente generales experimentadas por una unidad cultural en conexión con el cambio bio social. Son normativos si afecta a la mayoría de los miembros de una misma generación de forma similar: Ej. Una guerra, una crisis económica, en Argentina Proceso Militar.
- **Factores no normativos en el desarrollo del ciclo vital:** Se refieren a determinantes biológicos y ambientales que son significativos en efectos sobre historias vitales, individuales, pero no generales. Ej. Muerte de un familiar, cambio de trabajo, accidente.

Hay algunos puntos que podríamos pensar como que son comunes a toda persona que atraviesa el proceso de envejecimiento:

- **Aumenta la introspección:** Es una actividad mental que se relaciona con el recuerdo y precisamente con la reminiscencia. El adulto mayor generalmente tiende a revisar, a su manera, su historia. Los recuerdos son importantes y les sirve para poder realizar un análisis de su vida y también para poder ubicarse ante ciertos límites que les impone la vida, como los cambios de roles.
- **Adecuaciones al nuevo cuerpo:** Envejecer trae aparejado un nuevo cuerpo. Hay un deterioro a nivel corporal que generalmente no coincide con la imagen que hemos formado de nuestro cuerpo. Es una tarea subjetiva que implica mucho esfuerzo reconocer nuestros cambios corporales.
- **Cambio de roles:** Envejecer, traerá aparejado cambiar de posiciones subjetivas, lo cual implicará, en cierta medida e intensidad el cambio de actitudes y roles. La mirada de los

otros y sus expectativas cumplen una importante función, ya que estos cambios, son esperados, de alguna manera, por los otros. Para algunos adultos mayores estos cambios de roles son afrontados con mucho dolor y esfuerzo psíquico.

- **Crisis:** En el cambio de las etapas vitales aparece la crisis. Cambiar de un rol a otro generalmente trae aparejado un malestar general que pone en juego su síntesis de ese “yo soy”. La primera sensación es la desorientación. Hay que pensarse diferente, ello implica una actividad mental que puede acarrear mucho dolor.
- **El uso del yo temporal:** El adulto mayor para dar cuenta de algo o expresar sus opiniones utiliza muy a menudo referencias temporales. Ej: “cuando yo era joven”, “en los años 50”.
- **El conocimiento de la finitud de la vida:** El concepto de fin de la vida se torna relevante y cierto. Se sabe, por lo general, que el fin de la existencia es algo mucho más probable que cuando se tenía menos años.
- **Cambios en el sueño:** En esta etapa de la vida la cantidad total de sueño cambia poco, pero el sueño se interrumpe y se distribuye a lo largo de las 24 horas del día.
- **Enlentecimiento de la memoria:** A medida que pasan los años, y no necesariamente le pasa a todos los sujetos al mismo tiempo, se lentifica, la memoria reciente, permaneciendo intacta la memoria de evocación.

Muchas teorías tratan de explicar el proceso de envejecimiento, pero, por separado no puede explicarse este fenómeno en el que confluyen todos los factores detallados y que concluyen en cambios comunes, pero también en la diversidad y en lo que llamamos envejecimiento diferencial.

No hay una sola manera de pensar a la vejez, sino que cada adulto mayor con los que tratamos, será diferente a otro, porque ha vivido, ha sufrido y ha disfrutado cosas diferentes.

Desde lo subjetivo el adulto mayor es aquella persona que atravesó una serie de cambios a lo largo del tiempo y donde la identidad podría ser pensada como la síntesis de aquellas diversas etapas de su vida, así como también la perspectiva de lo que será en el futuro.

Si le preguntamos un adulto mayor que es la vejez, podremos observar que cada persona la define según sus propias vivencias y experiencias y según el contexto en el que está



inmerso. De esta manera el envejecimiento tendrá un nexo directo con lo biológico y lo social y “resulta importante señalar que éstos son interpretados a la luz de una cultura que le da una significación en un contexto particular y cambiante”. (Iacub y Acrich, 2007). Desde lo biológico, el envejecimiento es un proceso que implicará una pérdida continua en la forma de adaptación y en las capacidades físicas. Si bien, cada persona vivencia su proceso de envejecimiento de diferente manera, hay algo que es común y esperable en la vejez: “El envejecimiento se define como un proceso continuo, heterogéneo, universal e irreversible que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. Los cambios que suceden en el envejecimiento no son uniformes, varían en el inicio la rapidez y la magnitud de los mismos. Estos cambios determinan una disminución de la reserva funcional y una alteración de la respuesta ante el stress” (Touceda y Rubin, 2007). Debe tenerse en cuenta que , “si bien la mayoría de los adultos mayores gozan de buena salud, son independientes y muchos de ellos ayudan a sus familias, es cierto que con la edad aumenta la incidencia y la prevalencia de enfermedades crónicas y ciertas situaciones de dependencia que generan mayor utilización de recursos socio sanitarios” (Touceda y Rubín, 2007).

La valoración médica estratifica los pacientes de edad avanzada en la siguiente tipología:

- ✓ Anciano sano: Es mayor de 65 años, no posee enfermedades objetivables, es independiente para las actividades de la vida diaria, no posee deterioro cognitivo, ni problemáticas sociales.
- ✓ Anciano enfermo: Es aquel que teniendo las mismas condiciones que el anciano sano, posee enfermedad aguda intercurrente.
- ✓ Anciano frágil: Es mayor de 80 años, padece caídas, polifarmacia, pluripatología. También puede requerir ayuda para las actividades independientes de la vida diaria y mantiene su independencia gracias a un delicado equilibrio socio familiar. Padece riesgo de caer en dependencia ante cualquier intercurrentia y su red es frágil.
- ✓ Paciente geriátrico: es Mayor de 65 años, padece síndromes geriátricos, pluripatología, es dependiente para todas las actividades de la vida diaria, padece deterioro cognitivo y problemáticas sociales (Touceda y Rubín, 2007).

Envejecimiento Poblacional

El envejecimiento Poblacional es el aumento de la población adulta mayor, a saber, de aquellos habitantes que tiene más de 60 años. Un país tiene una estructura poblacional envejecida cuando el porcentaje de personas de 60 años y más es del 7% o lo supera.

El fenómeno de envejecimiento poblacional, no es un proceso irreversible, ya que tanto el envejecimiento o el rejuvenecimiento de una población está sujeto al incremento o descenso de varios factores.

Una población envejece por varios acontecimientos, “sin embargo, desde el punto de vista demográfico, podemos considerar tres factores que son las principales causas del envejecimiento/rejuvenecimiento poblacional: fecundidad, mortalidad y migraciones que actúan sobre una población determinada” (Roqué y Fassio, 2007).

La variación en la tasa de fecundidad es uno de los factores más importantes que intervienen en el proceso de envejecimiento de una población. También la esperanza de vida por el progreso y avance de las ciencias incidirá notablemente en la cantidad de adultos mayores de una población. “Con respecto al aumento de la expectativa, el progreso de la medicina, el perfeccionamiento de las técnicas e intervenciones quirúrgicas, la elaboración de nuevos fármacos, así como los cambios en el etilo de vida, contribuyeron a la disminución de la mortalidad y consecuentemente a un importante aumento de los años de vida”. (Arias, 2004). El envejecimiento de la población es directamente proporcional con el incremento de la expectativa de vida.

La disminución de las tasas de mortalidad es otro factor que incide en este proceso y podemos observar que la misma se relaciona directamente con la esperanza de vida. “El descenso de la mortalidad afecta a todas las personas en el sentido de que si aumenta la esperanza de vida al nacer, es mayor el número de personas que llegarán a ancianos” (Roque y Fassio, 2007).

Las migraciones e inmigraciones pueden tener efectos rejuvenecedores o de envejecimiento de una población, según en la franja atarea en la que se produce.

En relación a América Latina podemos observar que es todavía un sector joven del mundo con respecto a otros países de Europa. Mientras que su población mayor de 60 años es casi

del 10%, en el continente Europeo dos de cada diez personas superan esa edad. Europa se constituye en el país con mayor cantidad de habitantes adultos mayores.

Si bien la población de América Latina es joven en relación a otros continentes, puede observarse que está envejeciendo precipitadamente, con una progresión hacia el 2050 que indica que el 23,4 % de la población total será mayor de 60 años. “No obstante los distintos países de la región se encuentran en diversas etapas de la transición demográfica. Bolivia, Guatemala y Paraguay (5 a 7%) se encuentran en una etapa de envejecimiento incipiente. Colombia, Ecuador México y Venezuela presentan un envejecimiento moderado (7 a 8%). Chile y Brasil (8 a 10%) moderado avanzado y finalmente Uruguay, Cuba y Argentina (mas del 10%) de envejecimiento avanzado” (Roqué y Fassio 2007).

Argentina es considerada un país con envejecimiento avanzado. Incluso es uno de los países mas envejecidos de la región de Latinoamérica y el Caribe (Roqué y Fassio, 2007). Según datos del INDEC,(2001) la población mayor a 60 años en Argentina corresponde al 13,4 de la población total. De este porcentaje el 58% corresponde a mujeres y el 42% a hombres.

Que un país o una comunidad envejezca involucra cambios sustanciales en las costumbres, roles a ocupar, tipos y dinámicas familiares.

Actualmente, debido a la gran expectativa de vida vemos que en una familia pueden vivir personas de diferentes edades. Dándose casos en que viven varias personas de diferentes generaciones. Puede vivir el bisnieto con el nieto, con el hijo, con el padre, con sus tíos, con sus abuelos y con su bis abuelo.

Por eso la concepción de familia va cambiando, pasando de la concepción de familia nuclear (padres e hijos) a las familias extensas y verticales “donde como consecuencia de la baja tasa de natalidad hay menos parientes laterales (hermanos, tíos, primos). Aumentan las relaciones intergeneracionales y disminuyen las intrageneracionales por falta o disminución de dichos miembros” (Roqué y Fassio, 2007).

Dolor Psíquico. Duelo y Depresión

Hay varias situaciones que en la vejez, son productoras de mucha angustia y dolor y que dependerá la intensidad en la vivencia según cada persona. Estos acontecimientos se relacionan con la crisis emocional, entendiendo a ella como toda situación que nos pone en un lugar de límite y que nos trae mucho trabajo psíquico para poder resolverla (dolor, esfuerzo, cansancio, angustia, ansiedad). Entre estas situaciones generadoras de dolor psíquico podemos citar:

- **“Los cambios en la familia:** aquí podemos citar al nido vacío.
- **Los cambios a nivel sexual:** debidos a cambios en la capacidad sexual, o no percibirse a sí mismo o al otro como alguien erótico.
- **La jubilación:** implica un cambio de rol y de identidad de un individuo.
- **Los cambios económicos:** que producen en algunos casos sensación de dependencia
- **Las pérdidas a nivel de los sentidos y capacidades** como el oído, la vista o las capacidades cognitivas, que pueden provocar aislamiento social e inseguridad personal.
- **Las enfermedades y discapacidades:** sin que la vejez se caracterice por la enfermedad o la discapacidad, existen más posibilidades de que puedan ocurrir, sumado a los mitos que tienden a exagerar ciertos cambios dándoles mayor gravedad de la que tienen.
- **El temor frente a la hospitalización o la institucionalización:** lo que implica una suma de miedos asociados a la enfermedad y a la pérdida del control personal o autonomía.
- **La preocupación y ansiedad frente al cambio de imagen o de la capacidad física:** ambos ponen en juego el reconocimiento del otro hacia uno mismo y los recursos de afrontamiento.
- **El miedo a la muerte:** particularmente en la mediana edad y posteriormente el temor ante el momento y el modo en que se produzca la muerte” (Iacub y Acrich 2007).

El duelo en la vejez cobra vital importancia. Las pérdidas de seres queridos, de objetos importantes ponen en juego cuestiones subjetivas que implicaran mucha elaboración psíquica.

El duelo nos remite necesariamente a la noción de pérdida, desde la psicología debemos extender éstas a las que hacen alusión a la identidad del sujeto, tales como los aspectos físicos mentales o laborales.

El duelo se puede pensar desde la concepción teórica del psicoanálisis. Sigmund Freud define al duelo como “la reacción a la pérdida de un ser querido o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el ideal, etc.” (Freud, S. 1915-1918)

Para pensar en duelo, debemos incorporar el término libido. La libido para el psicoanálisis Freudiano, hace mención a la energía psíquica a aquello que depositamos en algo que de algún modo es importante para nosotros.

Por ello, se entiende que aquello que se pierde, estaba “libidinizado”, o sea, habíamos depositado en él eso que podíamos llamar amor, pasión, cariño u otro tipo de sentimiento y que por eso estábamos unidos a él.

Es así que la muerte, o la pérdida nos pone ante nosotros el hecho de que eso, tan amado, ya no está. Enfrentar esta situación, lleva tiempo, un gran trabajo psíquico que para el psicoanálisis tiene los siguientes pasos:

- **1º Paso:** Se manifiesta por la sensación de shock y de fuerte angustia. Es el momento en el que muchas veces aparece la negación y la proyección. Es el momento del duelo en que suelen escucharse frases como “la culpa es del médico, del familiar, etc.”
- **2º Paso:** Es al que Freud definió como la sensación de “el mundo se encuentra desierto”. Es el momento de la aceptación, la tristeza y la resignación. Es el momento de introspección, y la relación con el mundo exterior se debilita.
- **3º Paso:** La persona puede restablecer los vínculos con el exterior, y aparece la serenidad y aceptación de lo sucedido.

El duelo no es un estado patológico en sí mismo sino que es un proceso que debe elaborarse ante la pérdida de algo significativo subjetivamente. Dada las condiciones previas a la pérdida o a la estructura subjetiva es que hay diferentes modos de vivir este proceso. Incluso un duelo puede llegar a ser patológico si se dan ciertas condiciones, entre las que podemos citar entre otras la mayor intensidad, duración y presencia de alucinaciones.

La depresión es un estado patológico que tiene una sintomatología propia que permite un diagnóstico diferencial. No existe un solo tipo de depresión, pero si se puede detallar los síntomas más comunes de ella:

“1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, el sujeto se siente triste y vacío. Muchas veces aparece el llanto y en otras ocasiones aparece el deseo de llorar pero no hay lágrimas. La depresión puede expresarse a través de un estado de ánimo irritable.

2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, según las referencias realizadas por el propio sujeto o desde la observación de los demás

3. Los trastornos en el apetito son constantes, pueden manifestarse por perder el apetito o incrementarlo (especialmente ingiriendo azúcares o hidratos de carbono).

4. El insomnio o la hipersomnia son frecuentes.

5. La agitación o enlentecimiento psicomotores, sin ser meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido.

6. La fatiga o pérdida de energía casi todo el día. Es habitual el cansancio y la fatiga, incluso sin hacer ningún esfuerzo.

7. Sentimientos de inutilidad y culpa excesivos, con autorreproches, que pueden llegar a ser inapropiados y delirantes.

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, y falta de voluntad para realizar tareas de la vida cotidiana.

9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse” (Jacub y Acrich, 2007).

Para que pueda diagnosticarse un cuadro de depresión estos síntomas deben permanecer en el tiempo y no deben ser producto de un duelo. Aunque a veces un duelo, puede desencadenar una depresión.

La depresión en la vejez es una enfermedad frecuente que en ocasiones no suele ser diagnosticada. Ello se debe a los estereotipos erróneos y creencias con respecto a las

cualidades subjetivas de las personas adultas mayores que hacen que incluso profesionales, estimen que los síntomas propios de la depresión son una característica normal de la vejez. “En los círculos médicos se ha extendido la idea de que la depresión no se reconoce lo suficientemente, ni se trata, entre la población de adultos mayores” (Rice, 2002).

Apoyo Social en la Vejez

El apoyo social es definido como “las transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación” (Huenchuan y Guzmán, 1980).

Estas relaciones se van conformando en diferentes maneras y tipos de vinculaciones que constituyen redes. Las redes sociales son importantes ya que sirven para solucionar conflictos y proporcionan apoyo y colaboración entre los miembros que la integran. Las redes sociales son sumamente variadas en cuanto a tamaño e intensidad en los vínculos que se establecen con y entre cada nodo que la conforman.

Claudia Arias dice que la **red social** puede ser caracterizada como un sistema de límites difusos que incluye a la totalidad de las relaciones interpersonales de un sujeto y define a la **red de apoyo social** como “uno de los constructos integrados dentro del apoyo social” (Arias, 2004).

Según la investigación realizada por la mencionada autora la red de apoyo social estaría relacionada con aquellas relaciones que desempeñan funciones de apoyo y que esto es sentido de manera placentera por la persona que integra esa red.

“El apoyo o soporte social se refiere a la percepción subjetiva y personal del sujeto, a partir de su inserción en las redes, de que es amado y cuidado, valorado y estimado y de que pertenece a una red de derechos y obligaciones” (Arias, 2008).

Varias investigaciones han demostrado el efecto saludable que suministran las redes sociales solidas e intensas en relaciones y apoyo social factible de suministrar. Ello es extensible para el grupo etáreo de adultos mayores. “Los hallazgos de investigación y la evaluación de programas basados en el apoyo social han aportado evidencia acerca del benéfico de éste sobre el bienestar integral de las personas de edad, planteándose más

fuertemente al apoyo social como posibilidad de dar respuesta a variadas problemáticas que viven los adultos mayores” (Arias, 2008).

En la vejez, las redes sociales, sufren modificaciones. Los cambios de roles, las nuevas conformaciones familiares, enfermedades, dependencia física u económica, la desaparición de alguno de los miembros de la red por fallecimiento o migraciones, son algunos de los tantos motivos que hacen que la red social y por ende el apoyo social en esta etapa de la vida cambie.

Por lo general, la red suele volverse insuficiente. “Durante la vejez las redes de apoyo social sufren disrupciones, llegando a mostrar importantes carencias y no cumpliendo adecuadamente sus funciones” (Arias, 2008).

Adultos Mayores que viven solos

En relación a las redes y apoyos sociales, hay casos extremos en que la red es insuficiente y el adulto mayor no posee el apoyo social suficiente. Esto es agravado si el adulto mayor vive solo. “los casos más riesgosos lo constituyen las personas que viven en profundos estados de deprivación emocional y aislamiento social sin ningún tipo de apoyo y con escasa participación en la comunidad” (Arias, 2008).

La conformación de hogares unipersonales en la vejez tiene muchos motivos. En ocasiones, muchos adultos mayores no contraen matrimonio ni forman familia directa. Al envejecer, se produce el deceso de familiares cercanos y la red familiar se deteriora.

Es común la viudez en la vejez, quedando el cónyuge solo. Esta soledad se intensifica cuando este adulto mayor no ha tenido hijos.

También hay ocasiones en que los hijos emigran hacia otros lugares en busca de mejores condiciones laborales o por diferentes situaciones personales, quedando el adulto mayor viviendo solo.

Estas dos últimas situaciones generan “Dolor psíquico” (Iacub y Acrich, 2007). El duelo será una etapa a atravesar, la soledad, un nuevo estado del adulto mayor.

Esta soledad implica cambios de posición subjetiva, no deseados ni esperados por la persona que “acarrea cierto trabajo psíquico para su resolución y el cual puede relacionarse con el malestar psicológico” (Iacub y Acrich, 2007). Este trabajo psíquico será diferente según la estructura psíquica previa, el significado que tiene el objeto perdido (cónyuge, hijos), los recursos sociales con los que cuenta el adulto mayor y la forma en la cual esta nueva situación es recibida. Una persona puede pensar y entender que próximamente quedará solo o la soledad puede llegar de manera abrupta, inesperada.

También se debe tener en cuenta que existen muchos adultos mayores que continúan viviendo solos desde su juventud o adultez, y la soledad no constituye un estado novedoso.

Es así, que muchos adultos mayores que viven solos se encuentran en condiciones de llamárselos ancianos sanos, pero muchos de ellos, debido a la ruptura de lazos sociales y ausencia de familiares, padecen esta “soledad” como condición de fragilidad.

No todos los adultos mayores que residen solos, se encuentran en las mismas condiciones psicológicas, físicas y sociales. Hay muchos de ellos que están sanos física y mentalmente, pero el hecho de encontrarse residiendo solo, constituye un factor de riesgo al momento de hacer frente a contingencias tales como accidentes, imprevistos o problemas de salud. “Estas personas de edad deben afrontar en soledad situaciones de crisis de salud y todo tipo de urgencias domésticas, estando desprotegidos frente a enfermedades y accidentes que pueden culminar con la muerte solitaria en el propio hogar” (Arias, 2008).

Estos adultos autosválidos e independientes se encuentran expuestos a que varios acontecimientos, puedan afectar en forma negativa su calidad de vida ocasionando severas secuelas que pueden poner en riesgo su independencia.

El auto abandono, la depresión, la falta de controles sanitarios, el debilitamiento de los lazos sociales existentes son algunas de las posibles consecuencias del hecho de “estar solo” y no contar con algún familiar o amigo que lo visite frecuentemente y pueda detectar algún problema o colaborar con él en la búsqueda de optimizar su calidad de vida.

“Las personas que poseen una edad avanzada y que viven solos constituyen un grupo especialmente vulnerable dentro del conjunto de la población mayor. Se encuentran más desprotegidos para hacer frente a enfermedades y accidentes y deben afrontar las situaciones de crisis de salud y las urgencias domésticas en soledad” (Arias, 2004).



Atención Primaria de la Salud. Promoción y Prevención de la Salud.

“El propósito de la atención primaria de la salud consiste en mejorar el estado sanitario de la población, involucrándola a través de la participación social, brindando cobertura universal mediante actividades de promoción y prevención de la salud, por medio de la visita periódica domiciliaria del agente sanitario, con apoyo continuo y sistemático de la consulta médica y odontológica programada, y con todas las prestaciones incluidas en los Programas de Salud, coordinando intra y extra sectorialmente en pos del bienestar comunitario” (Portal oficial del Gob. de la República Argentina. www.argentina.gov.ar).

Las acciones de promoción y prevención son primordiales para que todo ser humano pueda tener una buena calidad de vida. Esto cobra un particular interés en la vejez, como etapa de vida.

La promoción de la salud “incluye una amplia gama de actividades destinadas a mantener la salud e impedir la enfermedad. (...) Cuando hablamos de prevención queremos decir: prevenir la enfermedad y postergar o evitar la discapacidad” (Touceda y Rubín, 2007). Manuel Quintanilla Martínez (2006), menciona los tres niveles en los que se realiza la prevención con adultos mayores:

1. Prevención primaria: Este nivel tiene como objetivos el mantenimiento y la promoción de la salud dirigiendo sus esfuerzos en materia de educación sanitaria. Hacia el establecimiento de programas destinados a erradicar hábitos nocivos y a potenciar los que ayudan a mantener y elevar su estado de salud.
2. Prevención secundaria: Esta dirigido a las personas ancianas que están expuestas a riesgos potenciales de salud. Sus objetivos son el diagnóstico y tratamiento precoz de las enfermedades y de sus posibles complicaciones. Su objetivo es el retraso o prevención del proceso patológico y de sus secuelas.
3. Prevención terciaria: Enfoca sus intervenciones hacia el anciano enfermo, siendo sus objetivos fundamentales el tratamiento correcto de las patologías que le afectan y de sus incapacidades, así como el control de las potenciales secuelas. Comprende

la rehabilitación física y psíquica, y la reinserción social junto con la reintegración en su entorno, a ser posible familiar.

Para poder realizar acciones de promoción y prevención de salud es necesario la optimización y reorganización de recursos existentes. La atención primaria de la salud, con este fin, piensa a la acción sanitaria involucrada en lo social. Para ellos es necesario que las acciones se realicen “extra muros”, o sea que el contacto con la comunidad sea permanente para poder lograr sus objetivos. En el caso de los adultos mayores que viven solos, podría pensarse que uno de los objetivos es a partir de acciones de prevención y promoción de la salud lograr que se cumplan los derechos de los adultos mayores, entre ellos, los cuidados, el bienestar, y la independencia.

Bienestar psicológico

Este término cobra particular interés en la vejez y hace referencia a la posibilidad de sentir vivencias gratificantes y a la posición subjetiva positiva. Ello no se relaciona con la ausencia de enfermedades o carencias sociales o económicas, sino al sentimiento de bienestar.

El bienestar Psicológico se sitúa en el proceso de consecución de aquellos valores que nos hacen vivos y auténticos, que nos hacen crecer como personas y no tanto en las actividades placenteras o displacenteras.

Claudia Arias, en su libro Red de Apoyo Social y bienestar psicológico en personas de edad (2004), cita a García Viniegras y González Benítez (2000), quienes definen al bienestar psicológico como “un constructo que expresa el sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí mismo, que se define por su naturaleza subjetiva vivencial y que se relaciona estrechamente con aspectos particulares de funcionamiento físico, psíquico y social. El bienestar posee elementos reactivos transitorios, vinculados a la esfera emocional y elementos estables que son expresión de lo cognitivo, de lo valorativo, ambos estrechamente vinculados entre si y muy influidos por la personalidad como sistema e interacciones complejas y por las circunstancias medio ambientales, especialmente las más estables”.

El bienestar psicológico, se encuentra sumamente relacionado con el concepto de Capital psíquico. Éste está compuesto por “fortalezas y virtudes humanas que han sido valoradas como factores que influyen en el bienestar posibilitando un afrontamiento a las adversidades. El capital psíquico estaría formado entre otros por: la capacidad para perdonar, la motivación para aprender cosas nuevas, la sabiduría, la honestidad, el compromiso, la lealtad, la persistencia, la prudencia y el amor” (Arias y otros, 2009).

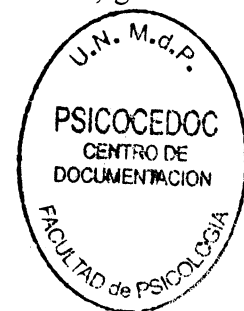
Alimentación y nutrición en Adultos mayores

La nutrición influye directamente sobre el estado de salud, no sólo por lo que un buen estado nutritivo representa con respecto a una menor mortalidad, sino también por lo que supone en cuanto a prevención de numerosas enfermedades e incapacidades frecuentes en los adultos mayores. Aunque la relación entre nutrición y salud es incuestionable, la malnutrición es uno de los problemas clínicos más frecuentes entre la población adulta mayor.

En la población de la tercera edad, “las variaciones individuales respecto al estado de salud, actividad física y cambios fisiológicos son mayores que en los más jóvenes y pueden influir de manera mucho más importante en el estado nutricional. (...) Los hábitos alimentarios de las personas de la tercera edad suelen ser inadecuados porque se adquirieron en épocas de la vida en que las demandas de energía eran muy superiores a las que tienen en la actualidad. Además, el metabolismo se torna más lento con los años, lo que también contribuye a que la carga energética normal en otras edades sea excesiva en edades avanzadas. Por tanto, convendrá que coman con moderación, lo que también les ayudará a evitar la obesidad o a reducirla si la tienen, y a disminuir el riesgo de contraer ciertas enfermedades asociadas a ella” (Favier, 2003).

Una alimentación equilibrada en la vejez deberá contar con los mismos requisitos que cuenta la alimentación en la adultez, o sea deberá ser rica en hierro, calcio, proteínas y fibras.

Por lo general la cantidad de ingesta tenderá a disminuir ya que es común que los adultos mayores, en especial aquellos que tienen un estilo de vida algo sedentario, gasten menos energía que una persona adulta en actividad moderada.



Dado que hay enfermedades cuya posibilidad de aparición se incrementa en la vejez, tales como la hipertensión y algunas enfermedades óseas, la alimentación deberá ser planificada de acuerdo a éstas, y según el caso se incrementara o disminuirá la ingesta de algunos alimentos, tal es el caso del consumo de sodio en la hipertensión arterial, azúcares para las personas con diabetes y lácteos en la artrosis y osteoporosis.

Diagnóstico

Datos Brindados por el INDEC

Según el Censo Nacional de Población del año 1991, Argentina tenía 32.615.528 habitantes, de los cuales 2.902.782 eran personas de 65 años y más. En 2001, de acuerdo con los datos del censo de ese año, los habitantes de Argentina eran 36.260.130 y las personas de 65 años y más llegaban a 3.587.620.

La provincia de San Luis, según datos brindados por el Censo 2001 de INDEC cuenta con 367.933 habitantes.

En relación a este proceso de cambio poblacional que va tornando a las comunidades más añejas la provincia de San Luis no es ajena.

Es así que si se analizan los datos del total de la población de San Luis y se comparan los del censo de 1991 con los datos del censo realizado en el año 2001, podemos observar que la tendencia de envejecimiento poblacional se da claramente en San Luis.

En nuestra provincia, el envejecimiento poblacional se acompaña del incremento del total de la población, aunque no es proporcional.

• Total de habitantes. Censo 1991:	286.458
• Total de habitantes. Censo 2001:	367.933

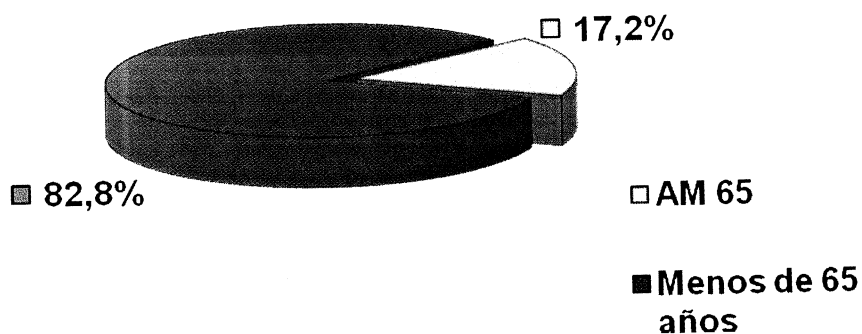
• Adultos mayores de 65 años. Censo 1991:	7,3%
• Adultos mayores de 65 años y mas .Censo 2001:	7,7%

• Adultos mayores de 80 años. Censo 1991:	1,4%
• Adultos mayores de 80 años censo 2001:	1,5 %

Análisis de datos, según tipos de hogares:

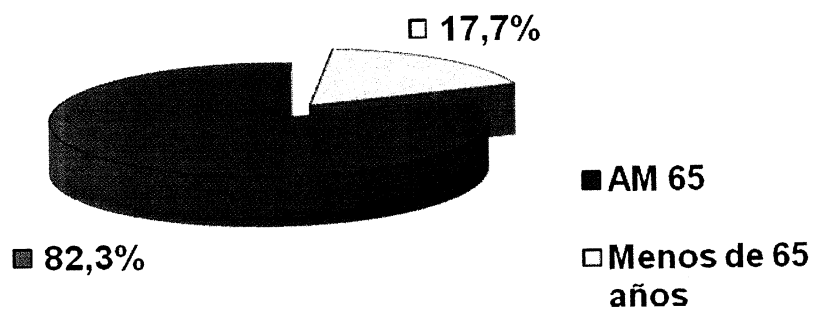
En relación a la población total de adultos mayores de 65 años, según el Censo de 2001, en Argentina, el 97,2% de la población de 65 años y más vive en hogares particulares y el 2,8% reside en instituciones colectivas (hogares de ancianos, hospitales u otras). Entre las personas de 65 años y más que habitan en hogares particulares, el 44,5% lo hace en un hogar nuclear, el 19,63% en un hogar unipersonal y el 34,8% en un hogar extendido o compuesto

Total de hogares con jefes de hogares mayores de 65 años - Prov. de San Luis



En relación a tipos de hogares, el censo realizado en el año 2001, nos informa que en la provincia de San Luis de un total de 101.644 hogares, 17,2% de ellos están conformados con jefes de hogares de 65 años y más.

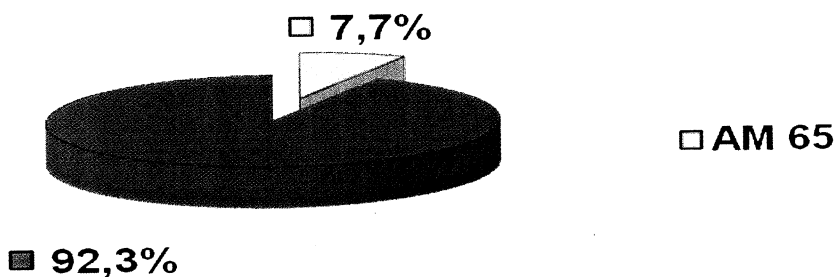
Prov. San Luis Jefes de Hogares con Adultos Mayores de 65 años o mas que viven solas



En relación a personas de 65 años y más que viven solas, en el año 2001, representaban el 17,7 % del total de hogares.

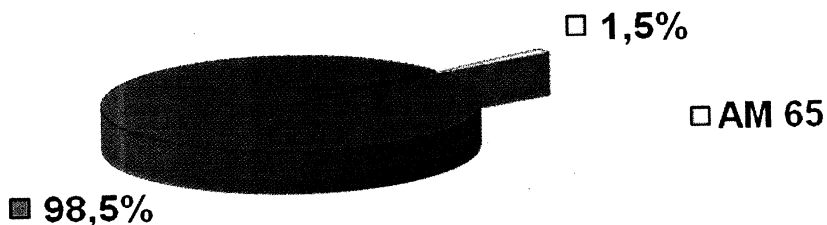
En comparación con los datos del censo de 1991, puede observarse también un incremento ya que en este censo el porcentaje de personas de 65 años y más que vivían solas era del 13,3 %. (INDEC. Aquí se cuenta.2008)

Porcentaje de adultos mayores de 65 o mas años - Sobre total de la población en la Provincia de San Luis



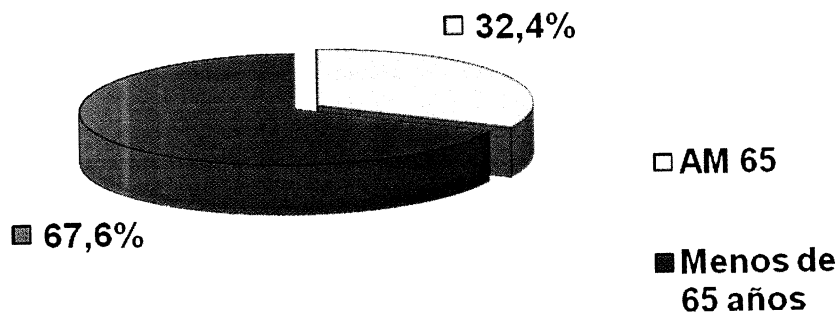
Son 28.432 adultos mayores de 65 años los residentes en el territorio de la provincia de San Luis.

Cantidad de aultos mayores de 65 años que viven solo - Sobre total de poblacion de la Provincia de San Luis



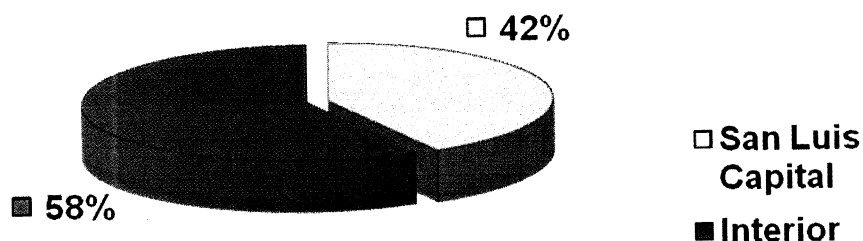
De ellos, más de 5.040 viven solos, lo cual representa el 1,5% de la población total y el 17,2% del total de la población mayor de 65 años.

Representacion de adultos mayores de 65 años - Sobre total de residentes en hogares unipersonales



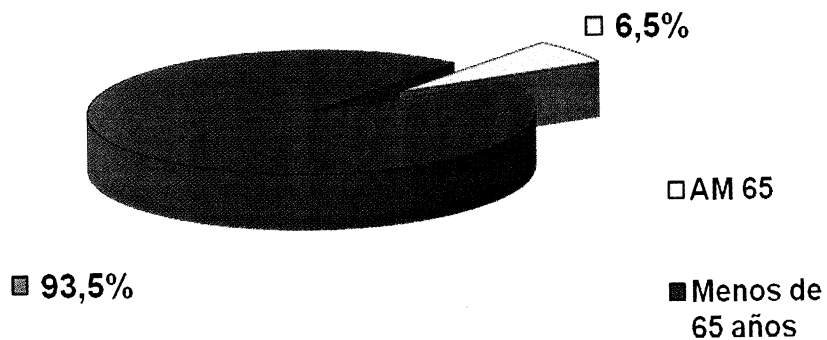
En la provincia de San Luis, de los hogares de tipo unipersonal, casi un tercio (32,4%) corresponde a personas mayores de 65 años.

Total de habitantes de la Provincia de San Luis que viven en la Ciudad de San Luis



Del total de la población de la Provincia de San Luis, 153.322 habitantes residen en San Luis Capital, representando esto el 42% del total de la población del territorio provincial.

Porcentaje de adultos mayores de 65 años en la Ciudad de San Luis



En la **ciudad de San Luis**, 9.945 personas son mayores de 65 años, representando el 6,5% del total del total de la población.

Análisis Cualitativo de Datos relevados

El análisis de los datos se realiza en ejes temáticos, relacionados con los objetivos generales y específicos de la investigación. Para realizar este análisis se tuvo en cuenta las entrevistas realizadas, las historias de vida, que “incluye las propias palabras de la gente” (Golpe y Arias 2007). Se interpretan los datos obtenidos y se buscan temas emergentes.

Alimentación

“No tengo ganas”, “No me gusta”, “total estoy solo”, son frases que se escuchan a repetición al escuchar a los Adultos mayores que fueron entrevistados. La alimentación de los adultos mayores autovalidos que viven solos en San Luis, entrevistados, era en general insuficiente. La misma es escasa en fibras y poco de ellos incluyen a los lácteos de manera cotidiana.

La ingesta de galletitas, golosinas, arroz y pastas secas predomina en su modo de alimentación. El consumo de infusiones tales como té, mate o mate cocido es habitual y excesiva, ya que suele reemplazar una completa alimentación en la cena o el almuerzo. También el consumo de embutidos es frecuente, en especial aquellos adultos mayores que han vivido en otra época en zona rural y por algún motivo continua relacionándose con personas que le proveen a modo de obsequio este tipo de alimentos.

Tampoco predomina la elaboración de alimentos, ya que prefieren el consumo de alimentos realizados de manera rápida. Enrique cuenta que nunca había cocinado, que su esposa se ocupaba de todas las tareas de la casa, incluso de sacarle turno al médico y del pago de impuestos de su casa. Desde que ella falleció debió aprender un montón de cosas que tal cual él cuenta “no tenía ni idea de que existiesen”. Dice que no sabía ni cocinar un bife a la plancha y que ahora aprendió, que por ahí pasa días comiendo lo mismo, porque le resulta fácil, rápido y le gusta. Esto lo relata al hacer referencia al consumo de carnes cocinadas a la plancha.

Si bien la mayoría de los adultos mayores saben que tienen que realizar una dieta equilibrada, no la realizan. Uno de los motivos para ello, es también el hecho de realizar las compras. “No tengo ganas de salir a hacer las compras” dice Sara, “además me cuesta cargar las bolsas”. Entonces consume lo que queda en la heladera o en la alacena, hasta que su sobrino que la visita en ocasiones le compra lo que necesita, o también suele pedirselo a

alguien que la visita. Ello es denominado como “síndrome del refrigerador vacío” (Sernac, 2004).

Por lo general, los adultos mayores entrevistados que tienen hipertensión arterial han eliminado el exceso de sodio de sus comidas, pero no incorporan otros alimentos necesarios para su problema de salud como es el incremento de consumo de fibras.

En relación al consumo de dulces y golosinas, pudo observarse que es algo que disfrutan mucho y que suele reemplazar la cena. “a la noche me tomo un té y me encanta comer algún alfajor, o algún pedacito de torta”. Sara es la que relata con picardía esto.

Otro motivo para alimentarse de manera inadecuada es la dentición. El hecho de usar prótesis dentales, y en ocasiones no en buen estado les dificulta el consumo de carnes y frutas duras, tal el caso de la manzana.

El tema emocional no ha sido motivo de poseer malos hábitos alimentarios. Los adultos mayores entrevistados no manifestaron que no comen porque no tienen deseos o porque están tristes.

Tampoco la mala alimentación provocó en los adultos mayores que brindaron información descenso de peso.

Exposición a situaciones de violencia e inseguridad

Los adultos mayores autovalidos que viven solos entrevistados, demostraron que son personas vulnerables en cuanto a ser víctimas de delitos, precisamente hurtos y robos. El hecho de estar solo facilita a los delincuentes el ingreso a la vivienda tanto sea engañándolos para introducirse a la misma o realizándolo de modo violento.

Lidia vive sola desde que falleció su esposo. Nos cuenta que si bien ella tiene cuidado de no abrir la puertas a extraños, fue víctima de hurto de dinero en su propia casa. Relata que un día en horarios de la siesta, se presentó en su casa un señor diciendo que venía de la compañía eléctrica y que necesitaba entrar a su vivienda porque en la misma había un desperfecto. Esta persona se mostró muy amable y ella lo hizo pasar, estando allí dentro le solicitó que se trasladase hacia una habitación para que viese “los tapones”, al regresar, el

falso técnico se había retirado. Los cajones de la cómoda estaban abiertos y había desaparecido un cofrecito que contenía objetos personales y dinero que había ahorrado.

Un caso extremo es el caso que fue publicado en el diario “la República”, un diario de la localidad de San Luis del día miércoles 1° de julio de 2009, en el sector Policiales. La noticia en su título dice “ Según la autopsia, un anciano murió por los golpes que tenía en la cabeza ” la nota nos cuenta que el señor fallecido tenía 74 años, que vivía solo , estaba casi ciego y socializaba poco. Al encontrarlo llevaba entre 6 y 8 días muerto. Según el diario, las pericias policiales informaron que había sufrido una muerte violenta, (fractura en la base del cráneo) y que los delincuentes no tuvieron dificultades para ingresar, estando la puerta de ingreso abierta, sin signos de violencia. La policía fue convocada por una vecina a quien le llamaba la atención no verlo por aquellos días.

Seguridad en el hábitat

Los adultos mayores entrevistados manifiestan que su casa es un lugar seguro para vivir, en la que seguramente no tendrán accidentes. Pero, al realizar preguntas específicas sobre su vivienda, las historias de vida, los datos relevados por informantes claves, en particular, los trabajadores sociales que han realizado visitas en el domicilio, puede entenderse que no es así, precisamente lo contrario.

Las viviendas de los adultos mayores cuyos datos fueron relevados muestran que no están acondicionadas para que sea un lugar seguro. En general, los muebles no han sido reubicados, manteniendo la misma posición durante muchos años. Puedo dar como ejemplo el caso de las alacenas que se encuentran ubicadas muy por encima de la altura de los adultos mayores. Al preguntarle como hacían para recoger algún elemento que se encuentre allí, señalaron, que en ocasiones utilizan una silla, en la que se suben con el objetivo de alcanzarlo.

Los baños no cuentan con agarraderas ni elementos que permitan sostenerse para evitar caídas. María Rosa, nos relata “ me resbalé y de golpe estaba en el piso, había atravesado el bidet, quedé con las piernas sobre él y el resto del cuerpo en el piso” . María Rosa, relata: “vivo cayéndome”. Ella a raíz de este accidente doméstico sufrió fractura de tibia y

peroné. Manifiesta que llegó al teléfono arrastrándose y utilizó un bastón durante algún tiempo. También nos cuenta que en el patio, mientras tendía la ropa

Algunas de las viviendas poseen desniveles, entre una habitación y otra y también bordes en la base de las puertas los cuales cobran relevancia si el adulto mayor autovalido camina arrastrando los pies por algún motivo de inseguridad o por alguna dolencia física, o simplemente porque con el paso de los años ha modificado su manera de trasladarse.

Otro dato importante señalado por varios de los entrevistados fue que en la mayoría de los casos la conexión eléctrica no es segura, siendo añeja y carente de mantenimiento. En general, los enchufes no han sido cambiados desde hace años, no contando con elementos corta corrientes o similares.

Otro elemento común en las viviendas de los adultos mayores entrevistados es la presencia de humedad y en algunos casos, la falta de higiene profunda. Esto último sucede generalmente por las limitaciones físicas que poseen algunas de estas personas, y la ausencia de alguna persona que las realice. Referencia a esto hace referencia la noticia mencionada anteriormente, realizada por el diario de la República en la que se detalla el hallazgo de un adulto mayor fallecido que vivía solo: "...El polvo acumulado tendía un manto sobre los muebles de la casa, las telarañas se desprendían del techo. La visible humedad en las paredes y restos de basura amontonados en el portón de acceso a la cochera, concordaban con el estado de abandono y suciedad que exhibía el interior de la vivienda. Hallaron además, desorden en todos los ambientes. Pero la Policía no se aventura aun a relacionar ese detalle con la hipótesis de muerte en ocasión de robo. Creen que tal vez era normal que el anciano, que vivía solo y estaba casi ciego, desatendiera la limpieza y el arreglo de la casa. ”

Algo similar relata una trabajadora social que visitó a una persona de 76 años con el fin de realizar un informe social para su pensión graciable. A ella le llamó notablemente la atención la humedad y la falta de higiene en la vivienda.

Concurrencia a servicios de emergencia

Según los datos analizados, aportados por enfermera, trabajadora social, y los adultos mayores, puede observarse que los accidentes en el hogar –quemaduras, caídas que ocasionan fracturas o torceduras- hipertensión arterial y accidentes cerebro vasculares son las causas más frecuentes por las que los adultos mayores autoválidos que viven en San Luis concurren a los servicios de emergencia.

También concurren por problemas digestivos e ingesta de medicamentos. En relación a ello una trabajadora social nos informa que una persona a quien visitó en el hospital estando internada se había intoxicado con un medicamento que le había indicado su médico, ya que no había comprendido la prescripción extendida por el profesional, y lo consumió en exceso. Ello le produjo un serio problema digestivo, mareos y pérdida de estabilidad.

También es motivo de concurrencia lo que se denomina vulgarmente “picos de diabetes”. En estos casos, llegan por algún síntoma en particular y al realizarse un control se detecta incremento en los niveles de insulina. Generalmente son casos de personas con diabetes, con descompensación.

Es motivo común concurrir a los servicios de emergencia por deshidratación. Generalmente luego de problemas digestivos en los que la persona ha perdido gran cantidad de líquido por diarreas y vómitos sin haber obtenido suficiente hidratación.

Los informantes claves señalan como causa de estas concurrencias a los servicios de emergencia el hecho de falta de controles periódicos y el incumplimiento en la forma indicada por el médico de diferentes tratamientos.

Los adultos mayores autoválidos que viven en San Luis cuentan en su mayoría con servicio de emergencia a domicilio ya que cuentan con obra social, en su mayoría PAMI y DOSEP (obra social provincial), que les provee este tipo de asistencia, para situaciones de emergencia.

Mirta, es empleada de PAMI, precisamente del sector “PAMI escucha”. Ella relata que hace varios años que trabaja en ese sector y que algunos adultos mayores llaman pidiendo el servicio de emergencia. Quemaduras o cortes que le dificultan llegar al servicio de salud cercano son los motivos frecuentes. Ella atribuye que tales inconvenientes suelen suceder porque los reflejos están disminuidos y en ocasiones suelen volcarse sobre si mismo agua hirviendo o se queman con algún calefactor que no está en buenas condiciones o con algún

sistema de calefacción antiguo y poco seguro que utilizan, por lo general braseros o estufas a kerosene.

También dice que recibió en una ocasión un llamado de un adulto mayor que estaba desesperado y que le avisaba que si su vida no cambiaba y no recibía ayuda se iba a suicidar. En este caso actuó de inmediato el servicio social y psicológico de PAMI y pudo comprobar que si bien el señor era jubilado, su haber era mínimo y según él debía optar por alimentarse, o pagar los impuestos (luz, gas) o comprar sus medicamentos. Desde PAMI en aquel momento se lo orientó y se le otorga desde entonces la medicación que debe consumir en forma permanente con una cobertura del 100%, beneficio que el señor desconocía que existía.

Concurrencia a Organismos de asistencia social y previsional

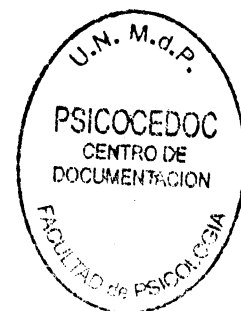
Una vez jubilados, o pensionados, los adultos mayores autovalidos que viven en San Luis entrevistados, no concurren frecuentemente a realizar trámites.

Por lo general, se acercan a las reparticiones públicas vecinos o algún familiar en ocasiones en que los adultos mayores no pueden hacerlo. Por lo general en el caso de ANSES y la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales por dos motivos en particular: La realización del trámite inherente a tener un apoderado y el reclamo de un haber impago.

No suelen realiza cambios de bancos, ya que nos informan que son personas que residen en el mismo lugar desde hace mucho tiempo y al menos que se vayan a vivir con algún hijo que esté en otra provincia no suelen mudarse.

Por lo general el motivo de realizar reclamos de haberes impagos, es el hecho de no haber podido cobrar por haber estado enfermo u hospitalizado y no contar con un apoderado que fuese a cobrar sus haberes.

Si el adulto mayor cuenta con algún vecino, familiar o amigo de confianza, luego, concurren para realizar el poder. Es así, que en muchos casos, estando con algún problema de salud que les impide salir de su domicilio para cobrar, o están internados, llegan vecinos para realizar el trámite de poder de manera urgente, ya que anteriormente no lo habían realizado.



En ocasiones, no pueden cobrar, aun realizando el trámite de apoderado ya que respecto a las pensiones no contributivas no es inmediato, y en ocasiones, la autorización de cobro para el apoderado suele llegar cuando el plazo del cobro del beneficio ya venció y el dinero fue devuelto y no se encuentra a su disposición en el banco para su cobro.

Otro motivo frecuente de concurrencia a la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales lo ocasiona el hecho de la suspensión del cobro de las Pensiones Graciables. Éstas se suspenden cada 10 años y se rehabilitan si el beneficiario cumple ciertas condiciones. Es común que el beneficiario no sepa esto y en muchas ocasiones, hasta que vuelven a cobrar el beneficio, -tiempo mínimo tres meses-, no poseen ingreso alguno. Relata una empleada de la delegación de la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales que en varias ocasiones ha tenido que tratar con personas mayores que se desesperan ante esta situación, ya que no tener ingresos los coloca en un lugar de total vulnerabilidad. Recuerda el caso de un señor que vivía solo y alquilaba una piecita de una pensión y que su miedo era el desalojo.

En relación a la solicitud de ayudas, en el Área de atención a las diversidades de la Municipalidad de San Luis nos informan que por lo general no reciben solicitudes en la misma delegación de adultos mayores que viven solos, si no, que las demandas surgen de vecinos o algún conocido que al ver al adulto mayor en alguna situación socialmente crítica, acude al Área mencionada.

También nos informa que varios de los adultos mayores que viven solos, también padece alguna discapacidad, pero que continúan residiendo solos, tal es el caso de un adulto mayor que reside en una precaria vivienda y es ciego.

La ayuda, en general que realizan es consistente en algún elemento para mejorar las condiciones edilicias, tales como chapas o alguna abertura. También, en algunos casos han realizado el nexo con el sistema previsional para que puedan acceder a una jubilación o han realizado trámites ante la obra social que poseen, para solicitar algún bastón o alguna ayuda en particular. Desde esa área nos informan que hay casos que ellos denominan de “emergencia” que requieren de varias intervenciones (social, sanitaria, previsional) y que son casos que son seguidos por profesionales que se desarrollan en esa área, específicamente tres trabajadoras sociales.

Fuentes de apoyo social

Los adultos mayores entrevistados cuentan con escasas relaciones y fuentes de apoyo social. Las mismas, aunque son escasas en cantidad y en la mayoría de los casos no hay vínculos intensos, han demostrado ser válidas y suficientes ya que les poseen bienestar y son percibidas por los adultos mayores como importantes para sí mismos ya que pueden, a raíz de su existencia, satisfacer algunas de sus necesidades y son proveedoras de placer.

Al indagar sobre a quienes recurren ante una necesidad, aparecen los vecinos entre los primeros a quien acuden ante un caso de necesidad, aunque no tengan un vínculo intenso con los mismos. También este tipo de relación cobra importancia tanto por la duración del vínculo ya que se han sostenido a lo largo del tiempo como por el hecho de que los adultos mayores también pueden ofrecerle ayuda a ellos. Cuenta Sara que una vecina separada tiene una hija de diez años. En algunas ocasiones, ante un hecho inesperado y no planificado, su vecina ha tenido que salir y durante ese rato, la niña, permaneció en la casa de Sara, hasta que su mamá regresó. “ Yo no hago nada, la nena mira la tele y yo siento que sirvo para algo... ”. Con estas palabras relata Sara su sensación respecto al hecho de haberse sentido útil y demuestra de algún modo, la visión que tiene de sí misma.

En relación a la familia, se mencionan a los hijos y sobrinos. Apareciendo siempre la idea de que ante un caso de extrema necesidad, van a llamarlos, pero no se los menciona como personas con quienes se relacionan de manera cotidiana.

Los primos y hermanos, son personas mencionadas como acompañantes a los servicios de salud o como acompañantes para hacer algún trámite. Ello es relatado por una trabajadora social que conoce varios adultos mayores que llegan al servicio en el que ella trabaja en compañía de estos familiares.

Los lugares de esparcimiento o culturales, tales como centros o clubes de jubilados no son percibidos por los adultos mayores entrevistados como lugares proveedores de apoyo social. Estos no han manifestado concurrir a actividades fuera de su casa excepto las relacionadas con la salud.

Estados anímicos y Bienestar psicológico

El hecho de estar solo no genera por si mismo sentimientos negativos y/o relacionados con la tristeza y la depresión.

Muchos de los adultos mayores manifiestan que el estar solo les provee cierta independencia y que en palabras de Ernestina “ hago lo que quiero, no molesto a nadie (...) hace años que vivo sola,(...) ya no sé si podría acostumbrarme a que me estén mirando y diciéndome que debo hacer...”.

Según los datos relevados, las personas que manifiestan tener bienestar psicológico, son personas que han atravesado la juventud y mediana edad de esa manera. Muchos de ellos, según informantes claves y los mismos adultos mayores, manifiestan haber incrementado sus rezos, afianzando así su religiosidad.

En relación a las personas con que se relacionan, manifiestan en general, la necesidad de estar en compañía de sus hijos que viven lejos con mayor frecuencia, pero todos los adultos entrevistados, manifestaron que no les gustaría vivir con ellos.

Según éstos y los informantes claves, sufren mucho el abandono por parte de sus hijos y familiares, realizado de modo efectivo o sentido por los adultos mayores. Este sentimiento es sumamente subjetivo y por ello muy difícil de analizar.

Las sensaciones de bienestar o malestar que sienten los adultos mayores entrevistados, como así sus reacciones frente a contingencias e imprevistos, tales como enfermedades, accidentes, o el solo hecho de encontrarse solo, son sumamente subjetivas y dependen del capital psíquico con el que cuenta cada adulto mayor, su historia personal y su estructura psíquica, por lo cual no puedo realizar una generalización.

Síntesis de la investigación

La investigación realizada con el fin de identificar las problemáticas que puedan afectar la calidad de vida y la independencia de los adultos mayores autovalidos que viven solos en la ciudad de San Luis, permitió además, conocer varias características, de este grupo etáreo. Se lograron los objetivos específicos propuestos, pudiendo identificar cuáles son sus condiciones de vida en relación a la manera de alimentarse, las problemáticas con que cuentan en su mismo hábitat, la exposición a situaciones de violencia, los motivos más frecuentes de concurrencia a servicios de emergencia y a servicios de asistencia social. La investigación permitió conocer con que fuentes de apoyo social cuenta este grupo de personas e indagar acerca de su bienestar psicológico.

Como hallazgos de interés, sintéticamente puedo señalar que:

- Los adultos mayores autovalidos que viven solos en San Luis, son un grupo vulnerable de la población ya que son susceptibles de padecer riesgos e imprevistos que pueden afectar su independencia y autonomía.
Los mismos están relacionados a posibles accidentes que puedan sufrir en su hogar, por varios motivos, entre los que puedo destacar inadecuación de la vivienda por distribución de muebles e instalaciones inadecuadas.
A ello debe sumárseles la pérdida de estabilidad que suele sufrir esta franja etárea que los hace susceptible de caídas y resbalones.
- En cuanto a la alimentación, ella es inadecuada. En la mayoría de los casos, ésta no reúne las condiciones básicas que debe contar una dieta equilibrada y acorde a la edad.
- En relación a los controles sanitarios, éstos no siempre son realizados de manera correcta, lo cual puede originar que las enfermedades crónicas se complejicen, o aparezcan nuevas enfermedades.
- Las fuentes de apoyo social son escasas en cantidad y en la mayoría de los casos no hay vínculos intensos. No obstante, éstas han demostrado ser válidas y suficientes ya que les poseen bienestar y son percibidas por los adultos mayores como importantes para sí mismos ya que pueden, a raíz de su existencia, satisfacer

algunas de sus necesidades y en algunos casos, como los vecinos, también son importantes para la autoestima y determinación.

- En relación al bienestar psicológico, no puedo realizar una generalización, ya que el mismo depende de varios factores, entre los que pueden nombrarse como importantes y determinantes: la historia subjetiva, y el capital psíquico.

También influirá en el bienestar psicológico, la situación económica social y la presencia-ausencia de enfermedades.

Limitaciones y alcances de la investigación

Esta investigación, ha explorado ciertos ejes temáticos relacionados exclusivamente con el estilo y calidad de vida de los adultos mayores autovalidos que viven solos en la ciudad de San Luis. No pretende de ninguna manera ser una investigación exhaustiva ya que hay muchos temas, relacionados con este sector de la población que pueden ser indagados en próximas investigaciones.

En los temas que puedo mencionar como interesantes para realizar una investigación profunda, puedo mencionar los motivos por los cuales estas personas viven solas, pudiendo indagar si, en algunos casos puede tratarse de una decisión personal.

Otro tema interesante que podría indagarse en futuras investigaciones es el nivel educativo, cultural y situación económica de los adultos mayores autovalidos que viven solos en San Luis y como ello repercute en su modo de vida.

También conocer profundamente la cantidad y la profundidad de redes de apoyo social con que cuentan estos adultos mayores, constituye un tema muy interesante de investigación.

La Propuesta de Intervencion

Objetivos

La siguiente propuesta tiene como objetivo general:

“Brindar a los adultos mayores autovalidos que viven solos en San Luis, dispositivos que les permitan mejorar su calidad de vida”.

Los objetivos específicos son:

- Fortalecer y reafirmar su independencia y autonomía
- Reafirmar e incrementar la autoestima
- Involucrar a este grupo etáreo en acciones propias tendientes a mejorar su bienestar.
- Incentivar el empoderamiento y la participación.
- Generar en los adultos mayores autovalidos que viven solos en San Luis el autocuidado.

Estrategia a implementar

La siguiente propuesta está centrada principalmente en la Prevención y la promoción de la salud, según los lineamientos de la Atención Primaria de la Salud y será llevada a cabo en el nivel primario de prevención. “Este nivel de prevención tiene como objetivos el mantenimiento y la promoción de salud dirigiendo sus esfuerzos a erradicar hábitos nocivos y a potenciar los que ayudan a mantener y elevar su estado de salud”. (Quintanilla Martínez, M. 2006)

La Prevención de enfermedades y la promoción de la salud son herramientas esenciales al momento de pensar en acciones que posibiliten y permitan la continuidad de la independencia de estos adultos mayores autovalidos que viven solos en la ciudad de San Luis.

El objetivo como se explicitó anteriormente tiene como eje poder colaborar, -brindando y generando estrategias- a mejorar la calidad de vida de estas personas.

La posibilidad de mejorar la calidad de vida se relaciona directamente con el simple y gran hecho de continuar viviendo solos, que esto se prolongue en el tiempo, y que el adulto mayor pueda hacerlo en las mejores condiciones posibles, haciendo hincapié en la autonomía y la independencia con que cuentan.

Pensar en la Promoción y la prevención desde el punto de vista de la APS, está relacionado con aquellas acciones que puedan realizarse en contacto con las personas, con ellas mismas y articulando entre las personas y otros agentes necesarios.

Manuel Quintanilla Martínez (2006) hace referencia a este tipo de actividades y habla de “educación sanitaria” y nos dice que “es un instrumento de trabajo de valor incalculable para mantener y mejorar el nivel de salud de las personas ancianas y, por ello debe desarrollarse en todos los ámbitos asistenciales, es decir, que se debe aplicar en las personas enfermas y en las sanas a través de los tres niveles de la prevención existentes. La finalidad de la misma es conseguir un aumento del nivel de cultura sanitaria (...) y de esa forma modificar conductas y actitudes que influyen negativamente en la salud del anciano, siendo. Esta educación sanitaria es un reto a asumir por todos los profesionales, sin exclusividad de ningún nivel asistencial, pues debe ser una responsabilidad compartida por todos. Este objetivo educativo ha de pasar siempre por la modificación de hábitos de vida y basarse en métodos bidireccionales de comunicación motivadora.”.

Generar estrategias, brindar dispositivos, estará relacionado con el autocuidado. Estas herramientas a las que hago referencia, tienen que ver con dar la posibilidad de que los adultos mayores puedan apropiarse de ellas para ser utilizadas en la búsqueda del propio bienestar y de continuar viviendo de manera autónoma e independiente. En definitiva, autocuidarse.

En la mayoría de los casos, se tendrá como objetivo el empoderamiento de los adultos mayores, o sea, se intenta lograr como fin que ellos mismos puedan, a partir de la incorporación de conocimientos, generar sus propias estrategias, pensando en que cosa

pueden hacer para sentirse mejor y mejorar su calidad de vida, según sus deseos y situaciones personales.

Encuadre Institucional:

Las actividades planeadas, se desarrollarán en el marco del Centro de Articulación de Políticas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social en San Luis, ya que la propuesta pretende ser una política social del estado Nacional, en el territorio de la ciudad de San Luis.

Actores Involucrados:

- ✓ Adultos Mayores autoválidos que viven solos en la ciudad de San Luis
- ✓ Actores Voluntarios, pertenecientes a Organizaciones de la Sociedad Civil de diferentes barrios de la ciudad de San Luis
- ✓ Actores Voluntarios, pertenecientes a Centros de jubilados y Clubes de abuelos ubicados en diferentes puntos geográficos de la ciudad de San Luis
- ✓ Coordinador de taller
- ✓ Profesionales formados en el Área Gerontológica, a saber: Un trabajador social, un psicólogo, un nutricionista y un abogado. (A excepción del nutricionista, el personal es del Centro de Articulación de Políticas Sociales de San Luis).

Insumos para la realización de la propuesta:

El Personal que estará a cargo del desarrollo de la propuesta, es personal del Ministerio de Desarrollo Social y no cobrará sueldo extra por realizar esta tarea, a excepción del Nutricionista, por lo tanto el presupuesto será acotado, pero deberá prever poder hacerse cargo de los honorarios profesionales que se le abonará al Nutricionista y afrontar la adquisición de los elementos básicos necesarios:

- . Folletería (Carteles y trípticos)
- . Papelería (Hojas, lapiceras, Fibras, Carpetas, Pizarra, etc.)
- . Computadora
- . Cañón/proyector.
- . Refrigerio.

El espacio físico en la que se realizarán las actividades serán las Sedes de las organizaciones y centros de jubilados, y el Centro de Articulación de Políticas sociales del Ministerio de Desarrollo Social en San Luis.

Descripción del Procedimiento y actividades a desarrollar

Tiempo de duración total del desarrollo de la intervención: 8 meses

Evaluación: Permanente y Continua, luego de la culminación de la intervención.

Las actividades a desarrollar, se llevarán a cabo durante 8 meses, con frecuencia semanal, en encuentros de tres horas de duración, con dinámica de taller de capacitación.

Se realizarán en diferentes zonas de la ciudad de San Luis, planificando como tiempo estimado de duración en cada lugar, dos meses.

La propuesta consta de dos ejes fundamentales de desarrollo en territorio que se llevarán a cabo en momentos diferentes:

- ✓ **Realización de talleres de capacitación en el que se brindarán conocimientos y dispositivos necesarios para mejorar la calidad de vida, haciendo hincapié en el autocuidado, destinado a adultos mayores autovalidos que viven solos en la ciudad de San Luis.**
- ✓ **Evaluación de la intervención y acompañamiento.**

Para poder desarrollar estos ejes fundamentales de la propuesta de intervención se desarrollarán diferentes actividades, en diferentes etapas:

Primera etapa: Con los actores sociales de organizaciones de la sociedad civil y centros de jubilados:

Luego de conformado el equipo de trabajo se convocará a los diferentes actores de las organizaciones de la sociedad civil, y de centros y clubes de jubilados ubicados en diferentes lugares de la ciudad de San Luis y se les explicará el eje y el objetivo general de la propuesta: “Brindar a los adultos mayores autovalidos que viven solos en San Luis,

dispositivos que le permitan mejorar su calidad de vida”, haciendo hincapié en que se genere en ellos actitud de autocuidado.

Se les solicitará que accedan a participar de la propuesta, solamente aquellas personas que realmente estén interesadas, puedan comprometerse en el transcurso del tiempo y se sientan interesados y conmovidos por la temática.

Se les brindará toda la información necesaria, brindándoles los datos obtenidos en la investigación, y los alcances y limitaciones de la propuesta.

En esta ocasión, se les invitará a formar parte elemental de esta propuesta en todos sus momentos, cumpliendo diferentes roles:

En el inicio, serán los encargados, por conocer la zona en la que interactúan, de la convocatoria a los talleres de los vecinos, adultos mayores autovalidos que viven solos.

Luego serán participantes activos de los talleres mediante los cuales se brindará capacitación a los adultos mayores asistentes.

La intención de que puedan participar en estos talleres es que ellos también puedan obtener nociones básicas de autocuidado, promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Posteriormente, ya concluidos los talleres, se los invitará y se reiterará la solicitud de compromiso de aquellos intervinientes sensibilizados por la temática e interesados en los adultos mayores, para que en conjunto con el equipo técnico y coordinador de la propuesta, se realice el acompañamiento a los adultos mayores autovalidos que han concurrido a los talleres, y colaboren en la evaluación de la intervención.

Segunda etapa: El desarrollo de los talleres

Una vez realizada la convocatoria se llevarán a cabo los talleres de capacitación que tendrán los siguientes objetivos:

Como objetivo general puedo mencionar a la capacitación a participantes y adultos mayores que concurren a los talleres.

De este objetivo se desprende otro objetivo específico, el cual surge a raíz de que pueda desarrollarse el objetivo general que es la generación de un vínculo de confianza entre

todos los participantes, en particular, entre los adultos mayores y los miembros de organizaciones de su comunidad concurrente a los talleres.

1° Momento (Primer encuentro)

Presentación de participantes, de coordinador y docentes.

Se realizará una introducción, acerca de cuál es el objetivo de estos encuentros, poniendo énfasis en el autocuidado, y el empoderamiento.

Se propondrá realizar intercambios de ideas y experiencias opiniones, creencias sobre que es el envejecimiento, y las expectativas que poseen del taller los participantes.

2° Momento.

El segundo momento consta de la capacitación y de la creación de estrategias propias para mejorar la calidad de vida de los participantes. Los profesionales son los encargados de llevar a cabo esta instancia, según sus disciplinas y formación.

Se desarrollarán los siguientes ejes temáticos:

- Nociones Básicas, acerca de que es “Envejecer”
- Alimentación Saludable
- Prevención de enfermedades
- Prevención de accidentes en el Hogar
- Utilización de nuevas tecnologías (Uso de celular, teléfono inalámbrico, cocina microondas, uso de tarjeta magnética en cajeros automáticos, uso de internet).
- Empoderamiento de los adultos mayores
- Derechos de los Adultos Mayores
- Inseguridad y Violencia

Si bien estos son los temas centrales que se desarrollaran, ello no implica que se traten otros temas de interés, relacionados con la temática, que surjan de las inquietudes y necesidades del grupo participante.

En el desarrollo del eje temático acerca de la utilización de nuevas tecnologías según el interés manifestado por el grupo participante, se realizará una visita a un cajero automático con el propósito de poner en práctica el uso de la tarjeta magnética.

El tema de internet, se profundizará si es requerido por el grupo, ya que se hará hincapié en la posibilidad que brinda este medio, para poder comunicarse con familiares que viven en otras localidades, destacando la importancia que tiene esta herramienta tecnológica en el intercambio intergeneracional.

Tercera etapa: Evaluación de la intervención y Acompañamiento.

Esta instancia, constituye un eje central en la propuesta, constituyendo además, la continuidad de la misma, ya que constituye en sí misma un dispositivo de prevención.

En un primer momento, la evaluación será un momento simple que consistirá en preguntarles a los adultos mayores si han realizado alguna modificación en su modo de vida, a partir de su participación en los talleres y en caso afirmativo, si ésta ha implicado algún beneficio en su calidad de vida.

Se les preguntará a los participantes si han podido establecer un vínculo personal entre ellos, interesándome en particular el vínculo de confianza entre los adultos mayores participantes y los referentes de su comunidad, que han participado en los talleres.

La otra instancia de evaluación, que se realizará en un segundo momento, se llevará a cabo junto a lo que denomino “acompañamiento” y solo podrá realizarse si se ha establecido el vínculo de confianza, arriba detallado.

Estas personas que fueron los dedicados a convocar a los adultos mayores a la realización de talleres, que también se capacitaron y quienes demostraron estar interesados en la propuesta, sensibilizados por la temática y que se comprometieron a participar en el transcurso del tiempo, han establecido una relación de confianza con los adultos mayores autovalidos que viven solos en su zona.

A raíz de esto se pretende que estos adultos puedan contar con estos actores representantes de organizaciones de la sociedad civil y centros de jubilados, según cada zona, para poder evacuar consultas y dudas.



Además estos referentes de organizaciones, dado este vínculo de confianza, asumirán el compromiso de estar atentos a las necesidades y modos de vida que mantienen estos adultos mayores evaluando, al mismo tiempo la intervención, ya que podrán observar directamente si los adultos mayores han incorporado lo desarrollado en los talleres o implementado, nuevas estrategias para mejorar su calidad de vida.

Incluso, estas personas, podrán colaborar con aquellos vecinos, adultos mayores, que no hayan asistido a los talleres.

Estas personas estarán en contacto con el coordinador de la intervención, en forma permanente para poder orientar sus intervenciones y capacitarse en forma continua.

Las intervenciones que tienen como eje la prevención primaria, se limitarán a orientar, proponer estrategias que promuevan los intercambios sociales, la participación en grupos sociales y la realización de trámites necesarios.

En casos particulares en que detecten autoabandono, o algún signo de malestar físico deberán realizar intervenciones precisas, como por ejemplo, haciendo notar de ello al mismo adulto mayor o, en casos extremos, realizando los contactos necesarios, ya sea con familiares o en el caso de que los adultos mayores no cuenten con los mismos, con los organismos o instituciones necesarias, ya sea del área social o sanitaria.

Esta instancia, también deberá ser evaluada. Para ello, el coordinador de la propuesta inicial, y el equipo de profesionales, realizarán entrevistas a los adultos mayores autovalidos que residen solos según la zona y también a los demás actores involucrados, entre los que se encuentran los referentes con quienes mantienen contactos los adultos mayores y el presidente o coordinador de la organización de la sociedad civil o centro de jubilados de la zona delimitada.

Bibliografía:

- Aguirre, R (2005). Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas. En: *Familias y políticas públicas en América latina: una historia de desencuentros* 40-41.
- Arias, C. (2005). Composición de la Red de Apoyo Social de adultos mayores: Vínculos familiares y no familiares Arias, C. En *Sistemas Formales e Informales de apoyo social para los adultos mayores. Aportes de una investigación científica al campo de la Gerontología Institucional*. Mar del Plata. Golpe, L; Arias, C. (Editoras) 233-249.
- Arias, C. (2008) .El apoyo social en la Vejez. Alternativas de Acción Frente a los Desafíos del Envejecimiento Poblacional. *Perspectivas en Psicología*. Mar del Plata. 5 (2), 54-61.
- Arias, C. (2004), *Red de Apoyo Social y bienestar psicológico en personas de edad*. (2004). Mar del Plata: Suarez.
- Cascales, R. Psicología y Ciclo Vital. Disponible en: perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_psicolog_salud_11.htm
- *El diario de la República*. (Volumen: 1° de julio de 2009:28). San Luis: Payne.
- Gascón, S. & Browne, M. (2008) *Estrategias de empoderamiento de los adultos mayores*. Mar del Plata, UNMdP/Ministerio de Desarrollo Social.
- Golpe, L. & Arias, C. (2003). *Sistemas formales e informales de apoyo social para los adultos Mayores. Aportes de una investigación científica al campo de la gerontología Institucional*.: Mar del Plata: Suarez
- Golpe, L. & Arias, C. (2007). *Métodos de investigación y dispositivos de intervención comunitaria e institucional*. Mar del Plata, UNMdP/Ministerio de Desarrollo Social.
- Gómez, P. (2004). *Promoción de la salud de las personas mayores*. El anciano Frágil. Detección, prevención e intervención en situaciones de debilidad y deterioro de la salud. (4)18-19. Madrid: Instituto de Salud Pública.

- Hoskins, I, Kalache, A. y Mende, S. Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad .*Revista Panamericana de la Salud*. Disponible en www.scielosp.org.
- Huenchuan, S. & Guzmán J. (2007). Políticas hacia las familias con personas mayores: el desafío del cuidado en la edad avanzada. En *Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros*. 273-288. Santiago de Chile: Cepal.
- Iacub, R. & Acrich, L. (2007). *Psicología de la mediana edad y vejez*. Mar del Plata, UNMdP/Ministerio de Desarrollo Social.
- Indec (2003). Datos definitivos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2001. (on line). Disponible en www.indec.mecon.gov.ar
- Indec. Censo 2001. Aquí se cuenta. Disponible en www.INDEC.mecon.ar/webcenso/aquise cuenta.
- Kirchner, A. & Vessvessian, P. (2007) *Políticas sociales*. Mar del Plata, UNMdP/Ministerio de Desarrollo Social.
- Naciones Unidas (2004). *Estrategia regional de Implementación para América Latina y El Caribe del Plan de Acciona Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Madrid: Cepal.
- Pontificia Universidad Católica Argentina Santa Marina. *Ancianidad y familia en Argentina del Bicentenario*. Disponible en <http://www.uca.edu.ar>.
- Quintanilla Martínez, M. (2003). *Cuidados integrales de enfermería gerontogeríátricos*. Barcelona: Monsa Prayma.
- Rice, C.; Lockenhof, E. & Cartensen,, E. En busca de independencia y productividad: cómo influyen las culturas occidentales en las explicaciones individuales y científicas del envejecimiento. *Revista latinoamericana de psicología* (34)15-16.
- Roqué, M. & Fassio, A. (2007). *Gerontología comunitaria e institucional*. Mar del Plata, UNMdP/Ministerio de Desarrollo Social.

- Sernac. *Alimentación para la tercera edad*. Disponible en www.sernac.cl/sernaceduca/am/am_nutricion.phpes
- Terzaghi, C. & Freysselinard, E. (2008). *Fragilidad, discapacidad y vejez*. Mar del Plata, UNMdP/Ministerio de Desarrollo Social.
- Touceda, M. & Rubín, R. (2007). *Salud, epidemiología y envejecimiento*. Mar del Plata, UNMdP/Ministerio de Desarrollo Social.
- Viveros, A. (2007) *Revista de Ciencias Sociales*. Acerca del envejecimiento y la vejez: Notas para dimensionar la acción de la sociedad sobre el tema. Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/principal/ArticulosPorArea.jsp>.