



En esta edición:

- **Informaciones breves**
- **Investigación en Gerontología**
- **Glosario**
- **La planificación estratégica situacional en el marco del envejecimiento activo:**
BUENOS AIRES

Informaciones breves:

✓ **Curso “Tomando el control de su salud”**

Vivir con una o más enfermedades crónicas, especialmente en edad avanzada, va a requerir de cuidados especiales que permitan a las personas mayores manejar las complicaciones físicas, mentales, y sociales que las enfermedades crónicas no transmisibles ocasionan.

El ProNEAS, con el objetivo específico de impulsar acciones para el mejoramiento de la salud, la prevención de enfermedades y su atención integral, realiza acciones que incluyen las estrategias mencionadas de promoción de salud y autocuidado.

En esta oportunidad deseamos compartir la realización del primer curso presencial, bajo el diseño de la Universidad de Stanford “Tomando el control de su salud” - una guía para el manejo de enfermedades no transmisibles-, que creemos constituye un aporte que resulta de interés para las personas mayores, posibilitando acciones de difusión y multiplicación de autocuidados.

Con una duración de 6 (seis) reuniones presenciales durante los meses de octubre y noviembre el Pro NEAS llevó adelante el curso en el Centro de Jubilados “Los amigos del parquecito” Beauchef 1050. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 11 personas completaron el curso recibiendo las constancias correspondientes.



- ✓ **Se ha realizado la quinta y última reunión del año de la Comisión Nacional Asesora el día 12 de noviembre. Continuamos en la tarea de establecer estándares mínimos de calidad para instituciones de larga estadía para personas mayores**
- ✓ **Manual de Autocuidados:** nueva edición lista para editar
- ✓ **San Rafael- Mendoza:** se realizó los días 6 y 7 de octubre una Jornada de sensibilización sobre envejecimiento activo en la Mesa de Trabajo Intersectorial del Municipio de San Rafael. Jornada organizada conjuntamente con el Programa Nacional de Municipios y Comunidades saludables, con el objetivo de establecer un espacio de participación, reflexión e identificación de intereses.

✓ **Compartimos un informe sobre las _Jornadas para implementación de Programas de Promoción del Autocuidado de la Salud y la Actividad Física en Adultos de la Provincia de Salta**

El pasado 11 de Septiembre del 2014 en el salón del Colegio Médico de la ciudad de Salta se realizó la I Jornada para implementación de Programas de Promoción del Autocuidado de la Salud y la Actividad Física en Adultos de la Provincia de Salta.

La jornada cumplió el objetivo general de:

- Capacitar a los Equipos del Primer Nivel de Atención de la ciudad de Salta y Áreas Operativas, en la estrategia Autocuidado de la Salud.
- Empoderar a los Equipos de Salud en la estrategia Autocuidado, para que la misma pueda ser incorporada y replicada como una herramienta para enfrentar a la emergencia de los Factores de riesgos y las Enfermedades No transmisibles.
- Generar un espacio de sensibilización, concientización y difusión de hábitos y conductas saludables como estrategia central frente a la emergencia de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles.

Contó la presencia del Sr. Secretario de Servicios de y la Directora del Primer Nivel de Atención, quienes tuvieron a cargo las palabras de apertura e inauguración del evento. Asistieron al evento miembros del Equipo de Salud del Primer Nivel de Atención y Áreas Operativas de la Provincia de Salta, como también miembros de la Dirección Gerontológica Municipal, del Municipio de la ciudad de Salta, quienes tuvieron a su cargo la presentación de las oportunidades de alianzas con el Ministerio de Salud y el rol del Municipio en la estrategia de Autocuidado.

En el intervalo del evento y previo al break saludable todos los asistentes realizaron la “pausa Activa”. A los asistentes del evento se les entregó material informativo (carpeta color con solapa, tríptico informativo en los aspectos a tener en cuenta para la realización de los talleres de Autocuidado) de diseño local, como la cartilla de Autocuidado para las personas mayores provistas por el PRONEAS (Programa Nacional de Envejecimiento Activo) del Ministerio de Salud de la Nación.

INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA

Si nos referimos al comienzo de la investigación científica en gerontología, debemos ubicarnos en el siglo XVII, y en concreto hablar de Francis Bacon, y su trabajo *History of Life and Death* (Historia de la vida y de la muerte). En este texto, Bacon plantea una idea precursora que se cumpliría tres siglos después, a saber, que la vida humana se prolongaría en el momento en el que la higiene y otras condiciones sociales y médicas mejorasen.

Sin embargo, aunque podemos contar con estas ideas geniales, no es hasta el siglo XIX cuando el trabajo científico en gerontología comienza.

El francés Quetelet es el primero que expresa claramente la importancia del establecimiento de los principios que rigen el proceso a través del cual el ser humano nace, crece y muere.

Francis Galton, británico, altamente influido por Quetelet, trabaja en las diferencias individuales sobre características físicas, sensoriales y motrices, datos que presenta en su obra *Inquiry into human faculty and its developments* (Estudio sobre las facultades humanas y su desarrollo).

También hay que resaltar a Stanley Hall, psicólogo norteamericano, que en su obra *Senescent, the last half of life* (Senectud, la última mitad de la vida) trata de contribuir a la comprensión de la naturaleza y las funciones de la vejez, ayudando al establecimiento de la ciencia de la gerontología contradiciendo el modelo deficitario tan al uso entonces. Uno de sus descubrimientos empíricos es el de haber resaltado que las diferencias individuales en la vejez son significativamente mayores que las que aparecen en otras edades de la vida.

Hasta aquí cuatro autores que pueden ser considerados paradigmáticos en una investigación inicial científica sobre la vejez y el envejecimiento, y que por tanto, son antecedentes de la gerontología.

La historia reciente de la gerontología científica se inaugura con el norteamericano E.V. Cowdry (1939) y, concretamente, con el texto por él dirigido *Problems of Aging* (Problemas del envejecimiento). En esta obra al tratamiento de las condiciones médicas y físicas de la edad se incorporan aspectos psicológicos y sociales, por lo que puede ser considerado un primer tratado de gerontología. Es también en 1939, bajo los auspicios de la Macy Foundation, cuando se crea en Estados Unidos la primera asociación para la investigación del envejecimiento (*Club for Research on Aging*).

Después de la Segunda Guerra Mundial se fundan la mayor parte de asociaciones de gerontología, comenzando por la norteamericana (*Gerontological Society*) en 1945. La Sociedad Española de Geriatria y Gerontología es creada en 1948, y por las mismas fechas o poco después otras muchas asociaciones europeas y latinoamericanas, entre las que destaca la Asociación Internacional de Gerontología fundada en Lieja en 1948 y la Sociedad de Gerontología y Geriatria de la Argentina en 1950.

También en estas fechas empiezan a publicarse órganos de difusión de la gerontología científica, comenzando por el *Journal of Gerontology* publicado en 1946, una de las revistas de mayor reconocimiento e impacto.

La gerontología tiene un doble objetivo:

- ✓ desde un punto de vista cuantitativo, la prolongación de la vida (dar más años a la vida, retardar la muerte), y
- ✓ desde un punto de vista cualitativo, la mejora de la calidad de vida de las personas mayores (dar más vida a los años).

Según Laforest (1991) las tres características principales de la gerontología son: la gerontología es una reflexión existencial, pertenece a lo humano en cuanto tal. Es, asimismo, una reflexión colectiva. Debido a los fenómenos demográficos de los dos últimos siglos, ya no es sólo el individuo el que envejece sino también, la sociedad es esencialmente multidisciplinar

Desde una perspectiva práctica y social observamos que la gerontología recoge un conocimiento científico amplio, diverso y con numerosas aplicaciones.

Kart (1990) señala que la gerontología ha de relacionar la investigación básica y la aplicada. Dada la variedad de perspectivas que convergen, ha de tener un enfoque interdisciplinar en el estudio del envejecimiento.

Engloba a ciencias como la geriatría, la gerontología social, la biología del envejecimiento, la psicología del envejecimiento,... y a todas aquellas ciencias y disciplinas que tienen por objeto el estudio científico del envejecimiento, cualesquiera que sean los contenidos, variables o factores que incluyan, tanto si se refieren al envejecimiento individual o social.

Moragas (1992) opina que la Gerontología no constituye una disciplina o profesión autónoma, sino simplemente un enfoque peculiar. Las diferentes preguntas o problemas que plantea el envejecimiento- entendido como un fenómeno humano, tal como la niñez o la edad adulta-, en la sociedad contemporánea pueden y deben ser resueltas por las disciplinas o profesiones implicadas en la gerontología (medicina, psicología, pedagogía, trabajo social, derecho), con un enfoque gerontológico.

Queda claro que la gerontología es un campo científico con una perspectiva interdisciplinar en el tratamiento de los temas y de los problemas que afectan al proceso del envejecimiento.

La Gerontología, o Ciencia de la Vejez, es considerada como la ciencia madre, y se divide en cuatro apartados:

1º- Gerontología biológica o experimental:

Es una ciencia multidisciplinar que pretende conocer tanto los íntimos mecanismos del envejecimiento como su etiopatogenia. Su desarrollo como ciencia pasó por dos fases: la primera meramente empírica y especulativa, obtenía conclusiones deductivas, y la segunda, es experimental, ligada a la demostración de sus teorías.

Con el objetivo “envejecer más y mejor”, ocupa un lugar destacado la gerontología biológica preventiva, que se divide en diferentes apartados:

- Prevención farmacológica. Con la utilización de medicamentos como los antioxidantes, vitaminoterapia E, magnoterapia, etc.
- Prevención dietética-higiénico-psicológica.
- El clima y la ecología también tienen una gran influencia en el envejecimiento. De ahí se explica la alta longevidad de poblaciones que viven en determinadas zonas del mundo: Valles Altos de Ecuador, Valles aislados del Cáucaso, algunos núcleos aislados de las Islas de la Polinesia, etc.

2º- Gerontología clínica o Geriatria:

Según Rubies Ferrer (1989), clásicamente se define la geriatría como “la ciencia médica cuyo fin es el diagnóstico de las enfermedades de la vejez, su curación, rehabilitación y reinserción del enfermo en su hábitat (casa o institución) a esto hay que añadir la prevención de dichas enfermedades”.

También Richard y Munafo (1993) hacen referencia a la gerontología clínica o geriatría, integrando en ella la recuperación o adaptación funcional del anciano, y, en ésta, la rehabilitación y la terapia ocupacional.

3º- Gerontología social:

Es la que corrientemente se conoce como Gerontología. Es también interdisciplinaria. En ella intervienen los siguientes profesionales: trabajadores sociales, economistas, abogados, arquitectos y políticos. Como ciencias auxiliares cuenta con la demografía y la epidemiología. Abarca según Rubies Ferrer, todos los problemas sociales, políticos, económicos y sanitarios del ambiente relativo a los viejos.

4º- Gerontopsiquiatría o psicogerontología:

Estudia los aspectos psicológicos y psiquiátricos del anciano. Se destacan las demencias y las depresiones como patologías características que van a marcar la muerte del anciano.

La psicogerontología es, para Richard y Munafo (1993) la ciencia que trata de describir, explicar, comprender y modificar las actitudes del sujeto que envejece. Esta visión hace referencia a los aspectos psicológicos de la persona de edad, más que a los psiquiátricos. También Dosil Maceira (1996) defienden la concepción de la psicogerontología como psicología de la vejez.

Siempre hay que tener en cuenta que la aproximación teórica y práctica de la Gerontología es bio-psico-social. Esto implica lo que ya mencionamos anteriormente, su interdisciplinariedad.

Los conocimientos básicos de la gerontología son los siguientes:

- **Biológicos:** se refieren a la investigación sobre los cambios que con la edad y el paso del tiempo se producen en los distintos sistemas biológicos del organismo.
- **Psicológicos:** se refieren al estudio sobre los cambios y/o la estabilidad que el paso del tiempo produce en las funciones psicológicas como la atención, percepción, el aprendizaje, la memoria, la afectividad y la personalidad, entre otros fenómenos psicológicos.
- **Sociales:** se refiere a la búsqueda de cambios debidos a la edad relativos a los roles sociales, intercambio y estructura social, así como en qué forma los emergentes culturales inciden en esos cambios (crecimiento o declive), así como al envejecimiento de las poblaciones.

Queda claro que la gerontología tiene distintos objetos de estudio: los viejos, las vejeces y los procesos de envejecimiento.

Estos objetos de estudio deben ser abordados desde una perspectiva de investigación básica y aplicada; ya que la gerontología es claramente interventiva- trata de mejorar las condiciones de vida de las personas mayores.

La diversidad de conocimientos que requiere el abordaje del viejo, la vejez y el envejecimiento, nos lleva como hemos visto a la interdisciplinariedad, y como consecuencia a una formación gerontológica amplia, sin cerrarnos a la exclusiva especificación de nuestra área de conocimiento.

El gerontólogo ha de integrar los distintos saberes base de la gerontología.

Finalmente hay que señalar que los problemas gerontológico concretos pueden necesitar soluciones mono o interdisciplinares y el trabajo o no, en equipo; dependiendo de la naturaleza del problema, pero siempre hay que estar preparados en el campo de la gerontología para participar en decisiones con otros profesionales

GLOSARIO

Continuamos con la entrega y difusión de aproximaciones del glosario que el ProNEAS tiene en construcción. Siguen estando convocados a participar en la elaboración del mismo, con el objeto de ir completándolo paulatinamente e incrementarlo con la contribución de los lectores de nuestros boletines.

C

CADENA DE ACCESIBILIDAD: es la condición física de los edificios, del espacio urbano, del transporte y de la comunicación donde no existen barreras que obstaculicen o dificulten o impidan el trasladarse con seguridad y continuidad al destino elegido. La eliminación simultánea de todas las barreras físicas permite establecer la cadena de accesibilidad.

CALIDAD DE VIDA: en la vejez es un asunto trascendental que afecta no sólo a las personas mayores, sino también a sus familias y al conjunto de la sociedad. Plantea nuevos retos en términos de desarrollo conceptual y aplicación práctica.

A nivel teórico, el concepto debe incluir las especificidades propias de la vejez, tanto fisiológicas como sociales, y considerar las diferencias respecto a las anteriores etapas del ciclo de vida. A ello se suma la necesidad de identificar los elementos de naturaleza objetiva (redes de apoyo, servicios sociales, condiciones económicas, entorno, entre otros) y subjetiva (satisfacción, autopercepción) intervinientes.

A nivel práctico, la CEPAL (2002) identifica tres ámbitos de desafíos en relación a la calidad de vida en la vejez: a) A nivel de mercado, el aumento de las personas mayores provoca modificaciones tanto en la oferta y demanda de bienes y servicios como en el trabajo, b) A nivel de sociedad, genera nuevas formas de organización de la familia y diversas respuestas de la comunidad a los nuevos desafíos de bienestar, c) A nivel de Estado, provoca nuevas tensiones sociales surgidas de las necesidades de financiamiento de los sistemas de seguridad social, de los cambios en las relaciones de dependencia económica entre generaciones y de la competencia intergeneracional por los puestos de trabajo.

CAÍDAS: según la OMS: “La caída es un hecho que hace que una persona se encuentre en forma brusca e inesperada en el suelo o en un nivel inferior al que estaba ubicada, por distintas causas”. La causa común de las caídas está dada por el movimiento de las personas, enmarcadas por el medio ambiente y los factores biológicos.

CAPACIDAD FUNCIONAL: la capacidad funcional y el envejecimiento mediante un enfoque de curso de vida:

1.-La capacidad humana en relación con muchas funciones - tales como la capacidad de ventilación, la fuerza muscular, el rendimiento cardiovascular - aumentan desde la niñez y alcanzan un punto máximo en la edad adulta temprana. Tal punto es seguido eventualmente por cierta declinación. Sin embargo, la pendiente de la declinación a lo largo del curso de la vida está determinada en gran parte por factores externos – tales como el fumar, la nutrición poco adecuada o la falta de actividad física – por mencionar sólo algunos de los factores relacionados a los comportamientos individuales. La declinación natural en la función cardíaca, por ejemplo, puede acelerarse a causa del hábito de fumar, dejando al individuo a un nivel de capacidad funcional más bajo de lo que se esperaría normalmente para la edad de la persona. Sin embargo, la aceleración en la declinación puede ser reversible a cualquier edad. El dejar de fumar y los pequeños aumentos en la actividad física, por

ejemplo, reducen el riesgo de desarrollar enfermedad coronaria del corazón. La declinación también puede acelerarse a causa de factores externos y ambientales, tales como la contaminación ambiental, la pobreza, la falta de educación, etcétera; sobre los cuales el individuo puede tener poca o ninguna influencia. Ambos pueden ser influenciados mediante políticas e intervenciones dirigidas. Asimismo, para aquellos que pierden su autonomía, la provisión de rehabilitación y las adaptaciones del entorno físico pueden disminuir en gran medida el umbral de discapacidad y así reducir el nivel de deterioro. Mediante intervenciones dirigidas, una persona discapacitada puede ganar al menos parte de la función perdida. Puede bajarse el umbral de discapacidad mediante adaptaciones ambientales apropiadas, tales como: transporte público accesible y adecuado en ambientes urbanos, la disponibilidad de rampas y los dispositivos simples de asistencia, como ayudas para caminar, utensilios de cocina adaptados, un asiento de inodoro con rieles, entre otros. Las necesidades básicas, tales como asegurar el acceso fácil a recursos de agua limpia dentro del entorno inmediato, pueden hacer toda la diferencia para que las personas mayores puedan mantenerse independientes. En los ambientes de escasos recursos, un desafío especial es adaptar el entorno a las necesidades de las personas mayores discapacitadas y proveer dispositivos simples de asistencia. El mantener la calidad de vida para las personas mayores es una consideración principal, especialmente para aquellos cuya capacidad funcional ya no puede recuperarse. Existen muchas intervenciones específicas que pueden ayudar a las personas mayores a mejorar su capacidad funcional y de este modo su calidad de vida. Un enfoque de curso de vida hacia el envejecimiento saludable y activo, está basado por lo tanto, en comportamientos individuales, así como en las políticas que influyen esos comportamientos y que determinan el entorno en el cual viven las personas.

2.- *La evaluación del estado funcional:* los cambios normales a causa del envejecimiento y los problemas de salud de los adultos mayores, a menudo se manifiestan como declinaciones en el estado funcional.

Estos problemas de salud condicionantes de deterioro funcional en los adultos mayores de no ser tratados pueden conducir a situaciones de incapacidad severa (inmovilidad, inestabilidad, deterioro intelectual) y ponen al individuo en riesgo de iatrogenia. Una de las mejores maneras de evaluar el estado de salud de los adultos mayores es mediante la evaluación funcional la cual provee los datos objetivos que pueden indicar la futura declinación o mejoría en el estado de salud y que permite al personal de salud intervenir de forma apropiada.

La evaluación del estado funcional es necesaria en virtud de que:

- El grado de deterioro funcional no puede estimarse a partir de los diagnósticos médicos en un adulto mayor.
- El deterioro de la capacidad funcional constituye un factor de riesgo para numerosos eventos adversos como las caídas y la institucionalización.

PARA ESTIMAR LA CAPACIDAD FUNCIONAL:

- Pregunte por las actividades realizadas en el mismo día de la visita.
- Si hay deterioro cognoscitivo corrobore la información con el acompañante.
- Al observar cómo el paciente ingresa a la sala, se sienta y se levanta de la silla obtenemos información adicional.

SI SE IDENTIFICA DETERIORO FUNCIONAL:

- Precisar la causa del mismo.
- Precisar su tiempo de evolución (esto determina la potencial reversibilidad).

CENTROS DE DÍA/ HOGAR DE DÍA: ambos términos se han usado indistintamente, desde el punto de vista taxonómico prevalece la especificidad que otorga el concepto de centro de día como “servicio socio sanitario y de apoyo familiar que funciona durante el día y ofrece atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socio-culturales de personas mayores afectadas por diferentes

grados de dependencia, promoviendo su autonomía y la permanencia en su entorno habitual” ; el mismo se va perfilando como prevalente en el tiempo.

Uno de los conceptos elaborados en nuestro país nos dice que el centro de día es una organización mixta (adultos mayores, profesionales, voluntarios, técnicos) e intersectorial (donde confluyen distintos sectores de la política social) de carácter privada o pública, destinada a mayores de 60 años. Desarrolla su acción dentro de una franja horaria estipulada e impulsa un programa de actividades psico-socio-terapéuticas tendientes a optimizar la calidad de vida de los concurrentes. Al referirse a los centros de día se habla de aquellos que poseen características psico-sociales diferenciándolos de aquellos que poseen servicios fisiátricos y/ o de salud mental.

CENTROS DE JUBILADOS: organizaciones que desarrollan principalmente trabajo de asistencia directa a las poblaciones beneficiarias; conformado por personas afectadas por problemas comunes que se asocian para atender sus necesidades y defender sus intereses. Desde 1980 comienzan a tomar un impulso importante, su acción radica en lo local, limitada a un radio geográfico determinado y la problemática social e integración social es una de sus áreas de acción y atención prioritaria, como también, pero en segundo plano, la recreación, el asesoramiento previsional, el turismo y los talleres. Son la posibilidad de autogestionarse en la sociedad civil en pos de optimizar las condiciones de vida, realzar la participación ciudadana y mitigar las prácticas discriminatorias hacia los adultos mayores. Para comprender la conformación de organizaciones por parte de los adultos mayores, se debe partir del análisis de un grupo social que se colectiviza, afectado por condiciones de vida semejante, que comparte el mismo espacio y que mantiene vínculos interactivos mas o menos constantes. Es necesario que exista entre sus miembros la convicción de que, actuando colectivamente tendrán más posibilidades de resolver esas necesidades. Un segundo momento, desde un punto de vista analítico, está representado por el surgimiento de sentimientos de pertenencia a un colectivo.

CLUB DE PERSONAS MAYORES: es de carácter social y posee el objetivo de fomentar la convivencia a través de actividades socioculturales y recreativas entre personas mayores; promoviendo la educación y salud, previniendo situaciones de riesgo social y sanitario. El perfil de usuarios es el de personas con un buen nivel de autonomía funcional. El personal varía de acuerdo con la institución a la que pertenece, contando en general con servicios de cafetería, peluquería, podología, prevención sanitaria, comidas, biblioteca, orientación e información social, actividades culturales y de ocupación del tiempo libre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Información técnica y formal brindada por los profesionales a las personas en calidad de pacientes o de usuarios para tomar decisiones compartidas sobre procedimientos y terapéuticas que suponen un riesgo.

CUIDADORES: un/a cuidador/a es la persona que se hace cargo, por cuenta propia o por encargo, de acompañar y atender a otra persona (una persona mayor, un bebé, un convaleciente).

El cuidador, como lo entendemos en Gerontología, es la persona que facilita la vida y complementa la falta de autonomía de una persona dependiente, ayudándola en sus tareas diarias (aseo, alimentación, desplazamiento, etc.).

Los cuidadores se pueden distinguir en formales e informales.

Los *cuidadores formales* son aquellos que reciben una capacitación teórico- práctica desde una perspectiva del envejecimiento que se orienta a desarrollar habilidades a través de las tareas diarias que requiere realizar como cuidador: promoción de la autonomía, prevención de riesgos, consulta con los profesionales cuando fuera necesario, así como también la de generar estrategias de autovaloración y autocuidado en las personas mayores.

Los *cuidadores informales* son aquellos que en habitualmente no disponen de capacitación ni perciben remuneración, su compromiso generalmente es afectivo: familiares, amigos, vecinos.

CUIDADO: se entiende como la acción social encaminada a garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas con dependencia. Es decir, de quienes carecen de autonomía personal y necesitan ayuda de otros para la realización de los actos esenciales de la vida diaria.

CUIDADOS DOMICILIARIOS: conjunto de servicios de apoyo sanitarios y sociales prestados a las personas en su domicilio, con el objeto de mantenerlos en el lugar en donde habitan el mayor tiempo posible y conveniente, insertos en su comunidad y conservando sus roles familiares y sociales con el fin de mejorar su calidad de vida. Consta de visitas médicas, de enfermería, kinesiología, servicio social, terapia ocupacional, etc. Son visitas de baja complejidad que pueden ser programadas o a demanda. (Ver atención domiciliaria)

CUIDADOS PALIATIVOS: es una estrategia que permite mejorar la calidad de vida de las personas y de sus familias, asistiendo aquellos problemas asociados con las enfermedades que amenazan la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación precoz, la evaluación de excelencia y el tratamiento del dolor y de otros problemas, físicos, psicosociales y espirituales. (OMS 2002).

El objetivo de los cuidados paliativos no es solo aliviar el dolor, sino también mitigar el sufrimiento físico, psicosocial y emocional de las personas que padecen enfermedades graves en fase avanzada y ayudar a los familiares de esas personas a cuidar, comprender y acompañar a sus seres queridos

CUIDADOS PROGRESIVOS: sistema de actividades terapéuticas y preventivas realizadas por medio de la organización de servicios, prestaciones e instituciones para asegurar que una persona que no es plenamente capaz de su autocuidado pueda mantener el más alto nivel de calidad de vida posible, de acuerdo con sus preferencias individuales, con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad humana (OMS 2000)

Los cuidados personales y la atención de salud adecuados son necesidades, y, una gama amplia de opciones (desde la tele alarma y la atención domiciliaria hasta los servicios institucionales) permitirá establecer niveles variables de servicios en diferentes tipos de entornos. El enfoque maximiza la respuesta a las preferencias individuales y aumenta la eficiencia económica de las distintas intervenciones.

CURSO DE LA VIDA: el paradigma del curso de la vida posee la virtud de articular los aspectos psicológicos, sociales e históricos de la trayectoria vital.

Conforma una cosmovisión, que incide en la forma de investigación e intervención en la realidad, considerando a la misma interdisciplinaria y al transcurrir vital de los sujetos como un conjunto de procesos que acontecen desde el nacimiento hasta la muerte. (Christian Lalive d'Épinay - 2005)

La planificación estratégica situacional en el marco del envejecimiento activo

Continuamos trabajando desde el ProNEAS en un Plan Estratégico que incorpore una “línea de base diagnóstica” que nos permita evaluar año tras año las metas que se van perfilando y sus logros efectivos.

En este número compartiremos a través del material que hacen llegar los referentes provinciales, una síntesis del Programa que desarrolla la Provincia de Buenos Aires.

Provincia de Buenos Aires

Ministerio de Salud

Dirección Provincial de Atención Primaria de la Salud

Dirección de Patologías Prevalentes

Área de Adultos Mayores

Mediante la planificación de trabajo para el período 2013- 2015, el área de Adultos mayores dependiente del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires se propone alcanzar a los adultos mayores que se nuclean en centros de jubilados y a su vez a aquellos que se encuentran alojados en residencias de larga estadía.

La conceptualización de la vejez como fenómeno natural, apoyado sobre bases biológicas tiene una sustentación históricamente ubicada entre los siglos XVIII y XIX. La existencia humana, representada como desarrollo vital, ubica a la vejez como decadencia.

Desde nuestra óptica, la vejez no refiere exclusivamente a aspectos irremediables del paso del tiempo sobre el cuerpo.

En el campo de las intervenciones prevalece la profusión de enunciados pedagógicos que, mirando una mejor adaptación a dichas pérdidas de la vejez, terminan resaltándolas.

Una ruptura con este paradigma ha venido sosteniendo la falta de equidad y acceso a una existencia éticamente comprometida con los derechos humanos, ello exige pensar en el contexto de la complejidad social que demanda hoy la realidad de los adultos mayores de nuestra provincia.

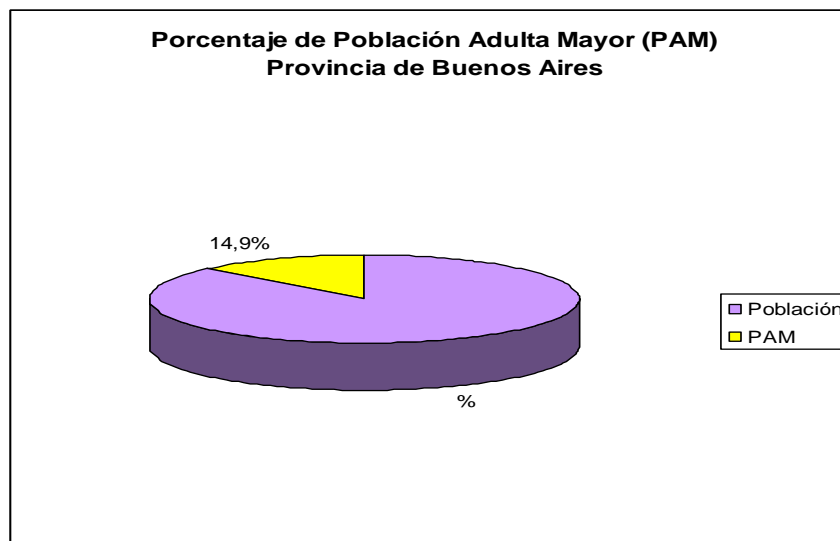
La provincia de Buenos Aires cuenta con 2.328.607 adultos mayores, 1.051.687 varones y 1.276.920 mujeres de acuerdo a los datos del censo nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, representando la población adulta mayor (PAM) el 14.9 % del total de población de la provincia

| Población | Cantidad | % |
|-----------|------------|------|
| Total | 15.625.084 | 100 |
| PAM | 2.328.607 | 14.9 |

Fuente: Censo de Población 2010 INDEC

| Grupo de edades | Cantidad de población |
|------------------------|-----------------------|
| 60 -64 | 657.351 |
| 65- 69 | 524.011 |
| 70 -74 | 413.393 |
| 75-79 | 329.396 |
| 80-84 | 231.764 |
| 85-89 | 121.550 |
| 90-94 | 40.717 |
| 95-99 | 9147 |
| + de 100 | 1278 |
| PAM >60 años | 2.328.607 |

Fuente: Elaboración propia sobre datos Censo 2010 INDEC



El Área de Adultos Mayores adhiere al paradigma que se ha venido sosteniendo desde distintas posiciones, basado en la perspectiva de los derechos humanos.

Desde la perspectiva de la planificación estratégica nos encontramos construyendo, en estrecha vinculación con la población adulta mayor, en cada una de las 12 (doce) regiones sanitarias del Ministerio de Salud de la provincia, respuestas en conjunto de la población.

Desde este enfoque, las personas de edad, en tanto titulares de derecho, no se definen como un grupo vulnerable que debe ser asistido por las políticas sociales, sino como ciudadanos plenos que obligan a los estados y a otras instituciones a asegurar las condiciones de integridad, dignidad, fortalecimiento de su autonomía y protección efectiva de sus derechos humanos en condiciones de igualdad y sin discriminación.



Las páginas del “ProNEAS Informa...” se encuentran abiertas para compartir experiencias, informaciones, artículos de interés, etc. que los referentes provinciales consideren significativos para la tarea que nos convoca.

*“Muchas personas no cumplen los ochenta porque intentan durante demasiado tiempo quedarse en los cuarenta”
SALVADOR DALÍ - Pintor y escultor español (1904-1989)*