



En esta edición:

- **Informaciones breves**
- **III Encuentro de Referentes Provinciales del ProNEAS**
- **Sobre la enfermedad Alzheimer**
- **Glosario**
- **La planificación estratégica situacional en el marco del envejecimiento activo: JUJUY**

Informaciones breves:

✓ **Manual de Autocuidados**

Continuamos difundiendo el manual y estamos preparando una nueva edición.

✓ **Se ha realizado la tercera reunión de la Comisión Nacional Asesora el día 2 de julio.**

Nos encontramos en la tarea de establecer estándares mínimos de calidad para residencias de larga estadía para personas mayores

✓ **Informe estado de situación de la salud de los AM**

Continuamos con este gran desafío: confeccionar un informe sobre el estado de situación de salud de los AM en nuestro país que nos sirva de insumo para la toma de decisiones.

III Encuentro de Referentes provinciales del Pro NEAS

Se ha llevado a cabo durante los días 3 y 4 de julio, en el Hotel Boca de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el III Encuentro de Referentes Provinciales del Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud para Adultos Mayores (Pro NEAS).

Con una amplia convocatoria, los referentes de los programas provinciales de envejecimiento activo, miembros de la Comisión Asesora del ProNEAS y representantes del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, intercambiaron experiencias, analizaron la situación nacional, y las fortalezas y obstáculos en las experiencias e iniciativas de cada jurisdicción.

"Tener una vida saludable y un envejecimiento activo tiene que ver con decisiones individuales, pero estas están muy afectadas por los entornos físicos y sociales por los cuales nos movemos y desarrollamos a lo largo de la vida", sostuvo Sebastián Laspiur, director de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, de la cartera sanitaria nacional.

"Es esencial trabajar sobre estos entornos a modo de generar hábitos más saludables en la población a través de una mejor alimentación, la actividad física, el consumo prudente de alcohol, la no exposición a riesgos viales y espacios libres de humo de tabaco", agregó el funcionario nacional, quién sostuvo que "estos encuentros nos permiten intercambiar experiencias y enriquecernos de los avances en la instalación de las problemáticas del adulto mayor en cada jurisdicción".

En Argentina, según el último censo de 2010, hay más de 5.700.000 mayores de 60 años, lo que representa el 14,27% de la población, de las cuales, aproximadamente 100 mil personas tienen 80 años o más. En cuanto a la esperanza de vida, para las mujeres es de 80 años, mientras que para los hombres es de 73 años.

El encuentro contó con la presencia de 19 referentes provinciales representando a 17 provincias de nuestro país.

Las conclusiones del encuentro:

- ✓ Las experiencias volcadas por los referentes provinciales pone en evidencia la necesidad de la puesta en marcha de un trabajo articulado y acciones conjuntas
- ✓ Se establecieron espacios de intercambio y participación.
- ✓ Es necesario continuar articulando e incrementar el envío de información por parte de los referentes con el objeto de incorporarla en el informe del Estado de Situación de la Salud de los AM que se está elaborando
- ✓ Unificar criterios de atención y protocolos de trabajo sobre los problemas de salud prevalentes y relevantes de los AM
- ✓ Realizar encuentros regionales que posibiliten instrumentar estrategias locales en común
- ✓ Necesidad de sensibilizar a los funcionarios sobre la temática y ponerlo en la agenda del COFESA
- ✓ Necesidad de capacitación de los RRHH de los equipos de salud en los distintos niveles de atención sobre el abordaje a AM y abordajes en red. Trabajar sobre APS adaptada a los AM
- ✓ Concretar proyectos de intercambio mediante teleconferencias

- ✓ Utilizar los medios masivos de comunicación para incorporar en la agenda pública la temática de las personas mayores
- ✓ La transversalidad y la intersectorialidad evidenciada por los disertantes le dio una visión integral e integrada a la temática que enriqueció a todos los participantes
- ✓ La convocatoria fortalece la presencia de la temática de Adultos Mayores en el Ministerio de Salud

SOBRE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

La Enfermedad de Alzheimer (EA) es la causa más frecuente de demencia. Entendemos por demencia a un trastorno cognitivo adquirido desde un nivel previo superior - que involucra la memoria y al menos una de las siguientes: afasia, apraxia, agnosia, habilidades visuoespaciales, el juicio - y que ocasiona un trastorno funcional en las actividades diarias de la persona.

Afecta a todos los grupos sociales, siendo más frecuente a partir de los 60 años, aunque su mayor incidencia se observa en mayores de 85 años, aproximadamente un 25-40%. Los mayores factores de riesgo de padecer la EA son el envejecimiento y los antecedentes heredofamiliares (determinados genes intervienen en la patogenia de la EA). Es más frecuente en mujeres y en personas con menor nivel educativo.

En las fases iniciales la enfermedad puede pasar inadvertida. Los síntomas más frecuentes: pérdida progresiva de memoria, pérdida progresiva de la capacidad para realizar las actividades habituales y cotidianas, de comunicarse verbalmente, dificultades en el lenguaje; dificultad en el aprendizaje, desorientación en tiempo y espacio, falta de concentración, confusión, dificultades en el razonamiento, en el pensamiento, cambios de humor, de comportamiento.

El deterioro es gradual y progresivo. A medida que avanza la enfermedad se afectan hábitos motores, dificultad para realizar tareas motoras seriadas y aprendidas: apraxia; aparecen trastornos del lenguaje con pérdida de la expresión, falta de vocabulario, incapacidad para nombrar las cosas: disnomia, cuando la dificultad es mayor, pueden reemplazar su lenguaje habitual por frases estereotipadas y/o exclamaciones: ecolalia; se pierde la capacidad de cálculo matemático: acalculia o discalculia, falla la orientación visuoespacial, olvida cómo utilizar los objetos, presenta dificultades en reconocer a las personas, incluso su propia imagen frente al espejo.

Puede tener episodios de hiperactividad, agitación, euforia, conducta agresiva.

La EA finalmente presenta afectación de todas las funciones intelectuales superiores, requiriendo los enfermos asistencia para realizar todas las actividades básicas.

Es importante realizar un diagnóstico precoz y preciso, un estudio minucioso e interdisciplinario; hoy en día se puede llegar a una aproximación bastante certera del diagnóstico de EA con los estudios complementarios existentes, dado que la confirmación sólo puede hacerse con la anatomía patológica. La anamnesis, un buen interrogatorio a la familia, en lo posible al familiar más cercano, o a los cuidadores, que se centre en el comienzo, la duración y el ritmo de evolución del cuadro; el examen físico y neurológico completos, test neuropsicológicos (ej. Minimental test-MMSE), evaluación psiquiátrica, electroencefalogramas, estudios por imágenes (Tomografía Computada, Resonancia Magnética Nuclear, SPECT, PET, Mapeo Cerebral), etc.

En relación al tratamiento, los fármacos que se utilizan sirven para mejorar los síntomas (conductuales y neurológicos) y, en algunos casos, retrasar el deterioro. En las etapas iniciales, sugerir la utilización de libretas para recordatorios puede ser de utilidad. Estimular la memoria, juegos de palabras, acertijos. Indicar actividades que le son agradables.

En la medida de las posibilidades tornar más seguras las viviendas, modificando la cocina, el baño, el propio cuarto, en lo posible evitar escaleras.

GLOSARIO

Con esta entrega, comenzamos a difundir las primeras aproximaciones del glosario que el ProNEAS tiene en construcción, con la idea de convocar a todos 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.

INTRODUCCIÓN

Con el objeto de manejar un lenguaje común en la temática gerontológica; desde el Programa de Envejecimiento Activo y Salud para Adultos Mayores, a través de la Comisión Nacional Asesora, se acordó la confección de un glosario de términos de uso frecuente, con sus respectivas explicaciones y definiciones en el entendimiento que el mismo será importante para homogeneizar términos que fueron sufriendo modificaciones a lo largo del tiempo.

Este glosario ha tenido en cuenta los siguientes documentos:

- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1986
- Coriat, Silvia “Lo Urbano y lo Humano” Editorial CP67 Universidad de Palermo, Buenos Aires ,2002.
- Declaración de Alma Ata, Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud - Alma Ata, 1978
- Decreto N° 486/2002
- Documentos técnicos- Centro de día para personas mayores dependientes. 32 - Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaria General de Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. IMSERSO, Madrid 1999
- DSM IV
- Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS (FIC)
- Fassio, Adriana; Golpe, Laura Irene: “Población de Edad y Organizaciones de la Sociedad Civil”, Revista de la Escuela de Economía y Negocios, 1999
- Groba, Gabriela: Temas de Gerontología Social - Dirección General de Tercera Edad - Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2003
- Groba G., Medina H., Martínez L., Ravano G.: “Políticas públicas y protagonismo social: Hogares de Día para la tercera edad” Segundo Congreso Nacional de Políticas Sociales-Política Social y Política Económica: Tensiones en busca de la equidad. AAPS Ediciones)
- Huenchuan Sandra “Envejecimiento e institucionalidad para el cuidado de las personas mayores” - CEPAL
- IMSERSO – España, 1997
- Libro blanco de la dependencia – IMSERSO 2011
- Manual de indicadores de calidad de vida en la vejez - CEPAL
- NIH: Instituto Nacional sobre el Envejecimiento www.nia.nih.gov
- OMS/UNICEF, ALMA ATA 1978
- OPS/OMS “Guía Clínica para atención primaria a las personas adultas mayores”, 4ta. edición, junio 2004
- OMS / OPS: MÓDULOS DE VALORACIÓN CLÍNICA / PARTE I: Módulo 3. EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR
- Paola, Jorge P. y otros: “Construyendo el Trabajo Social con Adultos Mayores” Ed. Espacio-Argentina- 2003

- Salud para Todos, OMS, Ginebra 1984
- Sistema de Estadísticas e Indicadores del Sistema Integrado Previsional Argentino-SIPA-Junio 2010

A

ABANDONO: una persona mayor sufre de abandono cuando otra persona o institución, que tiene la responsabilidad de su cuidado o de su custodia física, la desampara o descuida.

ABUELIDAD: concepto acuñado por la Dra. argentina Paulina Redler en 1980 para denominar a la relación y función del abuelo con respecto al nieto, y los efectos psicológicos del vínculo. Se trata de un fenómeno relativamente reciente, ligado al desarrollo de la gerontología y los derechos de los mayores, así como al fenómeno de alargamiento de la vida humana. Según la Dra. Gloria Ferrero el rol de la abuelidad se vincula con "la función de la transmisión del conocimiento generacional, del pasado, los orígenes", a la vez que, al mantener una relación con los nietos menos tensada por las relaciones de autoridad que estos mantienen con sus padres, los abuelos están en mejores condiciones de "escuchar, comprender y sostener a sus nietos en ocasiones que sus padres no pueden hacerlo..." Juegan de este modo un papel esencial en el proceso de "transmisión intergeneracional", proceso ligado estrechamente al de la construcción de la identidad.

En la Argentina, la Asociación de Abuelas de Plaza de Mayo desarrollaron un método científico para establecer un "índice de abuelidad", procedimiento científico capaz de probar judicialmente un vínculo biológico entre abuelos y nietos, en ausencia de sus padres.

ACCESIBILIDAD: posibilidad de ser atendidos por los servicios. Hay por lo menos tres tipos: 1) material (distancia, transporte, horarios), 2) económicas (costos de viaje, de los honorarios) y 3) sociales o culturales (barreras por pautas culturales, del idioma, etc.)

Accesibilidad al medio físico: expresa el más alto nivel de eliminación de todos los obstáculos e impedimentos que dificultan el estar, circular, transportarse y comunicarse a todas las personas, independientemente de su edad, género, condición física o mental. Su existencia implica que no pueden existir las *barreras físicas*. Debe ser entendida como un derecho humano y social mas, que asegura la inclusión social de todas las Personas Mayores, al permitirles habitar sus viviendas, circular y transportarse utilizando los servicios de las ciudades, sin riesgos.

ACTIVIDADES AVANZADAS DE LA VIDA DIARIA: concepto recientemente introducido por Ruben y cols. (1990); engloba una serie de actividades especialmente complejas, segregadas de las AIVD donde inicialmente estaban incluidas. Son conductas elaboradas, de control del medio físico y del entorno social, que permiten al individuo desarrollar un rol social, mantener una buena salud mental y disfrutar de una excelente calidad de vida. Incluyen: actividad física (ejercicio, deporte, etc.) y actividades sociales (viajes, aficiones, etc.).

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD): las ABVD son actividades que se investigan en las personas adultas mayores con el objeto de realizarles una evaluación funcional a fin de intervenir en caso de detectar alguna dificultad que puede conducir a situaciones de deterioro. Son actividades (funciones físicas rutinarias y cotidianas) comunes a todos los seres humanos y que deben ser realizadas regularmente para mantener la independencia de un individuo en su medio normal. Estas actividades están encaminadas a su autocuidado y movilidad, dotan a la persona de autovalidez e

independencia elementales. Incluye actividades tales como: bañarse, vestirse, alimentarse, usar el inodoro, movilizarse (caminar, trasladarse), continencia (micción, defecación), arreglo personal. La escala más ampliamente utilizada para evaluar las ABVD es el Índice de Katz.

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD): las AIVD son actividades que se investigan en las personas adultas mayores con el objeto de realizarles una evaluación funcional a fin de estimar los riesgos de pérdida de autovalidez, el grado de independencia y realizar una intervención apropiada y oportuna en el caso de detectar alguna dificultad. Estas actividades son: capacidad para usar el teléfono, ir de compras, preparar la comida - cocinar, usar medios de transporte, controlar la toma de medicamentos, manejar los asuntos económicos. La escala más ampliamente utilizada para evaluar las AIVD es la escala de Lawton.

ADULTO MAYOR (o persona mayor): persona adulta que se retiró del mercado de trabajo o que culminó la etapa de formación de la familia y desarrolla una práctica social que se caracteriza por disponer de tiempo para encarar proyectos personales, familiares o sociales postergados en las etapas anteriores de su biografía.

ANCIANIDAD: en las sociedades pre-modernas, último período de la vida ordinaria del hombre.

ANCIANO: A partir de la 1° Asamblea Mundial del Envejecimiento, se denomina anciano a toda persona mayor de 60 años.

En las sociedades pre-modernas, los hombres de más edad que, por ser de escaso número, constituían los consejos de consulta de la comunidad.

ASAMBLEA MUNDIAL DE ENVEJECIMIENTO: en 1977 la Organización de las Naciones Unidas abordó la temática del envejecimiento de forma directa, haciendo énfasis en que era necesario organizar una asamblea mundial sobre las personas mayores. En 1978 se acordó la que la 1° se realizaría en 1982.

1ra. Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento- Viena - 1982.

La 1ra. Asamblea Mundial sobre Envejecimiento adoptó 62 recomendaciones para la acción sobre aspectos tales como la investigación, recolección de datos, análisis, capacitación, así como también sobre las áreas temáticas siguientes: salud y nutrición, protección de los adultos mayores como consumidores, vivienda y medio ambiente, familia, seguridad social, seguridad económica, empleo y educación. De manera posterior el Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento que la asamblea promulgó fue aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1982 (resolución 37/51). En su 54ª sesión se decidió convocar a una Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, en ocasión del vigésimo aniversario de la celebración de Viena.

2da. Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento - Madrid año 2002. La finalidad de esta última fue crear una nueva estructura para el envejecimiento y transformarla en políticas específicas. Asimismo, se examinaron los resultados de la primera Asamblea Mundial y se inició el proceso de actualización del Plan de Acción Internacional.

En ella los países adoptaron dos documentos clave: una Declaración Política y el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento Madrid 2002. En ambos documentos los gobiernos se comprometen a diseñar y ejecutar medidas para enfrentar los retos que plantea el envejecimiento; además, se proponen más de un centenar de recomendaciones sobre tres temas prioritarios: i) personas de edad y el desarrollo, ii) fomento de la salud y el bienestar en la vejez y iii) la creación de un entorno propicio y favorable para ellos. En esta Asamblea se otorgó el mandato a las comisiones regionales para que trasladen el Plan de Acción Internacional a planes de acción concretos y evaluables.

ASILO: (Ver también Residencias, Instituciones de Larga Estadía) lugar de acogida, residencia o servicios para personas mayores, pobres, discapacitados y dependientes en general. Establecimiento benéfico en el que se acoge a personas pobres o que no tienen casa, especialmente ancianos.

Un asilo para ancianos y convalecientes es un lugar para personas que no necesitan permanecer en un hospital, pero que necesitan cuidados especiales. La mayoría de estos centros cuentan con personal de enfermería capacitada disponible las 24 horas del día.

Algunos asilos están equipados como un hospital. El personal presta cuidados médicos, así como fisioterapia y terapia del habla y ocupacional. Puede haber un puesto de enfermería en cada piso. Otros centros procuran aparentar ser más un hogar. Tratan de brindar una sensación de vecindario. Con frecuencia, no tienen un cronograma diario fijo y pueden contar con cocinas abiertas para los residentes. Se les fomenta a los integrantes del personal a establecer relaciones con los ocupantes.

Algunos asilos de ancianos cuentan con unidades de cuidados especiales para personas con problemas serios de memoria, tales como la enfermedad de Alzheimer. Algunos permiten la convivencia con parejas. Los asilos no son sólo para ancianos, sino para cualquier persona que necesite de los cuidados las 24 horas.

ATENCIÓN DOMICILIARIA: conjunto de servicios de apoyo sanitarios y sociales prestados a las personas en su domicilio, con el objeto de mantenerlos en sus hogares 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.

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS): es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. Es la estrategia con extensión de cobertura que permite el uso más apropiado y equitativo de los recursos disponibles para mejorar la salud, que abarca a la sociedad entera. Si bien esta estrategia destaca el 1° nivel de atención, deben estar disponibles el 2° y 3° nivel según las necesidades. Comprende un sistema de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles.

La atención primaria, a la vez que constituye el núcleo del sistema nacional de salud, forma parte del conjunto del desarrollo económico y social de la comunidad.

Es preciso trabajar con una concepción de la APS que considere otros elementos tales como las enfermedades crónicas, el envejecimiento (APS adaptada a los AM), las discapacidades, la urbanización, el SIDA, la violencia, la presencia de otras enfermedades emergentes; exposición a desastres y a otras circunstancias de impacto ambiental; la diversidad cultural, étnica, de género y de estilos de vida.

AUTOCUIDADO: acciones de cuidado sobre uno mismo. Es un proceso voluntario, implica responsabilidad del propio individuo en relación a las decisiones que toma y acciones que emprende, permite identificar comportamientos, está relacionado con el estilo de vida.

AUTONOMÍA: capacidad de tomar decisiones sobre el curso de su propia vida

AUTOVÁLIDO: capacidad de hacer por sí mismo actividades imprescindibles para la vida diaria.

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 Jujuy.

Nombre del programa/ plan / registro	Objetivos	Metas	Descripción de las acciones	Población destinataria
<p>PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES Resolución. 0787/ agosto/08</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de los AM en toda la Provincia en el rango hasta los 100 años. • Capacitación de RRHH en la sensibilidad al servicio de salud • Coordinar con el Programa Médicos Comunitarios/ enfer crónicas y agudas • Identificar a los A.M. que consultan en la asistencia pública a pesar de tener obra social. 	<p>Obtención de datos estadísticos propios de la Provincia de Jujuy. (lograr que se llegue a informar hasta + de 100)</p> <p>Capacitación del 100% del personal de salud: Agentes Sanitarios, enfermería , administrativos y profesionales, buscando mejorar la accesibilidad a la salud de los A.M.</p> <p>Concreción de actas de acuerdo con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A.P.S • ENFERMEDADES CRÓNICAS • RESIDENCIAS DE ENFERMERÍA • RESIDENCIA CLÍNICA MÉDICA • DIRECCIÓN DE ODONTOLOGÍA. • Coordinación de SALUD MENTAL. • Programa. Nacional de Lucha contra el VIH-SIDA <p>Dirección de Adultos</p>	<p>CURSO-TALLERES: <i>CURSO DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN ADULTOS MAYORES.</i> Con la modalidad de presentar una planificación dirigida a solucionar problemas de accesibilidad a la salud en su área, como trajo final. (se presentaron 26 trabajos)</p> <p>CURSO-TALLERES: <i>PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DE TRASTORNOS MAS PREVALENTES EN ADULTOS MAYORES” con igual modalidad al del año pasado.</i></p> <p>Promoción de la Salud en el programa radial “SALUD-ARTE” en el segmento “LA SALUD DE NUESTROS ADULTOS MAYORES”,</p> <p>Se integra el CONSEJO PROVINCIAL DEL ADULTO MAYOR y se participación en las Reuniones.</p> <p>Participación en las reuniones que realice el</p>	<p>Población de MAS DE 60 AÑOS que acude a los Hospitales y Puestos de Salud</p> <p>CON PARTICIPACIÓN DE CENTROS DE JUBILADOS Y ONG.</p> <p>Los Centro de Jubilados son 55 en toda la provincia, donde cincuenta agrupan a jubilados y pensionados Provinciales y Nacionales, dos aglutinan a Jubilados Provinciales y el resto a municipales solamente. (estos centros están actualizados con fiscalía) . Con las O.N.Gs. : Se les acerca Folletería y participar de los talleres, otras nos pidieron brindar el taller. (Son 300 en capital y tienen dificultades con la personería jurídica para recibir otros tipos de apoyo).</p>

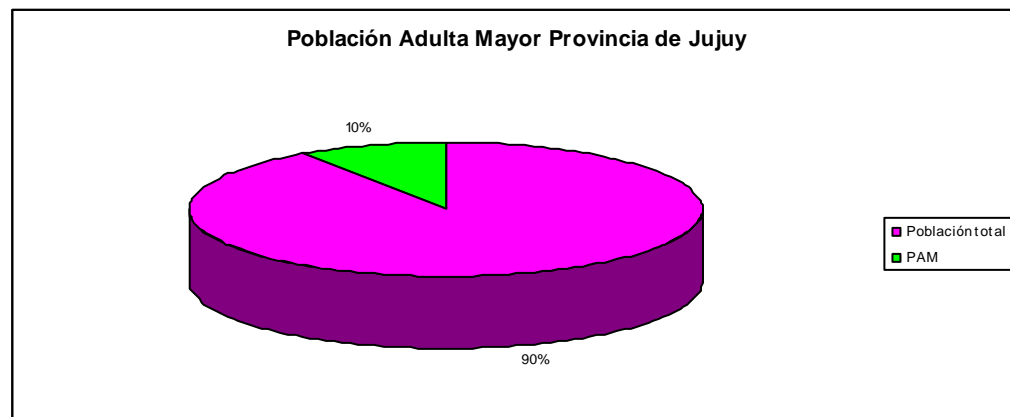
		Mayores del MINISTERIO de DESARROLLO SOCIAL (2014)	“Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud para Adultos Mayores (Pro NEAS)”	
--	--	---	---	--

Provincia de Jujuy

Población	Cantidad	%
Total	673.307	100
PAM	70.930	10.5

Fuente: Censo de Población 2010 INDEC

Grupo de edades	Cantidad de población
60 -64	22.271
65- 69	17.191
70 -74	12.949
75-79	9.264
80-84	5.583
85-89	2.616
90-94	830
95-99	187
+ de 100	39
PAM >60 años	70.930





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.

***"Si hubiera muerto a los 60 años, no habría publicado ni un solo libro"
José Saramago, a los 76 años, cuando recibió el Premio Nobel de Literatura en 1998***