

ORGANIZAN



INTI

*Instituto Nacional de
Tecnología Industrial*



*Red Nacional de Adultos Mayores y
Organismos que trabajan con el sector*



*Defensoría del Pueblo
de la Ciudad de Buenos Aires*

índice

5	introducción
7	principios del diseño para todos
9	el envejecimiento ¿cómo superar mitos?
19	salud en la tercera edad y calidad de vida
31	tiempo libre y adultos mayores
39	necesidades MOVILIDAD
44	necesidades SEGURIDAD
54	necesidades RECREACION
57	necesidades COMUNICACION
60	necesidades SALUD
61	necesidades CONVIVENCIA
	material anexo
64	a. nuevas tecnologías y adultos mayores
70	b. prevención de accidentes en el hogar
72	c. proyecto de viviendas tutelares para la tercera edad

CALENDARIO

fecha de apertura I Etapa
15 de Julio de 2003

fecha de cierre I Etapa
15 de Septiembre de 2003

fecha límite de inscripción II Etapa
10 de Noviembre de 2003

fecha de cierre II Etapa
25 de Noviembre de 2003

entrega de premios
Diciembre de 2003

devolución de trabajos
Enero de 2004

En esta publicación se exponen los resultados obtenidos en la I Etapa -Convocatoria de "ideas"-.

Se pretende fomentar la creatividad y la capacidad de innovación para lograr, a partir de los relevamientos, productos o servicios factibles para ser incorporados en la vida cotidiana de los adultos mayores.

La publicación se divide en tres áreas:

- material introductorio, contextualizador de la temática planteada.
- relevamiento de necesidades, divididas por categorías.
- material anexo, datos de interés sobre temas específicos relacionados con los adultos mayores.

Más información acerca del concurso (presentación, envío) en www.inti.gov.ar/prodiseno



escribe
Alexis Costa M.

**¿Qué es el envejecimiento?**

Es un proceso natural que depara a los afortunados (Andor Foldes).

Los adelantos científicos y la velocidad de evolución de la tecnología alcanzados en el siglo veinte, sobrepasa todo el desarrollo precedente de la humanidad; esto lleva también a la posibilidad de aumentar la esperanza de vida de los seres humanos, que hoy llega a un promedio de alrededor de los setenta años.

ENVEJECIMIENTO:

Es un proceso biológico que forma parte de la vida. Se inicia desde el momento del nacimiento, pues cronológicamente vamos envejeciendo (aumentando en edad). Las edades por las cuales debe transcurrir la vida del ser humano se dividen en lactancia, infancia y niñez, pubertad, adolescencia juventud, madurez y vejez. Esta última puede durar un periodo extremadamente largo y tiene distintas manifestaciones y vivencias.

VEJEZ:

Etapa de la vida reservada a pocos afortunados que fueron capaces de vencer a la muerte, los agentes agresivos y las enfermedades; demostración de fortaleza en relación a otros más jóvenes quienes fallecieron y quedaron en el camino.

TERCERA EDAD:

Clasificación muy relativa de una etapa que debe atravesar el ser humano; está relacionada de manera general con la época en la cual la persona se retira o jubila de su trabajo. Constituye más en una clasificación laboral que intelectual o física.



Durante el camino de su vida el hombre llega a la madurez, y alcanza la plenitud de la misma cuando sus facultades físicas (agilidad, resistencia) y sus facultades intelectuales (análisis, astucia, habilidades, conocimientos, etc.) se encuentran en perfecto equilibrio. El momento en el que una de esas facultades se comienza a perder se inicia el proceso de envejecimiento.

Este cambio se produce de manera imperceptible y muy lenta; nos percatamos del mismo cuando no podemos realizar algunas tareas de la misma forma que las realizábamos antes.

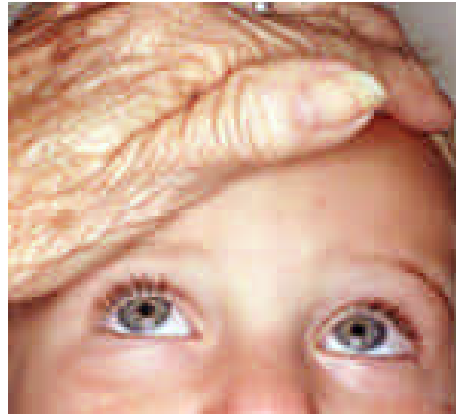
La inteligencia como tal merece una consideración especial, pues se halla científicamente demostrado que no declina con la edad de manera automática. En los casos que esta se ve alterada, son por obra de procesos asociados a enfermedades generales (por ejemplo, arteriosclerosis).

Los síntomas que se presentan durante el envejecimiento pueden seguir un esquema más o menos preestablecido que se detalla de la siguiente manera, sin que esto se desarrolle en todos los hombres, y no necesariamente en este orden:

En primer lugar aparece una reacción motora, caracterizada por movimientos lentos, calculados y, a veces, inseguros. Muchas personas detienen aquí sus síntomas y no presentan ninguna otra manifestación.

En segundo lugar, aparecen deficiencias en los órganos de los sentidos, fundamentalmente oído y vista.

En tercer lugar, aparecen manifestaciones en la piel, la cual se torna floja, seca y en ocasiones sobran-



Los 7 Principios del Diseño Universal o Diseño para Todos, se centran en el diseño utilizable universalmente o por todos, pero hay que tener en cuenta que en el diseño intervienen otros aspectos, como el coste, la cultura en la que será usado, el ambiente, etc.; que tampoco pueden olvidarse. Estos Principios generales del diseño, son aplicables y de hecho se aplican en la arquitectura, la

1º Principio: *Uso equiparable*

El diseño es útil y vendible a personas con diversas capacidades.

Pautas para el Principio 1:

Que proporcione las mismas maneras de uso para todos los usuarios: idénticas cuando es posible, equivalentes cuando no lo es.

Que evite segregar o estigmatizar a cualquier usuario. Las características de privacidad, garantía y seguridad deben estar igualmente disponibles para todos los usuarios.

Que el diseño sea atractivo para todos los usuarios.

2º Principio: *Uso flexible*

El diseño se acomoda a un amplio rango de preferencias y habilidades individuales.

Pautas para el Principio 2

Que ofrezca posibilidades de elección en los métodos de uso.

Que pueda accederse y usarse tanto con la mano derecha como con la izquierda.

Que facilite al usuario la exactitud y precisión.

Que se adapte al paso o ritmo del usuario.

3º Principio: *Simple e intuitivo*

El uso del diseño es fácil de entender, atendiendo a la experiencia, conocimientos, habilidades lingüísticas o grado de concentración actual del usuario.

ingeniería y, por supuesto, las páginas y aplicaciones Web, entre otros campos de aplicación.

Los principios del Diseño para Todos o, como es llamado en Estados Unidos, Diseño Universal, fueron compilados por: Bettye Rose Connell, Mike Jones, Ron Mace, Jim Mueller, Abir Mullick, Elaine Ostroff, Jon Sanford, Ed Steinfeld, Molly Story, y Gregg Vanderheiden.

Pautas para el Principio 3

Que elimine la complejidad innecesaria.

Que sea consistente con las expectativas e intuición del usuario.

Que se acomode a un amplio rango de alfabetización y habilidades lingüísticas.

Que dispense la información de manera consistente con su importancia.

Que proporcione avisos eficaces y métodos de respuesta durante y tras la finalización de la tarea.

4º Principio: *Información perceptible*

El diseño comunica de manera eficaz la información necesaria para el usuario, atendiendo a las condiciones ambientales o a las capacidades sensoriales del usuario.

Pautas para el Principio 4

Que use diferentes modos para presentar de manera redundante la información esencial (gráfica, verbal o táctilmente)

Que proporcione contraste suficiente entre la información esencial y sus alrededores.

Que amplíe la legibilidad de la información esencial.

Que diferencie los elementos en formas que puedan ser descritas (por ejemplo, que haga fácil dar instrucciones o direcciones).

Que proporcione compatibilidad con varias técnicas o dispositivos usados por personas con limitaciones sensoriales.



5º Principio: Con tolerancia al error

El diseño minimiza los riesgos y las consecuencias adversas de acciones involuntarias o accidentales. Pautas para el Principio 5

Que disponga los elementos para minimizar los riesgos y errores: elementos más usados, más accesibles; y los elementos peligrosos eliminados, aislados o tapados.

Que proporcione advertencias sobre peligros y errores.

Que proporcione características seguras de interrupción.

Que desaliente acciones inconscientes en tareas que requieren vigilancia.

6º Principio: Que exija poco esfuerzo físico

El diseño puede ser usado eficaz y confortablemente y con un mínimo de fatiga.

Pautas para el Principio 6

Que permita que el usuario mantenga una posición corporal neutra.

Que utilice de manera razonable las fuerzas necesarias para operar.

Que minimice las acciones repetitivas.

Que minimice el esfuerzo físico continuado.

7º Principio: Tamaño y espacio para el acceso y uso

Que proporcione un tamaño y espacio apropiados para el acceso, alcance, manipulación y uso, atendiendo al tamaño del cuerpo, la postura o la movilidad del usuario.

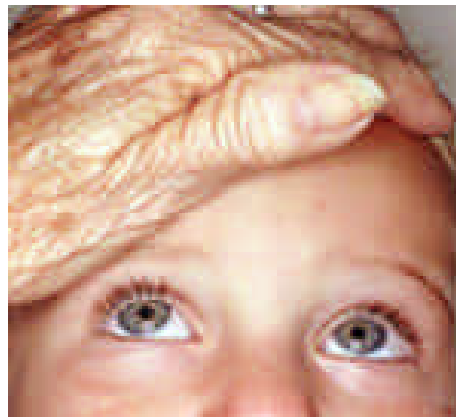
Pautas para el Principio 7

Que proporcione una línea de visión clara hacia los elementos importantes tanto para un usuario sentado como de pie.

Que el alcance de cualquier componente sea confortable para cualquier usuario sentado o de pie.

Que se acomode a variaciones de tamaño de la mano o del agarre.

Que proporcione el espacio necesario para el uso de ayudas técnicas o de asistencia personal.



Organización Panamericana de la Salud 1999

Cómo superar mitos.

Todos envejecemos a diario. John H. Glenn, Jr. tenía 77 años de edad cuando fue al espacio por segunda vez, en el marco de un experimento científico para estudiar los secretos del envejecimiento. Empezamos a envejecer antes de nacer, y seguimos haciéndolo a lo largo de toda la vida. El envejecimiento es un proceso natural que se debe recibir con beneplácito.

La esperanza de vida ha aumentado en forma pronunciada este siglo, y se prevé que seguirá creciendo prácticamente en todas las poblaciones del mundo. Actualmente hay en el mundo 580 millones de personas de 60 años de edad como mínimo.

En estas páginas se esboza la forma en que los principios del envejecimiento activo ayudan a mantener la salud y la creatividad a lo largo de toda la vida, especialmente en sus años más avanzados. También se despejan ciertos mitos comunes sobre el envejecimiento y las personas de edad, y se sugieren formas para que la formulación de políticas puedan transformar los principios en prácticas para hacer del envejecimiento activo una realidad mundial.

Mito No. 1

La mayoría de las personas de edad viven en los países desarrollados

Lo que es cierto es lo contrario. En su mayoría (más de 60%), las personas de edad viven en los países en desarrollo. Actualmente, en el mundo hay cerca de 580 millones de personas de edad, y 355 millones viven en países en desarrollo. Para el año 2020, la primera cifra habrá crecido a 1.000 millones de personas, y la segunda, a más de 700 millones.

Se prevé que dicha cifra habrá crecido a 1.000 millones para el año 2020, lo que representa un aumento de 75% frente a 50% correspondiente a la población en su conjunto.

La salud es un factor básico para mantener el bienestar y la calidad de vida en la vejez, y resulta esencial para que los ciudadanos de mayor edad puedan seguir haciendo aportes activos a la sociedad.

La gran mayoría de las personas de edad gozan de buena salud, tienen vidas muy activas y plenas, y pueden recurrir a reservas intelectuales, emocionales y sociales que a menudo no están al alcance de las personas más jóvenes.

La esperanza de vida aumentó, y se prevé que seguirá haciéndolo en casi todo el mundo. Ello obedece al descenso pronunciado de la mortalidad prematura provocada por enfermedades infecciosas y crónicas durante este siglo. Tanto las mejoras al nivel de saneamiento, vivienda y nutrición, como las innovaciones médicas, incluidas las vacunaciones



y el descubrimiento de los antibióticos, han favorecido el notable aumento del número de personas que alcanzan la vejez.

Para vivir en un mundo que envejece se debe:

- reconocer a las personas de edad como un recurso valioso
- permitirles tener una participación activa en el proceso de desarrollo
- brindarles una atención y promoción de salud adecuadas
- fomentar la solidaridad intergeneracional.

Esta tendencia, en virtud de la cual el número de personas que alcanzan la vejez aumenta al tiempo que nacen menos niños, se denomina "envejecimiento de la población". El fenómeno ha sido particularmente rápido en los países en desarrollo. Mientras que a Francia le tomó 115 años duplicar de 7% a 14% su porcentaje de adultos mayores, a Costa Rica apenas le tomará 25 años (de 2000 a 2025) lograr el mismo aumento.

LA VIDA EN UN MUNDO QUE ENVEJECE

Cuando las personas alcanzan la vejez, entran en un período de sus vidas en el que están más expuestas al riesgo de contraer enfermedades crónicas, que a su vez pueden traducirse en discapacidad. De hecho, se prevé que las enfermedades crónicas, incluidas las cardiovasculares, la diabetes y el cáncer, serán, para el año 2020, los factores principales de la carga de morbilidad de los países en desarrollo. Por su parte, las enfermedades infecciosas, si bien están en disminución, seguirán aumentando dicha carga en esas regiones.

Las proyecciones indican que en muchos países con tasas de fecundidad inferiores al nivel de reemplazo, la proporción de las personas de edad

excederá la de las muy jóvenes (de 14 años de edad como máximo) para el año 2025. Sin embargo, en los países desarrollados hay indicios crecientes de que las personas en una etapa posterior de la vida están conservando un nivel de salud superior al registrado en cualquier época pasada. Se calcula que en 1996 en EE.UU. hubo 1,4 millones menos de personas de edad discapacitadas que lo que hubiera sido dable prever si el estado de salud de los adultos mayores no hubiera mejorado desde principios de los años ochenta.

Mito No. 2: *Todos los adultos mayores se asemejan*

Las personas de edad constituyen un grupo muy diversificado. Envejecen en formas singulares, que dependen de numerosos factores, incluidos su género, sus antecedentes étnicos y culturales, y el hecho de si viven en países industrializados o en desarrollo, en medios urbanos o rurales. El clima, la ubicación geográfica, el tamaño de la familia, las aptitudes para la vida y la experiencia son todos factores que hacen que las personas se asemejen cada vez menos conforme van envejeciendo.

Las diferencias individuales en cuanto a características biológicas (por ejemplo, presión arterial o fuerza física) tienden a ser más grandes entre las personas de edad que entre los jóvenes. Semejante diversidad causa grandes dificultades a la hora de interpretar los resultados de los estudios científicos sobre el envejecimiento, que con frecuencia se realizan en grupos específicos y bien definidos de personas de edad: así, es posible que las conclusiones no se puedan aplicar a un amplio segmento (mayoritario o no) de adultos mayores.

¿POR QUÉ TAL DIFERENCIA?



La duración de nuestras vidas puede depender de un componente genético. Sin embargo, la salud y la actividad a una edad avanzada son en gran medida una síntesis del acervo de experiencias, riesgos y acciones acumulado por una persona a lo largo de toda su vida.

Nuestra vida empieza a transcurrir antes del nacimiento. La desnutrición en la niñez, particularmente durante el primer año de vida, las infecciones infantiles como poliomielitis y fiebre reumática, y la exposición a accidentes y lesiones aumentan la probabilidad de contraer enfermedades crónicas y a veces discapacitantes en la edad adulta. Los factores correspondientes al modo de vida en la adolescencia y en la edad adulta, como tabaquismo, consumo de alcohol excesivo, falta de ejercicio, nutrición inadecuada u obesidad, aumentan mucho el riesgo de enfermedades y discapacidad en cualquier momento de la vida adulta.

Las diferencias de nivel educativo, ingresos, funciones sociales y expectativas en cualquier etapa de la vida aumentan la diversidad en el envejecimiento. En todo el mundo, el promedio de educación de las personas de edad es inferior al de los jóvenes, y esas diferencias son importantes porque los niveles de educación más elevados se relacionan con una salud mejor.

La pobreza se vincula claramente con una longevidad menor y una salud precaria en la vejez. Las personas de menos recursos tienden a vivir en ambientes más nocivos, donde es más probable que se vean expuestas a niveles más altos de contaminación del aire en locales cerrados y al riesgo de contraer enfermedades. Una estructura habitacional deficiente y el hacinamiento aumentan el riesgo de accidentes y de transmisión de enfermedades infecciosas.

A menudo, las personas de edad sumidas en la pobreza ven dificultado su acceso a nutrición adecuada. La malnutrición sigue siendo uno de los

factores principales de enfermedad y discapacidad en el mundo en desarrollo. Las cifras de la OMS indican que a principios de la década del '90 todavía habían 840 millones de personas por debajo del umbral de nutrición (que representa las necesidades alimentarias mínimas), siendo particularmente vulnerables las personas de edad. Estudios realizados en el mundo en desarrollo indican, por ejemplo, que en épocas de escasez las mujeres mayores tienden a privarse de alimentos en favor de los jóvenes.

El aislamiento social debido a viudez o a divorcio, por ejemplo, tiene efectos negativos sobre la salud. Desempeñar un papel en la vida familiar y pertenecer a una organización comunitaria o religiosa tienen efectos beneficiosos sobre la salud, mejoran la autoestima y les permiten a las personas de edad hacer un aporte más importante a la sociedad.

Mito No. 3 *El hombre y la mujer envejecen de la misma manera*

La mujer y el hombre envejecen de distinta manera. Ante todo, la mujer es más longeva que el hombre, y parte de su ventaja en cuanto a esperanza de vida es de índole biológica. Lejos de ser el sexo más débil, la mujer parece ser más resistente que el hombre a cualquier edad, pero sobre todo en la primera lactancia. La mujer puede tener una ventaja biológica también en la edad adulta, por lo menos hasta la menopausia, ya que sus hormonas la protegen de la cardiopatía isquémica, por ejemplo. Actualmente en las Américas la esperanza de vida femenina en el momento del nacimiento oscila entre algo más de 52 años en Haití y más de 80 en ocho países, donde la ventaja femenina característica en cuanto a esperanza de vida varía de cinco a ocho años. Como resultado de ello, las personas de edad



con más años son sobre todo mujeres. Sin embargo, vidas más largas no son necesariamente sinónimo de vidas más saludables, y los patrones de salud y enfermedad de la mujer y el hombre acusan marcadas diferencias. La longevidad de las mujeres las hace más proclives a contraer enfermedades crónicas que por lo común se relacionan con la vejez. Por ejemplo, se sabe que es más probable que la osteoporosis, la diabetes, la hipertensión, la incontinencia y la artritis aquejen a la mujer que al hombre. Al reducir la movilidad, las enfermedades discapacitantes crónicas como la artritis repercuten sobre la capacidad para mantener relaciones sociales y, por ende, sobre la calidad de vida. Los hombres tienen más probabilidades de sufrir cardiopatías y accidentes cerebrovasculares, pero a medida que las mujeres envejecen, dichas enfermedades se convierten en las principales causas de muerte y discapacidad también para ellas. La idea generalizada de que las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares son exclusivamente problemas del hombre ha impedido reconocer su importancia para la salud de la mujer en una edad más avanzada, requiriéndose más investigaciones al respecto.

GENERO, SALUD

Si bien algunas diferencias entre la mujer y el hombre obedecen a características biológicas, otras se deben a las funciones y responsabilidades determinadas a nivel social, es decir, a las divisiones y las funciones por género. En el pasado, la mujer no siempre fue más longeva que el hombre. En Europa y América del Norte, la brecha recién comenzó a producirse a medida que el desarrollo económico y los cambios sociales fueron eliminando algunos de los riesgos más importantes para la salud femenina. Merced a un control mayor del tamaño de la familia y mejoras

en las condiciones de vida y de higiene, el riesgo de la mujer de morir en el parto disminuyó. Al mismo tiempo, la división del trabajo según el género llevó al hombre a asumir más riesgos ocupacionales conforme la industrialización se iba propagando a más países. Como resultado, las defunciones masculinas por causas ocupacionales han sido siempre más numerosas que las femeninas. Los factores relacionados con el modo de vida, combinados con los riesgos ocupacionales, han contribuido a un número mayor de defunciones prematuras entre los hombres, sobre todo en las sociedades industrializadas.

EL EFECTO DE LA DISCRIMINACION POR RAZONES DE GENERO

En algunas sociedades, la ventaja biológica de la mujer se ve reducida por su desventaja social. La ventaja natural de la mujer en cuanto a esperanza de vida se ve disminuida sustancialmente en sociedades en las que la mortalidad infantil femenina es más elevada y donde las niñas sufren discriminación. En todos los países las desigualdades de ingresos y de riqueza en las etapas tempranas de la vida hacen que, en la vejez, las mujeres tiendan a ser más pobres que los hombres. En todas partes la mujer sigue ganando menos que el hombre, y a menudo su presencia está concentrada en trabajos menos remunerados. En los países industrializados, los ingresos de las mujeres en concepto de pensiones y seguridad social siguen siendo inferiores a los que perciben por idéntico concepto los hombres, y generalmente son inferiores porque las mujeres interrumpen sus carreras con más frecuencia que los hombres para atender a la familia. De hecho, tanto en los países desarrollados como en los en desarrollo, la entrada de la mujer a un trabajo remunerado rara vez la libera de sus



responsabilidades de trabajo doméstico, y esta carga doble tiene su costo en la salud. En los países en desarrollo, donde la mayoría de las personas no cuenta con el beneficio de los planes públicos de seguridad de ingresos en la vejez, las mujeres mayores casi siempre dependen de sus familias. Como las mujeres viven más que los hombres, también tienen más probabilidades de enviudar, y esta tendencia se ve reforzada por el hecho de que casi todas se casan con hombres mayores que ellas. De hecho, para la mayoría de las mujeres la viudez es una perspectiva probable para los últimos años de su vida adulta. En algunas sociedades, las normas sociales de la viudez imponen limitaciones que tienen efectos negativos sobre el bienestar de la viuda. En particular, los derechos de herencia a menudo no están bien establecidos, pudiendo incluso llegar a ser inexistentes en la práctica. Mientras que la gran mayoría de las mujeres de edad más avanzada en los países desarrollados logra adaptarse a la viudez, ésta sigue siendo uno de los factores principales vinculados con pobreza, soledad y aislamiento.

Los planes de acción formulados en conferencias internacionales recientes de las Naciones Unidas instan a los países a rever sus marcos jurídicos para eliminar la discriminación entre el hombre y la mujer. Entre los asuntos tratados en dichos planes cabe mencionar el acceso igualitario a la educación para niños y niñas, la lucha contra todo tipo de discriminación contra las niñas y la eliminación de prácticas tradicionales negativas. Muchas de estas primeras intervenciones contra la desigualdad permitirán establecer una trayectoria de vida más propicia para un envejecimiento saludable y activo. Además, las organizaciones no gubernamentales y las de la mujer tanto en los países desarrollados como en los en desarrollo están prestando más atención a las cuestiones urgentes que hoy enfrenta

la mujer de edad. Hay ejemplos alentadores de adultas mayores que forman por sí mismas grupos de promoción de su causa y que dan comienzo a proyectos de autoayuda que aumentan su poder y su calidad de vida.

El análisis por género estudia los orígenes de las diferencias biológicas, las desventajas y la desigualdad entre la mujer y el hombre, y tiene por objeto mejorar la calidad de vida de ambos conforme van envejeciendo.

Mito No. 4 Las personas de edad son frágiles

Las personas de edad en su gran mayoría siguen estando en buenas condiciones físicas hasta bien entradas en la vejez. Además de poder realizar las tareas de la vida diaria, siguen desempeñando un papel activo en la vida comunitaria. El mantenimiento del máximo de capacidad funcional es tan importante para las personas de edad como el verse libres de enfermedades.

ESTILO DE VIDA Y ENVEJECIMIENTO

La capacidad de nuestros sistemas biológicos (por ejemplo fuerza muscular, capacidad cardíaca) aumenta durante los primeros años de vida, alcanza su punto máximo al principio de la edad adulta y de allí en adelante disminuye. Sin embargo, la velocidad de esa disminución depende en gran medida de factores externos relacionados con el modo de vida en la edad adulta, incluidos el tabaquismo, el consumo de alcohol, el régimen alimentario y la clase social. Por ejemplo, la disminución natural de la función cardíaca puede verse acelerada por el hábito de fumar, con lo cual la persona termina teniendo una capacidad funcional menor que la que sería dable esperar normalmente para su edad. La



pendiente de dicha disminución puede llegar a hacerse tan empinada como para desembocar en la discapacidad.

Sin embargo, la aceleración de la disminución provocada por factores externos puede revertirse a cualquier edad. Por ejemplo, el abandono del hábito de fumar y los pequeños aumentos del nivel de aptitud física reducen el riesgo de cardiopatía coronaria, incluso en las postrimerías de la vida. Para los discapacitados, las mejoras en la rehabilitación y las adaptaciones del entorno físico pueden ayudar a reducir el avance de la discapacidad.

Muchas enfermedades crónicas que reducen la capacidad funcional son el resultado de un modo de vida poco saludable. Según el "Informe sobre la Carga Global de Morbilidad" de 1996, el consumo de alcohol es la causa principal de discapacidad masculina en los países industrializados, y la cuarta causa en los hombres de los en desarrollo. En el informe se señala asimismo que las enfermedades no transmisibles, que se pueden prevenir en gran medida, incluidas las enfermedades cardiovasculares y los cánceres, son una causa importante de discapacidad tanto en los países industrializados como en los que están en desarrollo. Como muchos de estos últimos siguen teniendo que enfrentarse a las enfermedades infecciosas y la malnutrición, este aumento pronunciado de las enfermedades no transmisibles les impone una carga doble.

Los factores sociales, que por lo general una persona puede hacer poco para cambiar, también afectan la capacidad funcional. La educación deficiente, la pobreza y las malas condiciones de vida y de trabajo aumentan las probabilidades de ver reducida la capacidad funcional en las postrimerías de la vida. En algunos países, las personas con capacidad funcional deficiente tienen más probabilidades de verse recluidas en instituciones.

Entre las medidas a nivel de políticas de salud para mantener un nivel máximo de salud y actividad en las postrimerías de la vida cabe mencionar las siguientes:

- promoción de los beneficios de los modos de vida sanos
- legislación sobre venta y publicidad de alcohol y tabaco
- garantizar el acceso a los servicios de atención de salud y de rehabilitación para las personas de edad
- adaptación de los entornos físicos a las discapacidades existentes.

NECESITAN ATENCIÓN

La gran mayoría de las personas siguen estando en condiciones de salud adecuadas teniendo capacidad para cuidarse en las etapas posteriores de la vida. El grupo que se vuelve tan discapacitado como para requerir atención y asistencia diarias para las actividades cotidianas constituye una minoría dentro del grupo de las personas de edad, tratándose por lo general de los muy ancianos.

Se han definido distintas medidas para pronosticar las necesidades de atención de una población que envejece. Una de las proyecciones más utilizadas es la de estimar la esperanza de vida sin discapacidades. De los resultados más recientes para los países desarrollados se desprende que el nivel de discapacidades graves está bajando en el grupo de las personas de edad, a razón anual de 1,5%.

Cerca de la quinta parte de las personas de edad de los países desarrollados recibe actualmente atención formal, es decir, servicios médicos o sociales. Tan sólo la tercera parte de dicha atención se brinda en instituciones, mientras que los otros dos tercios se proporcionan en el hogar. De hecho, en los últimos años muchos países desarrollados han ido dejando de lado el suministro de atención en instituciones,



en favor de un cuidado que les permita a las personas de edad permanecer en el seno de la comunidad, en su propio hogar, el mayor tiempo posible.

Las personas de edad son tanto receptoras como proveedoras de atención. Además de cuidar a sus nietos y a sus hijos, muchas atienden también a otros miembros de su familia, especialmente a sus cónyuges y, a veces, incluso a sus propios padres. A menudo, dicha atención se proporciona por cariño, pero también por un sentido de obligación y sin expectativa de reciprocidad. Las exigencias que supone el suministro de esa atención pueden llegar a ser estresantes, cuando no perjudiciales para la salud de quien la proporciona. El reconocimiento del estrés de quien proporciona la asistencia o de la persona que brinda asistencia informal en la familia, que casi siempre es una mujer, deben ser un objetivo importante a nivel de políticas en la formulación de estrategias de suministro de atención.

Mito No. 5

Los mayores no tienen nada para aportar

En realidad, las personas de edad hacen un sinnúmero de aportes a sus familias, sociedades y economías. La opinión común que perpetúa el mito mencionado tiende a centrarse en la participación en la fuerza laboral y su disminución con el aumento de la edad. En general se da por sentado que la merma del número de personas de edad con ocupación remunerada obedece a una disminución de la capacidad funcional relacionada con el envejecimiento. Sin embargo, una capacidad funcional en disminución no es en absoluto sinónimo de incapacidad laboral. De hecho, las exigencias físicas de muchos trabajos han disminuido gracias a los adelantos tecnológicos, con lo cual las personas gravemente discapacitadas

pueden seguir siendo económicamente productivas. Además, el hecho de que haya menos personas de edad en trabajos remunerados a menudo obedece más a desventajas de educación y capacitación.

La creencia tan difundida de que las personas de edad no tienen nada que aportar también parte de la noción de que sólo cuentan las ocupaciones remuneradas. Sin embargo, las personas de edad ocupadas en tareas no remuneradas, incluidas la agricultura, el sector informal y los trabajos voluntarios, hacen aportes importantes. Muchas economías en todo el mundo dependen en gran medida de esas actividades, pero pocas de éstas se incluyen en la evaluación de las actividades económicas nacionales, con lo cual el aporte hecho por los ciudadanos de más edad a menudo pasa inadvertido y se lo infravalora.

La valoración de lo que tienen para ofrecer las personas de edad implica:

- reconocer la participación de dichas personas en el desarrollo
- permitirles participar en actividades voluntarias
- apoyar las contribuciones que hacen a la sociedad, y en particular a sus actividades de atención
- fomentar las oportunidades de aprendizaje a lo largo de la vida.

TRABAJOS REMUNERADOS Y NO REMUNERADOS

Por necesidad financiera, muchas personas de edad, sobre todo en países en desarrollo, trabajan en actividades de producción agrícola hasta muy entrados en años. Se trata, en su mayoría, de mujeres, porque muchas actividades agrícolas, incluidas las relacionadas con los cultivos y la crianza de animales, son inseparables de las tareas domésticas.

El trabajo en el sector informal es difícil de medir, porque no forma parte de la economía de mercado



y, por ende, muchas veces es "invisible". Según lo define la Organización Internacional del Trabajo, dicho sector está compuesto en general por "actividades en pequeña escala con base en el autoempleo, con o sin trabajadores contratados". Por lo general, ello incluye ocupaciones mal remuneradas, como el menudeo, la venta callejera de alimentos y los trabajos domésticos. Muchas personas de edad, especialmente en el mundo en desarrollo, se mantienen a sí mismas y a otras trabajando en dicho sector. Éste también abarca las actividades de atención en el seno de la familia, incluido el suministro de albergue y atención infantil y de salud. Por ende, las personas de edad les proporcionan a sus nietos albergue, alimentos y educación, y les transmiten valores culturales, permitiéndoles a las madres ingresar en la fuerza laboral.

El cuidado de los cónyuges o los familiares enfermos es una actividad que suelen desempeñar mujeres de más edad, si bien está aumentando el número de hombres de edad que también las desempeñan. Incluso en los países desarrollados, el cuidado de los enfermos crónicos está mayormente a cargo de familiares que proporcionan una atención informal. A menudo dicha atención sigue siendo "invisible" porque no se la cuantifica ni se le asigna un valor en las cuentas nacionales.

Tanto en los países desarrollados como en las naciones en desarrollo, los adultos mayores con aptitudes se desempeñan a menudo como maestros y líderes comunitarios a título voluntario. Otro ejemplo es el servicio de los ejecutivos de edad, en el cual expertos jubilados se ofrecen para proporcionar asesoría, realizar negocios y suministrar adiestramiento a título gratuito. Son muchas las organizaciones de voluntarios de distintas partes del mundo que no funcionarían sin el aporte de las personas de edad.

Mito No. 6

Las personas de edad son una carga económica para la sociedad

Las personas de edad hacen un sinnúmero de aportes al desarrollo económico de sus sociedades. Sin embargo, dos hechos paralelos alimentan el mito de que en los años venideros las sociedades no podrán solventar el suministro de apoyo económico y atención de salud a las personas de edad. Uno de esos hechos es el reconocimiento cada vez más claro del gran número de ciudadanos que el siglo próximo vivirán hasta edades más avanzadas. El segundo es el mayor hincapié que se está haciendo en las fuerzas del mercado en casi todo el mundo, y el debate conexo sobre el papel adecuado del estado a la hora de brindarles a sus ciudadanos ingresos seguros y atención de salud. En muchos países, sobre todo en los industrializados, existe una preocupación creciente frente a los niveles de gasto del estado en la esfera de la protección social, y se debate si los costos correspondientes se podrían reducir abriendo más la protección social a la competencia del sector privado. Lamentablemente, este debate mundial ha puesto todo el acento en el costo que representa para la sociedad el suministro de pensiones y atención de salud a las personas de edad, en lugar de ponerlo en los aportes económicos constantes y sustanciales que los ciudadanos de edad más avanzada hacen a la sociedad, y ha dado lugar al difundido mito de que las personas de edad por lo general son económica-mente dependientes. Sin embargo, los hechos demuestran que ello no es reflejo fiel de la realidad. Hay que tener en cuenta dos aspectos importantes: el trabajo y la protección brindada por las pensiones públicas.



LAS PERSONAS DE EDAD TRABAJAN

La mayoría de las personas de edad en todo el mundo siguen trabajando, tanto en ocupaciones remuneradas como no remuneradas, haciendo un aporte sustancial a la prosperidad económica de sus comunidades. No hay ninguna base económica ni biológica para la jubilación a una edad fija (a menudo entre los 60 y los 65 años en los países desarrollados). En realidad, en las economías nacionales en las que predomina la agricultura, la mayoría de las personas de edad, tanto hombres como mujeres, siguen trabajando en la producción agrícola hasta estar físicamente incapaces de realizar sus tareas, hecho que a menudo ocurre en una etapa muy avanzada de la vida. A su vez, en las sociedades desarrolladas se reconoce cada vez más ampliamente que las personas de edad deben tener plena libertad para trabajar todo el tiempo que deseen. La edad no debería impedir ni obstaculizar en modo alguno los afanes de una persona para conseguir trabajo, debiendo reconocerse y recompensarse los beneficios de la edad.

En épocas de gran desempleo, ha sido fácil argüir que a las personas de edad se las debe alentar a dejar su empleo remunerado a fin de liberar puestos para individuos más jóvenes en busca de trabajo. Sin embargo, las investigaciones han demostrado que la realidad del mercado laboral es mucho más compleja y que el alejamiento temprano de la fuerza laboral por parte de los adultos mayores no se traduce necesariamente en puestos de trabajo para los jóvenes. Por ejemplo, el desocupado en busca de trabajo puede carecer del adiestramiento o las aptitudes necesarias para reemplazar al trabajador de más edad. De hecho, los trabajadores experimentados de más edad resultan necesarios para el mantenimiento de la productividad y para

que empleadores y clientes puedan contar con la estabilidad de la fuerza laboral.

LAS PENSIONES PROTEGEN CONTRA LA POBREZA

Hoy, muchas personas de edad cuentan con planes de pensión tanto públicos como privados que las protegen de la pobreza, sobre todo en las economías más desarrolladas. El crecimiento registrado por dichos planes en todo el mundo se relaciona con la industrialización de las economías, la urbanización y la flexibilización de los vínculos familiares tradicionales. Esos programas de pensión representan un enfoque colectivo para permitirles compartir recursos a las personas en edad laboral y a las que han abandonado la fuerza del trabajo.

La seguridad de ingresos preocupa no sólo a las personas de edad, sino también a sus hijos. En muchos países en desarrollo, el envejecimiento de la población le ha dado carácter crítico al problema de la pobreza en los adultos mayores. Mientras que antaño las familias estaban dispuestas a cuidar de sus mayores, y en condiciones de hacerlo, hoy en día se encuentran en un mundo cambiante que limita sustancialmente sus posibilidades para asumir esas funciones tradicionales.

Invertir en una población que envejece significa:

- programas de aprendizaje a lo largo de toda la vida, para aumentar las posibilidades de que las personas de edad consigan empleo
- eliminación de la discriminación por razones de edad en el lugar de trabajo
- promoción de políticas que garanticen la seguridad de ingresos, para ofrecer una protección económica adecuada a las personas de edad, a través de planes de pensión públicos y privados fiables
- acceso a una atención de salud adecuada para prevenir la pobreza debida a la mala salud



- adaptación de las políticas de pensiones, para aumentar al máximo las posibilidades de elección individuales y la flexibilidad del mercado laboral. Muchos decenios de experiencia en materia de seguridad social en Europa, América del Norte, Australia, Nueva Zelandia y otros países demuestran que un enfoque colectivo para brindar ingresos seguros y atención de salud a las personas de edad funciona bien. Se calcula que en muchas sociedades industrializadas más de la mitad de las personas de edad caerían en la trampa de la pobreza si no contaran con las prestaciones de las pensiones públicas. La experiencia reciente también ha puesto de relieve la necesidad constante de adaptar y reajustar dichos programas en función de condiciones socioeconómicas cambiantes. Sin esas adaptaciones (por ejemplo, modificaciones de las edades para jubilarse, prestaciones a los supervivientes, jubilaciones flexibles), la capacidad de los programas de pensiones para ofrecer prestaciones en el futuro se vería gravemente amenazada.

La experiencia de siglo XX en lo que hace a la protección en el ámbito de la seguridad social también demuestra el vínculo importante que existe entre el nivel de ingresos y la salud. La pobreza se relaciona estrechamente con la mala salud, que, junto con la incapacidad, constituye la amenaza principal para la seguridad de ingresos en muchos países en desarrollo donde la nutrición deficiente y las malas condiciones de vida dejan a muchas personas en estado de demasiada debilidad como para tener un volumen de producción suficiente para satisfacer sus necesidades de subsistencia.

El acceso a la atención de salud es fundamental para ayudar a los trabajadores a recuperar su capacidad laboral y asegurarse de que los niños crezcan para convertirse en adultos sanos capaces de participar productivamente en la sociedad. Por consiguiente, las políticas de salud deben adoptar un enfoque

basado en el ciclo de vida, que se enfrente a los problemas de salud desde su comienzo, permitiendo así que las personas envejecen sin discapacidades ni enfermedades crónicas. El número creciente de personas de edad que esperan recibir atención de salud y pensiones por vejez no debe ser visto como amenaza o crisis, sino que, más bien, representa una oportunidad para formular políticas que en el futuro puedan asegurar niveles de vida dignos para todos los miembros de la sociedad, tanto jóvenes como adultos mayores. Los países deben establecer marcos estratégicos para la coordinación de reformas de salud, sociales y económicas, y para aumentar el nivel de comprensión del público sobre las elecciones que hay que hacer en cuanto a políticas. El reto más grande que se les plantea a las sociedades en la actualidad no radica en el envejecimiento de las poblaciones, sino precisamente en la necesidad de analizar y realizar cambios pertinentes en las políticas sanitarias, sociales y económicas.



escriben

*Dra. Teresa Reyes Cadejo.
Lic. Eduardo Tirana Álvarez.
Téc. Neyda Matos Pérez.
Dr. José Ramón Acosta Sariago.
Centro Gerontológico Colón - Cuba*



Se destaca la importancia de profundizar en el conocimiento de la salud en la tercera edad y la calidad de vida. Se realiza un análisis del concepto de calidad de vida y su evolución; la valoración de la misma antes y después de arribar a la Tercera Edad, su relación con la ética, resultados de investigaciones al respecto e instrumentos de medición de la calidad de vida de este grupo poblacional. Llegando a las conclusiones de que la calidad de vida es un concepto eminentemente evaluador, multidimensional y multidisciplinario, y resulta de una de factores objetivos y subjetivos. Debe ser valorado desde la presencia de las condiciones materiales y espirituales de la vida imprescindibles para facilitar el desarrollo psicobiológico y social -histórico que los criterios técnicos determinan para cada lugar y época, hasta el grado de satisfacción personal de cada individuo con las condiciones de vida que ha alcanzado, y que por supuesto repercuten de manera positiva o negativa sobre su salud.

Según las regiones del mundo, el proceso de envejecimiento poblacional, se comporta de manera diferente. (2,3,4,5,6,7)

La calidad de vida (CV) de nuestra vida, que equivale a la calidad de nuestro envejecimiento, es elegible en la medida que elegibles son individual y socio-culturalmente las condiciones en que vivimos, nuestras actitudes y nuestras formas de

Durante el presente siglo asistimos a una situación singular, más y más personas sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre ha situado como etapa de vejez, lo que ha convertido al envejecimiento poblacional en un reto para las sociedades modernas. (1) Esto, considerado como uno de los logros más importantes de la humanidad, se transforma en un problema si no se es capaz de brindar soluciones adecuadas a las consecuencias que del mismo derivan.

comportarnos. (1)

La CV resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos (8,9,10) donde el aspecto objetivo depende del individuo (utilización y aprovechamiento de sus potenciales: intelectual, emocional y creador) y de las circunstancias externas (estructura socioeconómica, socio psicológica, cultural y política) que interactúan en él. El aspecto



subjetivo viene dado por la mayor satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él o la población tenga de sus condiciones globales de vida, traduciéndose en sentimientos positivos o negativos.

La CV es un concepto eminentemente evaluador o valorativo, capaz de abarcar mucho más fenómenos que los que caben cualquier especialidad o rama de las ciencias. Por tanto el especialista que lo usa se ve obligado a dar una definición operativa, válida para sus propósitos, y si es posible definir también los indicadores en los que descansa su definición. De lo contrario el concepto de CV puede convertirse en algo más cercano a la medicina que a la ciencia, convirtiéndose en un objetivo intangible de investigación por el gran número de factores que conforman su estructura.

Los medios para la medición de la CV son muy diversos, como también son diversas sus dimensiones teóricas, por lo que su estudio requiere de un enfoque multidimensional y multidisciplinario. (8)

Todo lo anterior justifica la importancia de profundización del tema sobre la CV en la tercera edad desde la atención primaria de salud. Los resultados alcanzados pueden ser indicadores de acción y predicción muy importantes para el trabajo tanto en la comunidad como en la atención secundaria y hasta en la atención terciaria si de hecho se tiene en cuenta al individuo como ser biopsicosocial y en interacción con su entorno.

CALIDAD DE VIDA, EVOLUCIÓN DE UN CONCEPTO

La historia nos revela que la expresión CV fue empleada por primer un a vez por el presidente de

los Estados Unidos Lyndon Johnson en 1964, al declarar acerca de los planes de salud. (11)

También se plantea por otros autores que el vocablo fue popularizado en los años 50 por un economista norteamericano, en estudios de opinión pública impuestos por la crisis económica derivada de la II Guerra Mundial y donde hacia el análisis sobre los consumidores.

La aparición en 1974 de la publicación Social Indicators Research, marcó un hito en el estudio científico de la CV. (11) Ya en 1977, este término se convirtió en categoría de búsqueda en el Index Medicus, y en palabra clave en el sistema Medline, aunque realmente su uso llegó a ser popular entre los investigadores de salud durante la década de los años 80. (11)

Primero se le da al término un carácter biologicista y luego mediante otros estudios se comprueba el entrecruzamiento de la salud con el bienestar social y la CV colectiva e individual, y la salud deja de ser un problema médico y se convierte en un proyecto social. La OMS concibe CV como "la percepción del individuo de su posición de vida en el contexto de cultura y sistema de valores en los cuales vive en relación con sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones". (12)

Por otro lado se ha comprobado que la CV se encuentra estrechamente relacionada con la participación social. En este sentido se la entiende como "la satisfacción que experimentan los individuos como resultado de su participación en las actividades que realizan en el medio familiar, en el centro de trabajo y en el ámbito comunal y nacional, en relación con las cuales se ejercitan sus capacidades humanas y desarrollan su

personalidad". (12)

La CV sería desde esta perspectiva un constructo caracterizado por su: subjetividad, multidimensionalidad y positivas y negativas. (11)

El concepto de CV precisa de esclarecimientos constantes si se analiza la CV de la persona humana en el contexto social o en situaciones propias de la práctica profesional de las ciencias biomédicas y en especial la atención de salud. Por otra parte, son diversos los enfoques, que desde posiciones filosóficas, religiosas, culturales y profesionales se formulan en torno a él. (13)

- Calidad de vida e industrialismo: el tránsito de la satisfacción de necesidades de consumo.

Por espacio de veinte años, los índices de desarrollo económico y crecimiento de las economías de la mayor parte de Europa occidental y Norteamérica crearon la ilusión de que lo fundamental para alcanzar la buena vida, residía en elevar los niveles de vida, sobre todo los de satisfacción de las necesidades materiales. Una versión simplificada, -economicista -, de buena vida, emergió por entonces. Se supuso, de hecho, que una alta producción e ingreso per cápita eran indicador y garantía suficiente para alcanzarla. La buena vida fue identificada con el bienestar material de los ciudadanos. Este a su vez, se consideró dependiente de forma absoluta de cuan bien anduvieron las cosas en el Estado y la macroeconomía.

Aquí desempeñaron un papel importante las políticas sociales y el conocimiento. Las políticas contribuyeron a la adopción de legislaciones que protegían al ciudadano frente a las crisis y otras contingencias de la vida, y a la formación de los

sistemas de salud que transformaron el panorama sanitario para bien. (13)

Por su parte, el desarrollo científico técnico transformo la vida cotidiana de millones de personas en el trabajo y en el hogar, dotandolos de condiciones de producción y vida menos cruentas, y apporto el conocimiento necesario para hacer efectivos los sistemas de salud.

La salud y el bienestar identificados uno en el otro, sin dejar necesidades reales, se han erigido en metas de consumo. Fenómenos individuales y colectivos como el uso innecesario de medicamentos, los preparados "de moda" y la presión de los pacientes para acceder a determinados medios diagnósticos, - la que llega muchas veces al extremo de valorar la calidad de la atención recibida a partir de que se halla empleado o no "la última tecnología"-, son ejemplos triviales y palpables de la conversión de la salud en meta de consumo. Otras manifestaciones de consumismo en salud están vinculadas a la dependencia de medicamentos que muchas veces pueden ser sustituidos por otros procedimientos, pero que el paciente evade, puesto que prefiere ingerir una píldora y no afectar el curso de sus actividades cotidianas, antes de someterse a un proceso de rehabilitación o de cambio de sus hábitos. (13)

Satisfacer necesidades de salud y consumir salud son asuntos bien distintos pues las necesidades de salud podrán ser satisfechas en la medida que el conocimiento, el alcance y funcionamiento de los sistemas de salud y las condiciones sociales lo permitan.

- Calidad de vida: ecología y salud

El concepto CV lleva la carga utilitaria del ideal



consumista, pero también el peso de la crítica ecologista de la toma de conciencia de los límites del crecimiento, la forja de una ciencia mundial sobre la necesidad de considerar al hombre sobre su entorno, fuera de los estrechos horizontes de reflexión y satisfacción ofrecidos por el consumismo.

Los sistemas de salud, cambiaron la situación sanitaria en los países desarrollados, y la posición del individuo, que ahora comenzó a tener acceso a servicios que antes eran exclusivos de las capas más altas, o simplemente, no existían. El crecimiento científico, el avance del conocimiento y la creación de sistemas sanitarios cada vez más abarcadores colocaron a la ciencia médica ante algunos dilemas, en especial el problema del acceso y equidad en salud. Con la introducción de las nuevas tecnologías se facilitaron diagnósticos y tratamientos más efectivos, también se superaron algunos límites de posibilidad de la medicina hasta entonces.

Los límites de la acción médica dejaron de ser – casi abruptamente – naturales, para tornarse ahora “humanos” y “tecnológicos”. (13)

El concepto de CV se tornó sumamente importante para conceptualizar estas situaciones y justificar distintas propuestas de solución. Además, por sí misma la CV de los pacientes, entendida por la presencia de determinados rasgos distintivos de los humanos – presente en mayor o menor medida o modificados por el proceso de enfermedad-, dieron un impulso adicional a la elaboración del concepto.

En este contexto que se va integrando un concepto de CV con una serie de componentes, entre los que se han destacado el espiritual, el religioso, el psicológico, el cultural, el afectivo, el social, el económico, el laboral y el físico. De una

conceptualización que atendía casi exclusivamente al lado material del bienestar como consumo, pensar la CV a devenido reflexión sobre lo humano, la vida humana y la no humana, los factores físicos y espirituales, sociales, culturales.

Así hemos llegado a una elaboración conceptual que considera la satisfacción de las necesidades materiales como elemento de gran importancia al determinar CV, pero que no la reduce a éste. Destaca en la CV la espiritualidad, el momento valorativo, puesto que el bienestar pleno es posible en los marcos de una vida dotada del sentido que ofrece el sistema de valores que el hombre porta en el contexto de su sociedad y cultura. (13)

CALIDAD DE VIDA ANTES Y DESPUÉS DE ARRIBAR A LA TERCERA EDAD

La CV en la tercera edad debe estar ajustada a la esperanza de vida, de lo contrario aumentaría la expectativa de incapacidad. Por lo que matemáticamente se puede expresar que el aumento de la CV es inversamente proporcional a la expectativa de incapacidad.

La CV aplicada a la tercera edad debe estudiar aspectos, tales como el estado de salud, el estado funcional, y la predicción de la incapacidad y la determinación de factores de riesgo. (8) A partir de esta información es posible planificar programas preventivos, acciones concretas de salud y organización de servicios sociales y de salud, por lo que es evidente que su utilidad rebasa el estrecho marco de procesos morbosos.

Según algunos autores el bienestar subjetivo o la satisfacción con la vida en la vejez (14), es el principal criterio de un envejecimiento exitoso. En la

discusión actual de este concepto, algunos autores han planteado que hay índices objetivos más que subjetivos que deben utilizarse. Uno de estos criterios objetivos en la longevidad; otro es el mantenimiento de la competencia para vivir en forma independiente.

Desde este punto de vista la separación entre los criterios subjetivos y objetivos para un envejecimiento exitoso, puede tener algún valor teórico. Sin embargo, esta distinción es menos significativa para la vida diaria de las personas “viejas viejas”, quienes apreciarán la longitud de su existencia solamente, si viven un estado subjetivo de bienestar.

He aquí una pregunta ¿Cómo mantener CV durante toda la existencia, considerándola como inevitable continuidad con cambios? (14).

La importancia del desarrollo personal y social con autonomía, el cual se reconoce enmarcado en condiciones y estilos de vida, he implica la posibilidad de asumir decisiones teniendo en cuenta, tanto su incidencia en el plano individual, como en las otras personas.

De hecho las personas viven toda una vida tratando de dar algo de sí. Mientras se es productivo van siendo mejor mirados y una vez que llegan a la etapa de vejez lo han tildado entre otras cosas de cascarrabias (15) y socio económicamente improductivos.

- La educación como elemento positivo de la CV en la tercera edad.

Siempre se debe considerar al envejecimiento humano como el proceso que es, pero integrado a

todo un sistema multifactorial y multidimensional donde lo que se haga antes de los 60 años implicara un mejor mañana y lo que se haga después de los 60 años redundará también en un mañana feliz o al menos más llevadero, teniendo como indicador fundamental la educación o como mínimo la información.

Es por eso que investigaciones y proyectos actuales abordan dicha problemática y plantean que el envejecimiento no es solamente un proceso biológico, fisiológico y psicológico, sino un destino social. La sociedad, los científicos, los políticos, deben aprender que la capacidad mental no declina necesariamente a medida que se incrementa la edad. Es posible evitar la declinación si se da una estimulación para el desarrollo mental en la infancia y en la adolescencia y si se ofrecen oportunidades para tal estimulación también en la adultez y en la vejez. Así mismo, puede evitarse la declinación si se da una recuperación de la actividad y de las competencias, inmediatamente después de situaciones de abatimiento, enfermedad o crisis en la vejez. (14,16).

En un mundo cada vez más rápidamente cambiante, los que se inclinan a hacer frente al futuro, aunque inciertos, pueden contribuir a darnos elementos de análisis. Así, quienes gustan de hacer futurología plantean como tendencias o innovaciones posibles en este milenio, algunas de las siguientes:

1- Un envejecimiento poblacional acompañado de un porcentaje cada vez mayor de personas que viven la vejez con autonomía y elevada CV.

2- Un grupo familiar multigeneracional, en el que toman parte miembros de 3 o 4 familias distintas, en el cual el incremento de movilidad y diferenciación de estilos de vida, hará que disminuya la importancia de los lazos de sangre.



3- Aprendizaje, trabajo y descanso como realidades simultáneas y permanentes durante toda la vida (12)

Cabría entonces preguntarnos si lo que hacemos diariamente con nosotros, con otras personas y en el entorno en el que vivimos afecta positiva o negativamente nuestra CV.

RELACION ENTRE LA ÉTICA Y LA CV EN LA TERCERA EDAD

“El concepto CV parte de la necesidad de proteger al hombre, y para lograrlo se trata de establecer cuales son las mejores condiciones para su vida. Esto lleva implícito protegerlo de todo cuanto pueda dañarlo; cuidar del medio donde vive, de los demás hombres y de él mismo, por desconocer o no priorizar todo lo que asegura su salud, bienestar y sobrevivencia. Pero lo más importante: hay que modificar y eliminar las consecuencias nocivas de la estructura económica y de las superestructuras jurídica y política que involuntariamente el hombre ha creado, porque en ellas radican los determinantes mediatos más potentes de sus condiciones de vida. Estas crean desigualdad, individualismo y egoísmo, engendros apocalípticos aliados de la enfermedad, la enajenación, la muerte, la destrucción del ecosistema.” (11)

Si se trata de establecer el momento de la vida que debe priorizarse para la investigación la polémica ética de cómo proteger la CV, antes sería recomendable revisar los informes de la OMS y la UNICEF para conocer los problemas más apremiantes de la salud, de la vida y la muerte. El grueso de la literatura sobre CV está dedicada a la etapa del final de la vida, más en detalle al momento y la decisión de morir; ni siquiera a los problemas de la tercera edad que son tan importantes para tener, por lo

menos, un final feliz, con jubilación seguro médico, admiración y trato preferencial.

Una polémica sobre el derecho a morir encierra el riesgo de estar promocionando, involuntariamente, una cultura de la muerte cuando todavía no está asegurada, para la mayor parte de la humanidad una CV elemental y digna, una cultura de la vida.

CV en el ámbito de la salud debe ir más allá del impacto de la enfermedad o el tratamiento, como se usa en medicina de corte clínico y para la promoción y venta de fármacos. Sólo una concepción más amplia podría enfrentar problemas que no son enfermedades, como es la vejez, la niñez, la promoción de salud e incluso la prevención de enfermedades.

Por lo tanto cabe respetar a los pertenecientes de la tercera edad cuáles son sus ideas acerca de su CV y de forma cortés preguntarles si necesitan que los ayudemos en algunos aspectos para mejorarla.

Estas personas guardan una historia, cuyas modificaciones para la actualidad de sus vidas, solo ellos pueden autorizarlas.

RESULTADOS DE INVESTIGACIONES DE LA CV EN LA TERCERA EDAD

Según autores algunos estudios apoyan la relación existente entre estilos de vida y bienestar. En ellos se encontró que la CV guardaba una relación directa con habilidades cognitivas, emocionales y atributos personales expresados en estilos de vida que repercutían después en mejoras con el enfrentamiento a los cambios al llegar a la tercera edad. (14, 16)



Otros autores afirman que la esperanza de vida depende del estilo de la misma durante todo el ciclo vital. La esperanza de vida no sólo quiere decir la longitud de la vida, sino también, la calidad de la misma. No solamente cuenta qué tan vieja puede ser una persona, sino cómo envejece. (17)

En nuestras sociedades existen muchos estereotipos negativos acerca de las personas ancianas. Muchas personas consideran la declinación de las habilidades en la tercera edad como inevitable e irreversible. En este contexto se debe recordar que las expectativas de otros van a determinar el auto concepto y por lo tanto el comportamiento individual. Debido a estos estereotipos negativos, la vejez con mucha frecuencia es un problema social.

Plantean autores que si queremos vivir la vejez de una manera adecuada tenemos que revisar la imagen que nosotros mismos tenemos de las personas ancianas. (17)

La vejez, la longevidad, no se debe mirar como un problema, sino como una oportunidad y un desafío. Un desafío para todos: para la persona que envejece, para su familia y para la sociedad. No debemos preguntarnos solamente por los problemas y deficiencias del envejecimiento y de la vejez. El envejecimiento desde el nacimiento (exactamente desde la concepción) hasta el morir y la muerte es desarrollo. Y debemos preocuparnos por abrir nuestros ojos e iniciar investigaciones sobre los nuevos potenciales de las personas viejas, incluyendo capacidades y nuevas potencialidades de las personas muy viejas. Seguro encontraremos nuevos potenciales, inclusive en el grupo de las personas viejas más frágiles y discapacitadas. (17)

Se ha constatado que para un creciente número de

problemas de salud, la atención domiciliar es la mejor para el paciente. Pacientes inmuno comprometidos, ancianos frágiles y enfermos terminales son ejemplos de pacientes cuya CV puede mejorar mucho si son cuidados en sus casas. (18)

Cuando en algunas investigaciones comienza el proceso de análisis de los resultados aparece un gran problema al comparar los datos obtenidos en los trabajos que hablan sobre la CV en la tercer edad. Muchos autores han dimensionado el estudio de la CV del adulto mayor según lo que han considerado más importante, estando esto condicionado a que los instrumentos existentes para la evaluación de la CV representan tentativas para especificar en términos concretos cual es exactamente el significado de este concepto, que no es una idea acabada ni unidimensional y como cualquier otro concepto abstracto, la CV, puede ser medida de muchas formas diferentes (8,9,10,19,20). Ejemplo de lo antes expuesto es que ha sido operacionalizada en términos de capacidad y limitaciones físicas individuales, síntomas, funcionamiento emocional e intelectual y acerca del desempeño del rol psicosocial respecto al ocio, el trabajo y la vida familiar, así como también bastante generalizado, en términos de bienestar. (8,9)

A pesar de esta limitación existen variables universalmente aceptadas que se relacionan con la CV en la tercera edad (8,21,22)

Criterio de otros autores evidencian que para evaluar la salud en relación con la CV de las personas mayores es más racional hacerlo en términos de función, lo cual es difícil por los métodos tradicionales de la historia clínica estandarizada. (8,9,10)

Muchos son los autores que consideran la dimensión



salud como importante indicador de la CV en el adulto mayor (1,8,10,22), sin embargo existen estudios que hacen énfasis en la CV, entendida en su aspecto objetivo o enfatizando sobre la influencia de algunas enfermedades o condiciones concretas sobre disímiles o modelos teóricos de la CV. (19,24,25,26,27)

Se debe recordar que la capacidad de alcance funcional tiene que ver con lo que la persona hace diariamente, más que con un diagnóstico y atender a ello es condición indispensable y prioritaria para poder analizar también la funcionalidad desde el punto de vista psicológico y social. (10)

Es oportuno tomar de ejemplo la función psíquica de las personas adultas mayores, agradadamente este mito del adulto mayor como ente pasivo se va alejando y aparecen publicaciones científicas que reconocen y defienden el papel activo de los adultos mayores en la sociedad (8,14,15,27,28) en especial cuando su estado funcional está conservado.

Existen autores también que evalúan el papel condiciones socioeconómicas considerándola como indicador muy importante de la CV del adulto mayor. (8,10,23,28,29) Encontrarse incluidas variables que influyen en la CV como son la situación monetaria y las condiciones de la vivienda, no representa nada novedoso por ser considerados indicadores de CV en diferentes publicaciones. (1,8,23)

El efecto del estado funcional sobre la CV, cada día es más enunciado por autores que trabajan el tema (8,10); pero la edad es la variable que aunque popularmente es común que se considere influyendo en la CV, es poco común en la literatura su presencia como indicador.

Son muchos los autores que han abordado las diferentes categorías y variables incorporadas a lo que respecta a la satisfacción por la vida pero siempre de forma aislada por lo cual podemos encontrar algunos que hablen de la familia, el apoyo social o cualquier otra categoría como buen indicador de CV (8,9,10), pero no se ha localizado literatura valorando este conjunto de variables actuando sobre la CV.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

A continuación damos a conocer como ejemplos y forma sintetizada algunos de los instrumentos validados y utilizados en el mundo para medir CV en la Tercera Edad.

- World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)

El World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) es un instrumento desarrollado desde 1991 por la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la salud que surge de la necesidad de una medida internacional de la CV, y de la promoción continuada de la salud, con un enfoque holístico de la misma y de la asistencia sanitaria (Lucas-Carrasco, 1998). El grupo WHOQOL define la CV como "la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses" (WHOQOL Group, 1993 y 1994). El WHOQOL es un instrumento auto aplicado. Sin embargo, cuando la persona no sea capaz de leer o escribir por razones de cultura, educación o salud, se podrá usar una forma de entrevista asistida o administrada (Lucas-Carrasco, 1998).

- SmithKline Beecham Quality of Life Scale (SBQOL)

La SmithKline Beecham Quality of Life Scale -SBQOL- (Dunbar y cols., 1992) es un instrumento auto aplicado que mide la percepción de los pacientes deprimidos y ansiosos sobre su CV, permitiendo a los mismos cuantificar sus sentimientos de bienestar actual en comparación con sus expectativas y esperanzas de cómo se sentirían en un estado ideal (Bobes y cols., 1997), valorándose así el "yo actual" y el "yo ideal".

- Depression Quality of Life Battery (DQOLB)

La Depression Quality of Life Battery -DQOLB- (Revicki y cols., 1992) es un instrumento auto aplicado de medida de la CV específico para la depresión, diseñado para valorar el resultado del tratamiento con antidepresivos. Para su elaboración se utilizaron ítems incluidos en otras escalas de CV, de tal forma que la DQOLB incluye 53 ítems que evalúan nueve dominios.

- Escala MGH de CV

Escala dirigida a evaluar la CV de los adultos mayores. Fue diseñada, validada y utilizada en Cuba por especialistas de la Facultad de Salud Pública del Instituto de Ciencias Médicas de La Habana y el Centro Iberoamericano de la Tercera Edad. Esta conformado por 34 ítems. Las dimensiones que se miden en este instrumentos son la salud, condiciones socioeconómicas y satisfacción por la vida las cuales presentan sus respectivas categorías con ítems incluidos.

CONCLUSIONES

Se puede concluir que la calidad de vida es un concepto eminentemente evaluador, multidimensional y multidisciplinario, y resulta de una

combinación de factores objetivos y subjetivos. Debe ser valorado desde la presencia de las condiciones materiales y espirituales de vida imprescindibles para facilitar el desarrollo psicobiológico y socio-histórico que los criterios técnicos determinan para cada lugar y época, hasta el grado de satisfacción personal de cada individuo con las condiciones de vida que ha alcanzado, y que por supuesto repercuten de manera positiva o negativa sobre la salud.

Por eso un mejor envejecimiento estará influido por la calidad de vida en diferentes etapas del ciclo vital, por lo cual, en salud, la calidad de vida debe ser vista a través del curso de la existencia de cada persona.

No desligado de lo anterior se puede expresar que la relación entre ética y calidad de vida en tercera edad estará representada por todo aquello que hagamos a favor de ofrecer toda la información necesaria, acorde a las necesidades individuales, permitiendo el desarrollo de uno de los más importantes derechos, como es el de poder decidir para sí, que puede ser lo mejor o lo peor, independientemente de la edad que se haya alcanzado.

Desde todos estos puntos de vista se han podido obtener, a través de investigaciones científicas, resultados aleccionadores que permiten despojarnos de prejuicios sobre lo que verdaderamente para con la calidad de vida en la tercera edad, haciendo que se puedan proyectar análisis sobre el tema que por provecho redunde, en el presente y el futuro, en beneficio de este grupo etéreo.

Se pone de manifiesto que existen en el mundo varios instrumentos para valorar la calidad de vida, pero por ser tan abarcador el concepto se hace necesario validarlo de acuerdo al momento socio-

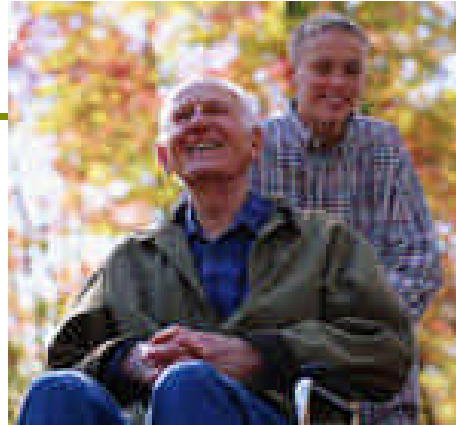


histórico, económico, cultural y a la población blanco que va dirigido, y aplicarlo según las necesidades de investigación.

BIBLIOGRAFIA

1. Prieto O, Vega E. Temas de Gerontología. Ciudad de La Habana. Editorial Científico-Técnica; 1996.
2. Martínez L, Menéndez J, Cáceres E, Baly M, Vega E, Prieto O. Las personas de edad en Cuba. Principales tendencias demográficas y morbimortalidad. RESUMED 1999; 12(2):77190.
3. EE.UU., Instituto Nacional de Envejecimiento, Departamento de Comercio y Administración de Economía y Estadísticas, Oficina del CENSO. Envejecimiento en las Américas. Proyecciones para el siglo XXI; Washington; 1999.
4. Livak J. El envejecimiento de la población. Un desafío que va más allá del año 2000. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1990; 109(i):3
5. Cuba, Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Estadística. La Salud Pública en Cuba. Hechos y Cifras. Habana: Ministerio de Salud Pública; 1999.
6. Cuba, Ministerio de Salud Pública, Dirección de Asistencia Social. Programa Nacional de Atención al Adulto Mayor en Cuba. Habana: Ministerio de Salud Pública; 1997.
7. Cuba, Ministerio de Salud Pública, MINSAP. Carpeta Metodológica del MINSAP. Habana: Ministerio de Salud Pública; 1997.
8. Dulcey-Ruiz E, Quintero G. CV y envejecimiento. En: Rocabrano JC. Tratado de Gerontología y Geriatria Clínica. La Habana Editorial Academia; 1999:128-136.
9. Quintero G. CV y envejecimiento. En: Prieto O, Vega E. Temas de Gerontología. Ciudad de La Habana Editorial Científica técnica; 1996.
10. Mantilla Mantilla G, Márquez AU. Envejecimiento. Experiencias y Perspectivas. Bogotá: Ediciones AIG; 1996.
11. González U, Grau J, Amarillo MA. La CV como problema de la bioética. Sus particularidades en la salud humana. En: Acosta JR. (Ed) Bioética. Desde una perspectiva cubana. Ciudad de la Habana 1997;279-285.
12. Dulcey-Ruiz E. Envejecimiento, Calidad de Vida y violencia intrafamiliar. Presentado en el 5º Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud – Cartagena, Colombia, Marzo 30 de 2000.
13. Delgado C. Conferencia dictada en el Diplomado de Bioética ICBP Victoria de Girón. Marzo 2001. En prensa.
14. Dulcey-Ruiz E, Mantilla G, Alfonso AM, García DM. Calidad de Vida y situaciones de cambio. EXPOJAVERIANA. Universidad Javeriana de Bogotá. Marzo 16 a 20 1998.
15. Yérez M, Triana E, Reyes T, Díaz V. Experiencia de un grupo de Orientación y Recreación. (Sitio en Internet). Revista electrónica de Geriatria disponible en: <http://www.geriatrianet.com/numero2/privado2/articulo24.html> Acceso el 23 de octubre del 2000.
16. Triana EA, Reyes T. Informática y adulto mayor. En: Triana EA, Sanabria R. Informática y envejecimiento. Retos de un nuevo milenio. La Habana Edición especial en CD-ROM. Editorial de Ciencias Médicas; 1999.
17. Lehr U. Correlatos psicosociales de la longevidad. Conferencia en Bogotá. 1993.
18. Barbero J, Moya A. Aspectos éticos de la Atención Domiciliaria en: Contel JC, Gené J, Peya M. (Ed). Atención Domiciliaria. Organización y práctica. Barcelona: Springer 1999; 119-227.
19. Green C, Brazier J, Deverill M. Valuing health-related quality of life. A review of health state valuation techniques. Pharmacoeconomics. 2000; 17(2): 151-65.
20. Pukrop R, Moller HI, Steinmeyer EM. Quality of life in psychiatry: a systematic contribution to construct validation and the development of the integrative assessment tool "modular system for quality of life". Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2000;250(3): 120-32.
21. Buendía J. Envejecimiento y Psicología de la salud. España. Editorial Siglo XXI de España Editores, S.A.; 1994.
22. Abrams WB, Berkow R. El Manual Merck de Geriatria. España. Ediciones Doyma; 1992.
23. Butler R. La revolución de la longevidad. El correo de la UNESCO. 1999:18-20.
24. Schrag A, Jahanshani M, Quinn N. What contributes to quality of life in patients with Parkinson's disease?. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2000, Sep; 69 (3): 308-312.
25. Kerrigan CL, Collins ED, Kneeland TS, Voigtlaender D, Moncur MM, Matheney TH, Grove MR, Tosteson AN. Measuring health state preferences in women with breast hypertrophy. Plast Reconstr Surg. 2000 Aug; 106(2):280-8.
26. Passik Sd, Kirsh KL. The importance of quality-of-life endpoints in clinical trials to the practicing oncologist. Hematol Oncol Clin North Am. 2000;14(4):877-86.
27. Health-Related Quality of Life in Chronic Refractory Reflex Sympathetic Dystrophy (Complex Regional Pain Syndrome Type 1). J. Pain Symptom Manage. 2000 Jul 1;20(1):68-76.
28. Orduña MI. Terapia Ocupacional en atención primaria: ¿puede dar resultado? JANO 1998;1279(4):80-86.
29. Patrick DL, Kinne S, Engelberg RA, Pearíman RA. Functional status and perceived quality of life in adults with and without chronic conditions. J Clin Epidemiol. 2000 Aug 1;53(8):779-785.





tiempo libre

escribe
Lic. Victor Impollino
Diciembre 2001

Tiempo libre y nuevas responsabilidades en los adultos mayores.

Con frecuencia se ha postulado la idea de que tras la jubilación aparece una vida con escasa actividad, sin apenas deberes ni obligaciones; es decir, una vida de tiempo libre y ocio sin más. Sin embargo, como a continuación mostraré, esta idea es errónea y carece de fundamento.

De hecho, esa concepción suele encerrar una valoración subjetiva del adulto mayor, distorsionada por los estereotipos y el prejuicio hacia la vejez. Los mayores, lejos de ser un grupo de edad descargado de obligaciones e inactivo, ocupan una importante parte de su tiempo en actividades - de indiscutida y positiva repercusión psicológica para el mayor-, muchas de las cuales, como no podía ser menos, conllevan un grado de responsabilidad personal y social. El ocio, equiparado tantas veces a la molición o al ejercicio de las aficiones personales, es también tiempo de nuevas responsabilidades.

Un primer paso en la aclaración de este argumento pasa por definir cómo entendemos, en el marco de esta exposición, el concepto ocio. De otro lado, el ejemplo de las actividades que realizan las personas de 60 años y más, y la forma que tienen de configurar la jornada cotidiana, nos muestra que las diferencias de comportamiento, respecto del ocio, con los más jóvenes no son tan grandes como muchas veces se ha creído. Esto da pie a que podamos discutir con posterioridad la cuestión de las necesidades y demandas del mayor y el grado de aceptación por parte de éstos de las ofertas para llenar su tiempo libre (viajes, actividades culturales, educación, etc.). En la parte final del trabajo nos referiremos a la ocupación de la jornada cotidiana de los jubilados: cómo este grupo de edad procura asegurar la convivencia con otras personas dentro de la comunidad y, por añadidura, la satisfacción con la

propia situación y desarrollo personal. Pensemos que la convivencia y la comunicación con los demás es un auténtico pulso vital, una suerte de oxigenación social vital para la supervivencia mental, personal y afectiva.

PROBLEMAS DE DEFINICIÓN

Sobre la definición del concepto ocio se podrían entablar debates y discusiones variopintas. Baste pensar en la amplitud con que se suele emplear el término, los calificativos, dominios o importancia que se le atribuyen, para llegar a la conclusión de que el ocio es visto de muy diversas maneras. Sin embargo, en el marco de nuestras explicaciones, será suficiente señalar dos ideas, elegidas de entre el amplio abanico que constituyen las aproximadamente cuarenta definiciones que hemos tenido la oportunidad de consultar. Por un lado, el ocio se define como el período que resta una vez eliminado el tiempo para la actividad profesional, el descanso, la higiene, la comida y la preparación de ésta. Por otra parte, según señalan algunos autores, el ocio estaría constituido por "aquellas actividades personales y discrecionales en las que la expresividad se impone a la instrumentalidad" (Gordon, Gaitz y Scott, 1975). También el ocio puede ser considerado como el tiempo disponible exento de deberes y obligaciones porque, evidentemente, también las personas mayores jubiladas viven con deberes y obligaciones, es decir, no disponen de un tiempo



libre ilimitado, contrariamente a lo que pudiera pensarse.

Es cierto que los jubilados tienen más tiempo que las personas que trabajan, pero este tiempo adicional ¿realmente es tiempo libre?

Según diversas investigaciones, las personas jubiladas interrogadas refieren tener alrededor de 6,5 horas de tiempo libre durante los días laborales. Es más de lo que señalan, por ejemplo, trabajadores, escolares, estudiantes o amas de casa jóvenes. En cuanto a los fines de semana, los jubilados de edad avanzada no disponen, según sus propias indicaciones, de mucho más tiempo de recreo que durante los días laborales.

ACTIVIDADES DE OCIO

¿Cómo configuran los mayores su tiempo libre? A primera vista, muchos estudios confirman una opinión ampliamente extendida: con la vejez se reducen las actividades de ocio, tanto en número como en intensidad. En otras palabras: con el aumento de los años disminuye la cantidad y la frecuencia de las actividades de ocio ejercidas. Sin embargo, si se hace un análisis más detallado de estas investigaciones, se observa un panorama más diversificado, más matizado, diferente si se quiere. Así, se sabe que existen relativamente pocas actividades de ocio cuyo ejercicio, siempre que se mantuviera con anterioridad, disminuya con el aumento de la edad. Al contrario, son muchas las actividades de ocio que siguen manteniéndose e incluso se intensifican con la edad. Por otro lado, estos informes no sorprenden a los gerontólogos, dado que muchos resultados de la investigación indican que las personas mayores tienden a mantener su estilo de vida y, consecuentemente, también sus

costumbres rutinarias en relación con la ocupación cotidiana de la jornada diaria. Los mayores, por lo general, suelen mantener una continuidad con su vida anterior en todas sus actividades y de igual modo mantienen las rutinas y las costumbres que hacían con anterioridad a la jubilación. En este sentido, la vida en la vejez se puede definir como la continuación de la vida anteriormente desarrollada, que ahora sin embargo se realiza bajo diferentes condiciones, sobre todo bajo las condiciones de la jubilación y de la reducción de la familia. Esta tesis sobre la continuidad se confirma por otros resultados de la investigación gerontológica: tras el comienzo de la jubilación o una vez que la familia se ha visto reducida, raramente se emprenden actividades de ocio que no se desarrollaron durante el período de vida pasado. Todas aquellas actividades que a primera vista resultan nuevas, han tenido importancia en la época anterior o al menos se mostró cierto interés por ellas.

Pero también hay otras cuestiones relacionadas con este extremo. Así las enfermedades u otros obstáculos y handicaps suelen ser también causas relevantes de una posible reducción de las actividades. Lo mismo ocurre entre los jóvenes. De hecho, el comportamiento relativo al tiempo libre de las personas mayores se asemeja bastante al de los jóvenes. Empero esta idea de la continuidad, no hay un destino prefijado, no se trata de hacer apología del dicho: "genio y figura hasta la sepultura" (sería una claudicación de la propia psicología en lo que algunos han denominado para ciertos comportamientos "neurosis de destino"). Creo que la ocupación del tiempo de recreo puede ser transformada, por un lado, previniendo a través del fomento de la instrucción y la elevación del grado de escolaridad entre las personas de edad (que como se sabe son buenos predictores de la calidad y la

cantidad en el empleo del tiempo) y, por otro, con el ofrecimiento por parte de centros e instituciones, de planes organizados a través de actividades concretas que, coordinadas por monitores y otros profesionales, faciliten la participación de las personas de edad en viajes culturales, vida social, actividades políticas, deportivas y artísticas, etc. Estoy convencido de que cualquier oferta en este sentido, tendría una buena y mayoritaria acogida entre las personas de edad, más emprendedoras y vitales de lo que solemos suponer los más jóvenes.

Este buen fondo de animosidad -por llamarlo de algún modo- se puede comprobar analizando la participación de las personas mayores en las ofertas relacionadas con el ocio, que parten de diferentes entidades: centros de enseñanza superior, centros de educación permanente, iglesias, partidos, gremios o empresas comerciales que organizan actividades diversas, como viajes turísticos o visitas culturales. Si se atiende a los datos sobre la participación, se puede observar un aumento del número de interesados en estas ofertas. También se constata, en la misma línea de lo anteriormente señalado, que se trata de personas que ya tienen experiencia en los ámbitos ofertados. Por ejemplo, las actividades relacionadas con la música son seguidas por personas que ya han tenido experiencias en este terreno o han demostrado interés con anterioridad; muchos de los que aprenden idiomas ya disponían de conocimientos previos de alguna lengua extranjera, generalmente desde la etapa escolar; en cuanto a los viajes, los suelen emprender igualmente aquellas personas con hábitos viajeros. ¿Se debe considerar, pues, el tiempo libre básicamente como un nuevo ámbito de la vida en la vejez? ¡No! Los tipos de ocio en la vejez se basan en los tipos de ocio de épocas anteriores.

Los medios de comunicación ocupan un lugar muy importante con relación al tiempo libre de las personas mayores. Como ejemplos principales mencionamos la televisión y la radio (también la prensa escrita). Entre los 50 y 70 años se produce un lento pero progresivo aumento en el número de horas dedicadas a la TV (alrededor de 30-35 horas por semana) (Aragó, 1986). También la radio es un medio de difusión importante, con larga tradición en los hogares. Por razones de operatividad doméstica que todos podemos imaginar, entre los mayores, las mujeres, más centradas por cultura generacional a las tareas del hogar prefieren la radio a la TV. Radio y TV absorben una importante parte en el empleo del ocio en los mayores. No hay que perder de vista que la televisión, la radio y también la lectura de periódicos, son poderosos medios de información dentro del grupo social y de vinculación con él; son medios importantes para ensanchar nuevos horizontes, actualizar y descubrir ideas y son también una posibilidad abierta al fomento de nuevos intereses que rebasan el estrecho margen de la vida individual.

Pero si son importantes TV, radio y prensa como medios de comunicación (y, cómo no, de educación), es preciso no olvidar la esfera, más directa y cercana, de los contactos familiares y las relaciones sociales en general. Los mayores aprovechan casi el 70 por ciento de su tiempo libre -cifra elevada comparada con épocas anteriores- para entablar relación con otras personas. Eso es lo que ocurre en los pasatiempos de todo tipo o a través de la pertenencia a clubes y asociaciones. Algo que, está demostrado, mejora la salud física, fortalece la capacidad para adaptarse a situaciones difíciles y ayuda a reducir el estrés en los mayores (Schooler, 1982).



SITUACION SOCIAL DE LOS ANCIANOS

Como regla general podemos decir que las personas mayores están discriminadas respecto de los jóvenes, y no sólo por su situación social. La peor situación económica, el peor equipamiento de la vivienda y la reducción de la familia a la mera pareja del matrimonio una vez ausentes los hijos, tienen consecuencias directas sobre el comportamiento en el tiempo libre, al igual que el duro golpe de la viudez y la enfermedad. Las menores posibilidades económicas conlleva para la mayoría de los ancianos, por comparación con la población global, un presupuesto económico inferior para el ocio que los jóvenes. Asimismo, el equipamiento de la vivienda, que suele ser poco adecuado para el desarrollo del tiempo libre, conduce a una falta de estímulo precisamente en el lugar donde se pasa la mayor parte del tiempo libre disponible (Rubinstein, 1989). De hecho, muchos autores y expertos en el tema de la ancianidad han señalado que los ambientes en los que se desenvuelven los mayores se empobrecen, en relación con épocas pasadas y afectan por su escasez de recursos para la actividad, al funcionamiento afectivo e intelectual de estas personas.

También, el hecho de que en el grupo de personas de edad avanzada predominen las mujeres, las cuales además generalmente viven solas y se encuaman en una situación de salud deficiente -y en ocasiones con rémoras de tipo educativo y cultural en relación con el propio papel de la mujer en la sociedad-, conduce a problemas específicos en este colectivo como aislamiento, resignación a una vida poco activa o la renuncia a muchas gratificaciones inmediatas que serían mal vistas por la comunidad. Aquí, en el caso de las mujeres mayores, a los prejuicios sobre la vejez se agregan los referidos a la

condición femenina. También en esto, como es fácil adivinar, existen importantes diferencias entre culturas y entre generaciones, sin duda, por causas de tipo educativo (Fernández Lópiz, 1995).

La vida en soledad y un bajo nivel de formación, son igualmente impedimentos frecuentes a la hora de eliminar barreras para llevar una vida de desocupación adecuada. Los psicólogos, trabajadores sociales y educadores tenemos mucho que decir en este terreno, a fin de proveer a nuestros mayores de los recursos y de la ayuda suficiente para que puedan desenvolverse en un mundo cada vez más complejo y diferente, para el que hacen falta preparación y habilidades específicas. Hoy día, tareas tan sencillas como telefonar o salir de un estacionamiento subterráneo pueden requerir comportamientos complejos y convertirse en tareas difíciles que exigen el manejo de máquinas (cajeros para pagar, barreras automáticas accionadas a distancia, señales diversas) y la familiaridad, en suma, de una mecánica que hasta a los un poco más jóvenes nos resulta difícil.

EL DEPORTE EN LA VEJEZ

El deporte constituye un campo de interés especial dentro de la ocupación del ocio de las personas mayores. A pesar de ser una medida beneficiosa para el cuidado de la salud en general, pocas personas mayores participan en las diversas ofertas que existen al respecto: sólo de un 2 por ciento a un 5 por ciento (en líneas generales), ejercita este tipo de actividad. Sin embargo, hoy sabemos que los programas de educación física para mayores son una garantía saludable para estabilizar la tensión arterial, prevenir problemas cardiovasculares o mejorar el estado de ánimo. Se trata, como cabe suponer, de ejercicios acomodados a la edad, donde



se prescinde de los excesos y de las brusquedades de los programas para gente más joven. El yoga, por poner un ejemplo, se ha revelado una modalidad de ejercicio muy recomendable para la población mayor. También otros programas de ejercicios psicomotrices (Fernández Lópiz y Liébana, 1994).

LUGARES DE OCIO

El papel principal que juega la vivienda como lugar de ocio se puede explicar indirectamente en función de lo expuesto anteriormente: leer, escuchar la radio y ver la televisión se realiza fundamentalmente en casa; los trabajos de jardinería se desarrollan en la mayoría de los casos en el terreno colindante a la casa y no en parcelas alejadas de ella. De hecho, el área dedicada a jardines y zonas cultivables adyacentes a la vivienda es una actividad que aumenta con la edad, entre otras cosas, porque sirve de enlace entre el sujeto mayor y el mundo exterior, ofreciendo un sentido de participación constante con ese mundo exterior y con los sucesos que en él acontecen (Rowles, 1981). De otro lado, los paseos, actividad igualmente destacada entre los mayores, se suelen efectuar en la propia barriada, en los espacios en los que se ha vivido a lo largo de la vida y con los que se mantiene una relación contextual, biográfica. Tanto la teoría como la investigación aplicada evidencian la estrecha relación existente entre los aspectos vivenciales y experienciales de los sujetos de edad y sus contextos de vecindario, y, más concretamente, con la representación mental que sobre ellos tienen. Los resultados apuntan la relación existente entre la valoración que el mayor hace de su barrio y aspectos tales como la frecuencia de los desplazamientos realizados por él, la utilización de los transportes públicos y otros servicios comunitarios, la percepción de zonas de riesgo (de criminalidad), la disminución del espacio vital y otras



variables sociales y ambientales, como las características del tráfico callejero, el itinerario de los autobuses, la composición étnica, la densidad de población, etc. (Regnier, 1981). Asimismo, las visitas, la costura, el bricolaje y otras actividades similares están vinculadas mayoritariamente al propio hogar o a la vivienda de las personas mayores en su tiempo libre se realizan en la casa o cerca de ella. Consecuentemente, es de gran importancia, sobre todo para los ancianos, que las viviendas estén concebidas, construidas y proyectadas en función de estas actividades de ocio.

A pesar de esta notable supremacía que ejerce la vivienda como ese lugar de ocio, no podemos infravalorar la importancia que adoptan otros lugares en los que la persona de edad pasa parte del tiempo libre: los clubes o las asociaciones, por ejemplo.

CONTACTOS SOCIALES EN EL TIEMPO LIBRE

La mayoría de las actividades de ocio están vinculadas a contactos sociales o constituyen directamente el centro de dichos acercamientos. Lo que sí se observa es una mayor inclinación hacia las relaciones dentro del encuadre familiar, lo cual no se debe solamente al transcurrir de los años, sino que, más bien, es la consecuencia del cambio de posicionamiento social y contextual: algunas amistades mueren y/o la actividad profesional ya no constituye una fuente de contactos. Así, con el paso del tiempo se produce, no como sostienen algunos autores una disminución en cantidad de las actividades sociales, sino una reestructuración cualitativa de ellas. Desde este punto de vista, lo adecuado sería hablar de un proceso de "desvinculación-vinculación selectiva", según el cual la reducción de la actividad social en determinados sectores, como el profesional, se compensa con un

aumento de la actividad en otros sectores como el familiar (Havighurst, Neugarten y Tobin, 1964). Los estudios realizados en nuestro mundo occidental apuntan una frecuencia de contactos entre las personas mayores y sus hijos relativamente alta (Harris y cols., 1975) y, si bien la frecuencia de dichos contactos podría arrojar una luz, al menos estadística, sobre la satisfacción que ellos pueden acarrear para los mayores, es igualmente importante la calidad de esas interacciones.

POSIBILIDADES Y OFERTAS DE OCIO

Describir las posibilidades de ocio de los ancianos supone en principio informar sobre todas las posibilidades de ocio existentes en un lugar determinado, ya que existe en la actualidad una gran variedad a la hora de poder elegir; hay un gran número de ofertas dirigidas exclusivamente a personas mayores. Esta amplitud de la oferta, esta diferenciación conduce ya a problemas. Por otra parte, muchos mayores y jóvenes realizan conjuntamente sus actividades de ocio en el marco de las relaciones familiares. Tampoco es infrecuente que éstas se desarrollen de forma separada, lo que normalmente es bien aceptado y deseado por ambas partes.

Las ofertas dirigidas a las personas mayores persiguen diversos fines:

1. información, orientación, asesoramiento.
2. facilitación, garantía y ampliación de la participación en la vida cultural.
3. posibilidades de ocupación / trabajo.
4. prevención sanitaria y ayuda a la salud, incluidas ofertas de ejercicios de movilidad, gimnasia y deporte.

Además, se puede diferenciar la siguiente

categorización de ofertas (Schmitz-Scherzer, 1974):

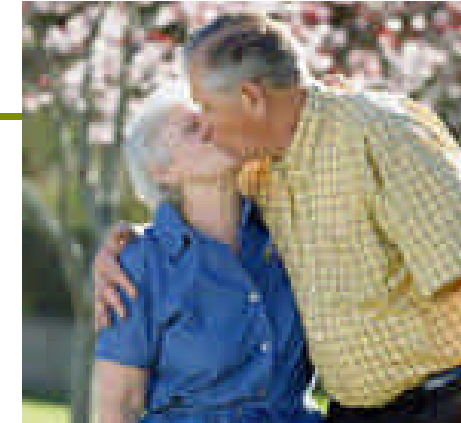
1. para fomentar los contactos sociales.
2. específicas de formación, ocio y hobby.
3. talleres de ancianos con ofertas de hobby.
4. recreo, vacaciones y viajes.

Las ofertas para fomentar los contactos sociales son, en sentido estricto y en última instancia, todas las ofertas anteriormente mencionadas, aunque a primera vista no lo parezca. Muchas son fomentadas en clubes u hogares de jubilados, círculos de ancianos, etc.

En cuanto a los talleres para personas mayores, éstos no tienen carácter de "empresa" ni de "seriedad", sino más bien de "ocio". Tienen la misma importancia que las ofertas de formación, ocio y hobby, aunque en éstas predomina más el factor artesanal, mientras que en las primeras desgraciadamente predomina más a menudo el factor "pasivo". Suelen estar vinculados con hogares de jubilados.

Hay que tener en cuenta que actualmente estas ofertas sólo llegan a un 6-15 por ciento de las personas mayores y ancianos en Europa (Takarski y Schmitz-Scherzer, 1985). Esta baja cifra se debe seguramente a motivos de organización, pero también a causa de otros factores sociales que relegan al mayor al papel de "conformarse con lo que haya".

En este sentido no podemos olvidar que muchas personas mayores ocupan su tiempo libre independientemente de las ofertas señaladas. Estas posibilitan la ampliación del espacio de ocio, pero no deben impedir iniciativas propias o eliminar iniciativas privadas. Se trata más bien de ampliar adecuadamente las posibilidades de ocupación del



tiempo libre de los mayores. Los resultados se pueden resumir de la siguiente manera: a pesar de disponer de más tiempo libre durante los días laborales, no existen grandes diferencias entre jóvenes y personas mayores. Tan sólo existe una prácticamente insignificante diferencia, que se refiere al aumento o disminución de la frecuencia e intensidad con la que se ejercen estas actividades.

REFLEXION FINAL

Sin duda una conclusión básica y primordial se refiere a la participación de los mayores en la comunidad. El ocio, el tiempo libre y/o la educación son maneras de socialización y de participación que de ningún modo excluyen la aparición de nuevas obligaciones. No sólo las obligaciones de los propios mayores, sino también las obligaciones de la comunidad para con los mayores.

Nuestra sociedad no debería prescindir de sus experiencias, mientras que los ancianos no deberían renunciar a la posibilidad de aportar estas experiencias en los debates y discusiones sobre el desarrollo de la vida social. Se trata del derecho a la palabra y, más concretamente, a la palabra sabia y reflexiva de los que han tenido la suerte de vivir y experimentar las cosas de la vida en mayor dimensión que los más jóvenes.

BIBLIOGRAFIA

Aragó, J.M. (1986), "Aspectos psicosociales de la senectud", en M. Carretero, J. Palacios y A. Marchesi (Eds.), *Psicología evolutiva: Adolescencia, madurez y senectud*, Tomo III, Madrid. Alianza, pp. 304-308.

Clayton, V. (1982), "Wisdom and intelligence: the nature and function of knowledge in the later years", *international Journal of Aging and Human Development*, 15, pp. 315-321.

Erikson, E.H. (1980). *Identidad: juventud y crisis*, Madrid, Tautus (Vers. Otig. 1968).

Fernández Lópiz, E. (1995), *Psicología de la vejez*, Granada: Adhara.

Fernández Lópiz, E. y Liébana, J.A. (1994), "Programa de intervención con técnicas de psicomotricidad para la población anciana", *Actas del III Congreso Infad*, Universidad de León, pp.138-141.

Gordon, C., Gaitz C.M. y Scorr, J. (1975). "Self-evaluation of competence and worth in adulthood", en S. Atiotti (Ed.), *American Handbook of Psychiatry*. Nueva York, Basic Books, p.311.

Harris L. y Cols. (1975), *The Myth and reality of Aging in America*, Natinal Council on the Aging, Washington D.C.

Havighurst R.J., Neugarten, B. y Tobin, S.H. (1964), "Disengagement and patterns of aging", *Gerontologist*, 4, pp. 24-31.

Regnier, v. (1981), *The neighborhood environment and its impact on the older persons. Adaptability and aging (Vol.2)*, Paris, International Center for Social Gerontology.

Rowles, G.D. (1981), "The surveillance zone as meaningful space for the aged", *The Gerontologist*, 21, pp. 304-311.

Rubinstein, R.L. (1989), "The home environments of older people: A description of the psychosocial process linking person to place", *Journal of Gerontology*, Vol. 44, N° 2, pp. 245-253.

Ruiz Ogara, C. (1992), "Psicopatología de la vejez", en R. Rubio y E. Fernández Lópiz (Dirs.), (1992), *Lecturas de Gerontología Social*, Granada, I.C.E. de la Universidad de Granada, p. 17.

Schooler, K.K. (1982), "Response of the elderly to environment: A stresstheoretical perspective", en M.P. Lawton, P.G. Windley y T.O. Byerts (Eds.), *Aging and the Environment Theoretical Approaches*. Nueva York, Springer Publishing Co., pp. 80-96.

Sternberd, R. (1985), "Cognitive approaches so intelligence", en B.B. Wolman (Ed.), *Handbook of human intelligence: Theories, measurements and applications*, Nueva York. Wiley Intercience, pp. 59-118.

Takarski, W. y Schmitz-Scherzer, R. (1985), *Freizeit, Teubner Studienkripten zur Soziologie 12S*, Stuttgart, Teubnet.



En esta etapa los adultos mayores fueron los protagonistas, participando activamente en el relevamiento de sus necesidades y requerimientos.

Resultado de la I Etapa - Convocatoria de "ideas" participación de todos en el relevamiento de las necesidades de los adultos mayores.

A continuación se transcribe la información seleccionada, ordenada de acuerdo a las problemáticas planteadas en las fichas de trabajo.

Existen necesidades recurrentes donde se debería poner especial atención; según el autor, varían las causas, las consecuencias y las propuestas.

Otras necesidades pueden actuar como disparador de posibles soluciones que no esten explicitadas.

La idea es procesar el material y a través de la creatividad y la capacidad de innovación, generar productos o servicios factibles para ser incorporados en la vida cotidiana de las personas de la tercera edad.

movilidad

A.1. La necesidad que se ha detectado a nivel general, es la de asistirse por si mismo (autorealización) ante las necesidades de aseo en ducha y de evacuación.

causas: las causas son las que imposibilitan forzar la zona de la cadera, como es es caso de la artrosis y en los casos de implante de prótesis de cadera, o en personas de avanzada edad.

consecuencias: como consecuencia de la artrosis, se les aconseja no forzar la articulación entre la cabeza del fémur y el hueco de la cadera, porque provoca una mala postura en la parte inferior de la columna: sacro y coxis. La presión interdiscal también provoca molestia.

En la postura sedente flexionada aumenta la presión en los discos lumbares, por lo que es apropiado en estas personas inclinar el plano de apoyo, librando de cargas estas zonas.

propuesta: la idea es plantear un nuevo y versátil diseño de asiento eleva-inodoro y asiento para ducha que satisfaga ambas actividades, propongo plantearlo cumpliendo con las siguientes premisas:

- para adoptar una correcta postura erguida lórdica: es necesario contraer determinados músculos, por lo tanto uno de lo objetivos del diseño ergonómico, será lograr un cierto grado de lordosis lumbar sin necesidad de esfuerzo lumbar, repartiendo de mejor manera las cargas del peso hacia las extremidades inferiores. Esto se puede conseguir mediante un asiento ni muy bajo ni muy profundo, y un ángulo obtuso entre el asiento y la postura de la columna.
- que el producto se perciba como un objeto más del entorno, y no como un producto de ortopedia, que impacte a las personas que no requieran de su uso.
- que se adapte a las instalaciones de la red de distribución, de cada hogar o edificio que lo requiera.
- que no obstaculice la libre utilización de las demás instalaciones a personas que no requieran su uso.
- que posibilite la adaptación de un bidet portátil al inodoro.



Genaro Martín Brusasca - Flavia Edith Mangold
Río Tercero - Córdoba

A.2. El problema que se ha detectado es la movilidad de los adultos mayores residentes en instituciones geriátricas, especialmente de aquellos que se encuentran en sillas de ruedas. Muchas veces no poseen la suficiente fuerza para moverse solos.

causas: las causas que provocan el problema radica en la imposibilidad de impulsar la silla de ruedas en espacios grandes y transitados como algunos geriátricos.

consecuencias: las consecuencias son accidentes provocados por el difícil manejo de la silla de ruedas, causa lesiones también a terceros.

propuesta: la idea que propongo es la instalación de cintas transportadoras en los pisos determinando recorridos (por ejemplo desde el comedor hacia los baños, desde el comedor hacia las habitaciones) por color.

Laura Clara Arce
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

A.3. Artrosis de articulaciones, pie y deformación de los huesos, sordera.

causas: La edad y falta de conocimientos (prevención) del ser humano en el avance de su edad son causas de las problemáticas planteadas.

consecuencias: caídas y rotura de huesos.

propuesta: existen en el mercado elementos para controlar el problema existente, debería crearse un elemento que se utilice desde el comienzo del deterioro que sea estético y efectivo hacia el futuro. Calzados especiales estéticos.

A.4. Movilidad reducida por diferentes afecciones óseas, fracturas, artrósis deformante, fibromialgias, de los miembros superiores y/o inferiores. Disminuyen la capacidad de poder realizar sus tareas domésticas y corren riesgo de accidentes mayores.

consecuencias: las consecuencias las padecen las personas que conviven con el discapacitado. y el discapacitado cae en depresión porque no quiere molestar y sufre por la dependencia.

propuesta: fabricación de artículos que oficien de prótesis para poder escribir, asir un teléfono, utensilios adecuados para la alimentación (independencia) elementos que puedan contener los alimentos a una altura que sea conveniente, fabricar un lápiz tan grueso que pueda ser sostenido por quien no puede cerrar su mano, tenedores, cucharas y cuchillos más cortos o más largos o de otra dimensión para que puedan ser usados.

Azucena Molla - Nilda Bancharo - María Ramirez - Raquel Alfonso - Paqui Roperio
Fundación "Mi corazón agradecido"
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

A.5. Las capacidades físicas por el avance de la edad se van deteriorando, por eso se recomienda realizar un entrenamiento físico constante y continuo, aparte de mantenerse sano, teniendo excelentes hábitos alimenticios, absteniéndose de fumar, de tener un bajo consumo de alcohol, etc.



propuesta: la propuesta intenta impulsar y animar a la tercera edad a tener una vida físicamente activa, a través del deporte, en invierno. En la estación invernal la persona no sale a ningún lado y tiende a quedarse en la cama. Con el frío también se tiende a ingerir menos agua y a cambiar la dieta. Esto, junto con la menor actividad física, contribuye al estreñimiento. Evitar esto a través de una línea deportiva que tenga en cuenta características físicas, psicológicas, climáticas.

Gastón Llanos
Mar del Plata - Buenos Aires

A.6. Detecto la falta de adaptación de los aparatos de gimnasia utilizados para la rehabilitación y mantenimiento de las capacidades fisiológicas de una creciente población de adultos mayores. Los aparatos existentes en el mercado no atienden a la persona de forma integral, es decir, no la consideran como una unidad bio-psico-social.

causas: la causa principal es que no existe un enfoque hacia el usuario/paciente, es decir, solamente se tratan sus necesidades físicas.

consecuencias: como consecuencia obtenemos una persona sin motivación. Que quizá haya mejorado su aspecto físico pero que no está en un entorno que lo contenga y motive. Su rehabilitación no es integral porque emocionalmente no se siente pleno.

Cecilia M. Lasagno
Ciudad de Mendoza

A.7. Imposibilidad de calzarse las medias.

causas: la artrosis provoca dicho problema.

consecuencias: imposibilidad de llegar con las manos hasta los pies.

propuesta: crear un utensilio que permita calzarse las medias sin necesidad de llevar las manos hasta los pies. Podrá consistir en un aro con un mango.

A.8. Imposibilidad de enjabonarse y frotarse los pies bajo la ducha.

causas: la artrosis u otros problemas de movilidad

consecuencias: imposibilidad de frotarse de las rodillas para abajo.

propuesta: fabricar un cepillo para baño de mango lo suficientemente largo que permita hacerlo y que además debería ser curvo para facilitar la limpieza de los dedos.

A.9. Dificultad para arrimar a la mesa la silla en la cual uno está sentado.

causas: falta de movilidad debido a la artrosis u otras causas.

consecuencias: necesidad de ayuda o imposibilidad de arrimarse.

propuesta: crear un dispositivo que facilite el desplazamiento. En lo posible de colocación sencilla y adaptable a cualquier silla.



A.10. Imposibilidad de levantar del suelo pequeños objetos como lápices, goma de borrar, papeles, cubiertos, monedas, etc. por efectos de la artrosis.

causa: falta de movilidad y dolores propios de los que padecen enfermedades similares.

propuesta: *adicionar al bastón un dispositivo que permita levantar objetos del suelo. Entre sus elementos podría tener un imán.*

Alfredo Fraga y esposa
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

A.11. Estabilidad alterada con caídas frecuentes con riesgo de fractura de cadera y traumatismo de craneo.

causas: artrosis, parkinson, desacondicionamiento, drogas, etc.
consecuencias: fracturas, hematomas.

propuesta: *sistema básico de rieles aéreos fijados al techo, con elásticos conectado al anciano que queda suspendido parcialmente con un sistema de arneses. En caso de caídas evita el traumatismo mayor y posibilita al anciano moverse para pedir ayuda.*

Andrés Anton
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

A.12. Los ancianos tienen dificultades para atarse el cordón de los zapatos.

propuesta: *cordones mágicos, la idea es acoplar dentro de los cordones comunes (en su interior) un resorte labil que los dejaría tipo "fideo tirabuzón", la ventaja es que traban al final y no necesitan ser atados, sacándose con solo tirar del zapato y ajustándose a la medida justa sin movimientos finos del usuario (ni siquiera agacharse)*

Jorge Horacio Re
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

A.13. Necesidad de vestimenta cómoda, de fácil postura y quitado, sin dejar de ser elegante, sobria y moderna.

causas: los botones, cierres, briches metálicos, etc. en las prendas de vestir en adultos mayores dificultan la practicidad a la hora de vestirse solos, les quita autonomía aún estando en condiciones de hacerlo. Falta de vestimenta liviana y abrigada en invierno que a su vez sea fácil de ponerse y quitarse por ellos mismos.

consecuencias: se los ve mal alineados aunque su ropa esté en buenas condiciones, polleras sin abrochar ya que generalmente se abrochan en la parte de atrás de la cintura con broches metálicos o botones, lo mismo sucede con los cierres, botones mal prendidos en sacos de lana, braguetas semi abiertas en pantalones por roturas de cierres, bufandas que no se adhieren y se vuelan, etc. Con temperaturas extremas sobre todo en invierno provocan resfríos frecuentes, problemas de salud con frecuentes complicaciones.

propuesta: *diseñar ropa cómoda respetando el gusto de los mayores pero con un sistema*



similar al velcro o abrojo que les permita desembolverse mejor, con autonomía a la hora de vestirse. O bien diseñar ropa con este estilo de cierre en la parte delantera. También un ejemplo podría ser sacos (de lana o similar) polera con abertura delantera pero cierre estilo velcro de abajo a arriba, tanto para mujeres como para hombres.

A.14. Sillas o sillones incómodos para los adultos mayores, quienes pasan la mayor parte de su tiempo sentados. Tienen necesidad de tener las piernas en alto, dificultades al querer pararse, la mayoría sin apoyabrazos.

causas: falta en el mercado de sillas pensadas para mayores, de tamaño similar a cualquiera del hogar pero pensadas y diseñadas para ellos.
consecuencias: incomodidad de los mayores, cansancio físico por malas posturas, piernas hinchadas o su adormecimiento. Accidentes domésticos, caídas al querer incorporarse, endurecimiento de miembros inferiores y superiores, etc.

propuesta: *el diseño de una silla o silloncito de tamaño normal, más acorde a los adultos mayores y también se puede utilizar en otros casos, con posabrazos y posapiés, almohadones mullidos de fácil limpieza, que tenga una lámpara o luz incorporada, también se puede diseñar con un posabrazos para escritura o apoyo de bandeja.*

Elba Liliana Arenaz
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

A.15. Endurecimiento y falta de movilidad en las piernas. Necesidad de utilizar una silla o un andador de mano para apoyarse y trasladarse.

causas: la falta de ejercicios, la disminución de caminatas en invierno, problemas arteriales y de mala circulación, etc.
consecuencias: mayor endurecimiento en las piernas, pérdida del equilibrio, probabilidad de quebraduras a causa de caídas. Más aislamiento de las personas mayores víctimas de este problema.

Miguel Bonavota - María Laura Bonavota
Ciudadela Norte - Buenos Aires

A.16. Con el avance de la edad una de las articulaciones en el ser humano que más se afecta son las rodillas. los elementos existentes para sostén de las mismas (exterior) son incómodos de llevar y de colocar para las personas mayores.

causas: la descalcificación, las caídas por tropezos, roturas o desgaste de rótula, etc.
consecuencias: dificultad en el traslado hasta incapacidad total. Dolores muy intensos por desplazamiento de rótula y desgaste de huesos.

propuesta: *buscar elementos externos de contención y fácil colocación para personas que no tienen fuerza en brazos y manos. Teniendo en cuenta que este problema aumenta por la prolongación de los años de vida.*

María Estrella Coteló
Ciudad Autónoma de Buenos Aires



A.17. Falta de adecuación arquitectónica en lugares públicos, cines, teatros, confiterías, reparticiones públicas, baños públicos, etc.

causas: dificultad para movilizarse, ir al baño, higienizarse, trasladarse, largas esperas sin asientos, etc.

consecuencias: problemas varios vinculados a la salud. Impedimentos varios vinculados a la movilidad. Aislamiento por inhibición frente a las salidas y usos de espacios.

propuesta: barras en baños, asientos, rampas, etc.

Hogar de Día N° 5
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

A.18. No conozco si existe una ordenanza o ley para que bares, confiterías y restaurantes construyan los baños o toiletes en el primer piso o en el subsuelo por escalera. Si existiera tal disposición es totalmente arbitraria y negativa, pues no tiene en cuenta a los mayores y/o discapacitados.

causas: difícil acceso, visto desde todo punto de vista. Dificultades motoras; urgencia por acceder debido a la disminución de contención urinaria, etc.

Escaleras, más escaleras, cada vez más inseguridad fuera del perímetro hogareño.

Falta de iluminación y barandas rotas o flojas.

consecuencias: inseguridad en miembros inferiores, peligro de caídas, sentimiento de miedo.

propuesta: en nuevas habilitaciones, reservar la obligación (si ya no existiera) de baños a nivel de planta baja, con fácil acceso para embarazadas, personas mayores y/o discapacitados.

María Carlota Ramírez
Centro Amistad 3° Edad
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

seguridad

B.1. La seguridad de nuestros adultos mayores es un tema de gran relevancia, y se podría dividir en dos grandes ámbitos:

1- El hogar

2- La calle

Estadísticamente se ha comprobado que la mayoría de los accidentes ocurridos suceden en sus casas por imprevisión o poca atención hacia los mismos.

Debe tenerse en cuenta la condición física y mental de cada uno de ellos y si viven solos o en compañía de familiares.

Los que poseen poca movilidad y visión, deben tener espacios libres de adornos o pequeños muebles que les impidan caminar con seguridad, y además, deben tener al alcance de la mano todos los utensilios de uso cotidiano.

Un lugar de mucho riesgo es el baño, por lo que es aconsejable colocar pasamanos alrededor de todos los sanitarios.

Los que viven en familia tienen menos peligros que los que por circunstancias personales deben vivir solos, a los que sería conveniente que algún allegado o vecino de buena voluntad o llegado el caso, un asistente social o acompañante terapéutico los ayude a cumplir las pautas mencionadas anteriormente, a las que debemos también agregar, el uso y manipulación de los artefactos eléctricos y a gas que deben ser debidamente



controlados para evitar accidentes fatales.

Sería conveniente a tal efecto que P.A.M.I. o bien, el gobierno de la ciudad enviara folletos al respecto para asesorar debidamente a los centros más concurridos por ellos, que son los bancos, donde perciben su jubilación o pensión o los médicos de cabecera.

En cuanto a la seguridad en la calle, estimo que lo más importante sería que se cumplan todas las ordenanzas municipales con respecto a la limpieza y buen acondicionamiento de las veredas, que evitarían así, la caída de ancianos con movilidad restringida o discapacitados, con graves consecuencias para los mismos. Para los que circulan en sillas de rueda es fundamental que todas las esquinas, edificios y locales comerciales tengan rampas para la subida y bajada de los mismos.

Con respecto al cruce de calles, especialmente avenidas, sería conveniente la colocación de semáforos de mayor tiempo de intermitencia. Para los ancianos o personas con déficits de movilidad, que obviarían el pánico que produce el avance del tránsito a mitad del cruce de las mismas.

Por otra parte, cabe destacarse que el acceso a los subterráneos, no cuenta con bajadas de sillas electrónicas para discapacitados y que son pocos los colectivos que poseen rampas a nivel de piso para la subida a los mismos.

La calle, actualmente, no llena todas las condiciones necesarias para que nuestros ancianos circulen con comodidad y seguridad, por lo que las autoridades pertinentes deben avocarse seriamente a solucionar estos problemas que los afectan gravemente a fin de mejorar así, su calidad de vida y demostrarles el respeto y consideración que se merecen.

Alicia Dolores Villavicencio Gallardo
Asociación Civil "Grupo Comunitario Amigos en Acción"
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

B.2. Toma de medicamentos a horario.

Ingesta de comidas a horario.

Agenda diaria o semanal de tareas.

Identificación y direcciones o números telefónicos.

causas: el olvido, incomodidad cuando se viaja x 2 a 3 días, su almacenamiento en cantidad a 2 a 3 días, tareas a realizar también en 2 a 3 días, etc., registro de direcciones y teléfonos más cotidianos.

consecuencias: no cumplir los horarios médicos, no recordar compromisos contraídos a tiempo, carecer en el momento justo de recordar y registrar datos direcciones, números telefónicos.

propuesta: un pastillero c/divisiones de colores - electrónico - con reloj, que contenga por lo menos 3 tipos de alarmas, suaves diferentes a saber:

1/3 medicamentos c/programa sencillo de horarios p/ la toma

2/3 comidas c/programa sencillo de horarios p/ la ingesta

3/3 recordatorio de la agenda diario.

Tamaño: bolsillo

Importante: anexas por separado una alarma c/clave simple (1 número) para que a través de ésta, para el caso de olvido o extravío (viable) se lo pueda encontrar rápido. Esto último es por otra parte sugerencia para los anteojos.

Manuel Sternik
Parlamento 3° Edad
San Luis



B.3. Etiquetas identificadoras en los envases de los medicamentos para saber - ojos - dolores reumáticos - fiebre - tos - con el idioma de uso corriente y espacio para nombre personal.

Iris Maina - Luisa Arias - Gaudio - Brigida Zappietra - Iris Guerra
Parlamento 3º Edad
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

B.4. La necesidad de algún medio o método eficiente para regular y controlar la ingestión de medicamentos en los horarios establecidos.

causas: la cantidad de medicamentos o pastillas que un adulto mayor toma por día es por ejemplo: de la presión, de la memoria, de la artritis, del corazón, etc. Eso lleva a grandes confusiones en el control diario y se saltean dosis y lleva a la posterior ineficacia del medicamento.
consecuencias: las consecuencias son las típicas por no ingerir el medicamento o cortar sus dosis establecidas. Se repercute directamente en la salud del adulto y en la ineficacia del medicamento (con el gasto que esto significa).

propuesta: un dosificador diario del "cocktel" de pastillas con sus dosis particulares de cada medicamento que además sirva de control tanto para el usuario como así también para la familia.

Fernando César Mariano
Córdoba

B.5. Darle a cada hogar un ambiente adecuado, a cada persona de acuerdo a su edad.

propuesta: los utensilios del hogar que estén a mano y distribuir adecuadamente los medicamentos y otros artículos para evitar accidentes domésticos, e identificar con claridad las llaves de luz, agua y gas para tener la mayor seguridad y confiabilidad del adulto mayor.

Francisco Breppe - Livio Thompson - Luis Carlos Luc - Jesús M. Cuello
Centro de Jubilados y Pensionados "La Querencia"
Ituzaingó - Buenos Aires

B.6. El problema que se ha detectado es el peligro de ingestión errónea de medicación o su falta de ingesta a la que se ven expuestos los adultos mayores que viven solos sin supervisión idónea en caso de que lo requieran.

causas: las posibles causas que provocan este problema son las posibles patologías que revisten algunos adultos mayores o simplemente el olvido.
consecuencias: pueden ser a veces graves por sobredosis o interrupción del tratamiento médico.

propuesta: elemento electrónico para adosar a las cajas de medicamento o integrado a pastillero que indique cantidad de comprimidos a tomar, día, comienzo tratamiento, medicamento remanente y que programe dosis diarias y detecte la carencia y/o ingesta errónea con señal sonora y visual.
Se observa que el visor en el cual se leerían los datos no es apto para todos los adultos mayores, por lo tanto se combinaría una voz electrónica.



Laura Clara Arce
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

B.7. Falta total de conocimiento en el manejo de los extinguidores en los consorcios, ya sea en el tipo de uso (A-B-C) y en la forma en que deben utilizarse. En el caso de viviendas tipo casa, en su mayoría no cuentan con los mismos ni con ningún otro tipo de seguridad para ser utilizado en caso de principio de incendio.

causas: inicio de incendio al cocinar, por corto circuitos, etc.
consecuencias: en el caso de principio de incendio que podría ser sofocado de inmediato, generalmente pasa a mayores, riesgo de vida y pérdida de bienes.

propuesta: actualmente defensa civil ofrece una charla a través de un técnico en los centros de jubilados y pensionados que así lo soliciten, a efectos de darles a los mayores consejos sobre seguridad en el hogar y/o lugares comunes de consorcios.

María Carlota Ramirez
Centro Amistad 3ra Edad
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

B.8. Veredas rotas, baldosas levantadas, bajadas para discapacitados, paradas de colectivos, estribos altos y manijas para sostenerse muy altas y muy espaciadas, tiempo para cruzar las Avda. 9 de Julio.

causas: la falta de ordenamiento y seguimiento de los problemas por parte de las autoridades que promulgan ordenanzas.
consecuencias: los accidentes que pueden sufrir los adultos mayores y los niños.

propuesta: mantener las veredas en forma normal, evitar que se ocupen con otros vehículos las paradas de los colectivos y ordenar que estos, siempre, arrimen al cordón para facilitar el ascenso y descenso de los pasajeros, hacer colocar en todos los colectivos más manijas para sostenerse y que estén como para que puedan utilizarlas las personas de baja estatura.

Martha M. Ramirez - Turano Gloria - Olinda Irene Pace de Gallo
Centro Amistad 3ra.Edad
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

B.9. El arreglo de todas las veredas

causas: es imposible caminar por las veredas en Buenos Aires y mucho más peligroso para quienes no tenemos mucha agilidad.
consecuencias: caídas, con consecuencias graves en personas mayores.

propuesta: que se obligue a los propietarios el arreglo de las veredas, o sino, que la municipalidad se haga cargo multando a los propietarios. El arreglo de veredas sería otra fuente de trabajo.

Haydeé Rosalía Formica
Amigas de Tercera Edad
Ciudad Autónoma de Buenos Aires



B.10. Calles rotas y desparejas que provocan caídas en los ancianos.

causas: falta de cuidado y mantenimiento de calles y veredas.

consecuencias: dificultad al caminar, especialmente en los ancianos, cuya movilidad ya de por sí se ve reducida.

propuesta: arreglo sistemático de calles y veredas empleando y dando trabajo a quienes no lo tienen.

Alejandra J. Koper
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

B.11. Veredas rotas y desparejas (posibles caídas). Baños químicos (para necesidades fisiológicas). Limpieza de veredas bajo autopistas y seguridad en calles y vehículos para 3ra. edad y juventud.

consecuencias: accidentes, temor a salidos al oscurecer, en general inseguridad total.

Turano Gloria
Centro "Amistad" 3ra Edad.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

B.12. Las calles de Buenos Aires están en un marco de deterioro tal, que es casi imposible describir.

causas: la poca o nada observación de las autoridades, ante la situación creada por la indiferencia y falta de ver las necesidades imperantes de toda la sociedad.

consecuencias: las consecuencias pueden ser gravísimas y llegar hasta la muerte por cualquier caída. La gente que transita con cierta incapacidad. Las que no tienen dificultad física pero deben tener cuidado. Además por mirar siempre para abajo, todos sabemos que produce mareos.

propuesta: creo que todo tiene solución si hay voluntad de hacerlo.

Genoveva San Juan
Hogar N° 19
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

B.13. Veredas muy deterioradas para la circulación.

causas: tránsito continuo. Falta de mantenimiento. Raíces de los árboles.

consecuencias: caídas con posibles lesiones en personas con poca movilidad y fragilidad ósea.

propuesta: relevamiento, arreglos y mantenimiento continuo.

Hogar de Día N° 5
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

B.14. Veredas en mal estado, carteles rotos.

causas: falta de mantención, falta de cumplimiento de ordenanza municipal.

consecuencias: caídas, fracturas, accidentes.

propuesta: que las veredas sean arregladas. Que se cumplan o hagan cumplir las ordenanzas.

Celba Luque
Hogar N° 7 "El Amanecer"
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

B.15. Veredas rotas, poca iluminación en determinados lugares dificultando la circulación para los mayores

consecuencias: daños físicos como caídas, etc.

propuesta: arreglo de veredas, calles.

Cecilia Bulaett - Amanda Pérez - Beatriz Gimenez
Hogar N° 15
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

B.16. Mayor iluminación y vigilancia las 24 hs del día, arreglo de calles y veredas, rampas para el acceso al hogar y en la zona para que los discapacitados puedan circular libremente.

causas: falta de mantenimiento, presupuesto, adecuada utilización de los fondos destinados a ese fin. Falta de información periódica mediante folletos y/o reuniones con personal capacitado sobre prevención y seguridad para adultos mayores.

consecuencias: accidentes y robo.

Hogar de Día N° 12
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

B.17. Veredas rotas, sendas peatonales sin rayas blancas, excrementos de animales, falta de baños químicos, falta de seguridad en la calle.

consecuencias: temor a salir en la noche, inconvenientes para desplazarse por la ciudad, caídas de personas de la 3ra edad.

Migues Hermelinda
Centro "Amistad" 3ra Edad
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

B.18. Seguridad, salud, movilidad, comunicación.

causas: ceguera de las autoridades.

consecuencias: una persona de edad que camina por calles rotas, faltas de luz, decide no moverse de su casa, se aísla y ya no tiene comunicación, ni recreación, ni convivencia.

Olinda Irene Pace de Gallo
Centro "Amistad" 3ra Edad.



Ciudad Autónoma de Buenos Aires

B.19. Las rampas de plástico en las esquinas.

causas: los días de lluvia son un peligro, por como resbalan ya que son de un material que parece jabón.

consecuencias: la fractura de huesos, y en una persona mayor es muy peligroso, puede llegar a perder la vida.

propuesta: que sean de algún material anti-deslizante con trabas.

Lucía E. Hosseim y Elba A. Ruiz
Centro "Renacer"
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

B.20. Excesiva altura en escalones para ascenso y descenso del transporte público, de corta, mediana y larga distancia.

causas: en el ascenso hay que "colgarse" de las agarraderas y a veces hace falta que alguien nos de un empujoncito. Cuando se desciende, prácticamente, hay que "tirarse" a la calle.

consecuencias: excesivo estiramiento de los miembros superiores e inferiores. Además, en el descenso se corre el riesgo de torcerse el pie que toca la calle en primer término.

propuesta: hasta tanto se cambien las unidades, modificar los escalones de ascenso y descenso. Hablando en términos mecánicos, es absolutamente posible.

B.21. Dificil acceso a los subterráneos para los mayores y/o discapacitados y obviamente para embarazadas.

causas: movilidad motora mucho más reducida que la normal.

consecuencias: no poder acceder al transporte público.

propuesta: construcción de escaleras mecánicas o ascensores en todas las estaciones.

B.22. En caso de viajes en transporte terrestre de larga distancia, deberíamos tener instrucciones precisas sobre la forma de salir del vehículo en caso de colisión y/o vuelco.

causas: en la mayoría de los vehículos falta el martillo para romper los vidrios de las ventanillas. Debería ser bien visible la indicación de "puerta de emergencia".

consecuencias: ante excesiva confusión por nerviosidad en caso de accidente, no se lograría la rápida evacuación del vehículo, con riesgo de que al transcurrir el tiempo dentro del mismo, explote el tanque de combustible, con consecuencias mucho más graves.

propuesta: al igual que en el transporte aéreo debería instruirse al pasaje inmediatamente iniciado el viaje.

María Carlota Ramirez
Centro "Amistad" 3a. Edad
Ciudad Autónoma de Buenos Aires



B.23. Subir y bajar de los colectivos, no paran bien en las paradas, escalones muy altos, pasamanos en posiciones no cómodas. Veredas rotas y sucias.

consecuencias: en omnibus y veredas, las personas mayores pueden caerse con consecuencias muy graves.

Josefina E. Di Leo
Centro "Amistad" 3a. Edad
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

B.24. Falta de barandas y sistemas de contención en el hogar. Veredas rotas, con desniveles. Medio de transporte sin pasamanos adecuados. Expendio de boletos.

causas: accidentes, caídas, resbalones, luxaciones, etc. Falta de interés de las empresas en mejorar los servicios. Falta de presupuesto para el arreglo. Irresponsabilidad de las empresas.

consecuencias: accidentes en la vía pública y en los hogares.

propuesta: que los medios de transporte se arrimen a la vereda. Implementar el uso de targeta o cospel para facilitar el equilibrio. Que los cajeros automáticos no tengan recargo. Respeto y consideración por la persona mayor

María Ignacia Ríos - Nérida Oliva - Dora Dobalo - Julio Henrik - Caricia Otaño - Mario Kronjones
Hogar Martín Rodríguez Viamonte
Ituzaingó - Buenos Aires

B.25. La necesidad es en los colectivos que son altos y paran lejos del cordón.

consecuencias: sobre todo las caídas que traen malas consecuencias, teniendo en cuenta la situación sanitaria de nuestro país.

propuesta: la solución no es compleja, estacionar como corresponde, dar tiempo a las personas a subir y bajar, agregar un escalón más en los colectivos altos.

María Teresa Cid
Centro "Amistad" 3a. Edad
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

B.26. Escasa o nula información acerca de prevención, adelantos tecnológicos, respecto a la salud. Veredas irregulares.

Falta de barandas en edificios.

Cancelación de turnos en el sistema de salud.

Transporte público de pasajeros (trenes - colectivos) carentes de asientos, pasamanos, niveles.

Servicios públicos inaccesibles económicamente (teléfono).

Sistema informático pensado para sectores sociales económicamente acomodados.

Imposibilidad del PAMI de recetar remedios genéricos

causas: desorganización del Estado. Falta de propuestas y prevención de las empresas y del Estado. Falta de conciencia de las organizaciones.



consecuencias: personas que se enferman o accidentan.

propuesta: organización, conciencia, políticas sociales, responsabilidad social, control y verificación de las empresas prestatarias de servicios de salud y alimentarios.

Antonio Alfonso - Osvaldo Gil - Norma Arias - Marta Moya
Asociación de Centros de Jubilados de Ituzaingó y Federación de Jubilados de Ituzaingó
Ituzaingó - Buenos Aires

B.27. El estacionamiento indebido y fuera de hora que dificulta el ascenso a los transportes. Falta de consideración de los conductores del transporte público que no paran cerca de los cordones quedando los mayores expuestos a peligros. La altura de los vehículos. Falta o rotura de rampas, en esquinas y edificios. Cantidad de veredas rotas y baches en las esquinas que retrasan el cruce de las mismas.

causas: la educación y paciencia de las personas a cargo de conducir transportes públicos que ignoran que no todas las personas que viajan tienen la misma agilidad. La principal causa es la ausencia de inspectores, con ganas, que controlen y hagan cumplir las leyes de tránsito que por cierto existen.

consecuencias: maltratos y riesgo de accidentes tanto para la gente mayor como para los niños que deben trasladarse solos.

propuesta: el problema se soluciona haciendo cumplir las leyes de tránsito que nadie respeta en ningún sentido y que son óptimas. Lograr que la gente que maneje cualquier vehículo, sobre todo transporte público, sepan que el peatón tiene prioridad y sobre todo es un ser humano.

Nélida Teresa Enrico
Asociación Civil - Grupo Comunitario "Amigos en Acción"
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

B.28. En los transportes los escalones altos que obligan a saltar o tirarse de ellos.

causas: la altura principalmente del último peldaño hacia la calle.

consecuencias: caídas, fracturas, torceduras o tal vez algo más importante.

propuesta: un palanquín que baje otro escalón al abrir la puerta.

María Herminia Natali
Centro de Jubilados "Volver a Vivir"
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

B.29. Mayor iluminación en todos los lugares públicos, calles, etc. Más semáforos y baños públicos. Mayor seguridad. Control en los geriátricos (instalaciones, comida, salud) Traslado y regreso a los centros de jubilados para asistir a espectáculos gratuitos.

causas: falta de presupuestos suficientes para realizar esas tareas



propuesta: a mayor edad menor visión y movilidad, por lo cual una mejor iluminación, instalación de semáforos y presencia policial, facilitaría la seguridad, traslados, etc.

Horacio F. Girero
Centro "Amistad" 3a. Edad
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

B.30. Dificultad en los adultos mayores para subir y bajar los cordones de las veredas, para cruzar las calles con adoquines, caídas y tropiezos por veredas rotas, accidentes por pisos desnivelados.

causas: escasez de rampas o bajadas de cordones en las esquinas barriales. Veredas en mal estado, baldosas rotas, faltantes o levantadas, baldosones mal nivelados, cemento simulando ser baldosones, calles adoquinadas.

consecuencias: caídas, tropiezos, fracturas en lo que respecta a la salud física a lo que se debe agregar que la persona mayor camina despacio y mirando al piso por miedo a caerse o tropezar, esto los hace blanco de arrebatos, empujones, o movimientos bruscos esquivando adolecentes que andan en bicicleta por las veredas.

propuesta: rampas en todas las esquinas, manzana por manzana, en cada barrio. Imponer a los propietarios la colocación de veredas de goma o vinílico negro como algunos ya lo hicieron, evita resbalar si se moja, no se levanta; si hay una caída puede ser menor el golpe ya que es goma y no cemento. Ir cambiando los adoquines de las calles barriales por adoquines nivelados como se acaba de realizar en calle Ecuador (plazoleta) y Charcas.

Elba Liliana Arenaz
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

B.31. Problemas de atención que tienen los mayores al circular y transitar por las calles, cruces, y en todo ámbito fuera del familiar.

causas: la lógica edad de los mayores, y el natural "descuido" de los más jóvenes. Es común que un mayor quiera cruzar una calle, pero es muy común que uno no le preste especial atención sin es una persona mayor o no, por consiguiente, no se le da más atención de la que se necesitaría para evitar accidentes.

consecuencias: probables accidentes o situación peligrosa para ambas personas.

propuesta: concientizar a todos para prestar especial atención cuando de un mayor se trata. Campaña gráfica, radial o televisiva.

Daniel Gona
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

B.32. En los bancos, cuando vamos a cobrar no tenemos un lugar cubierto para esperar y tenemos que hacer cola a la interperie.

causas: falta de decisión del gobierno.

consecuencias: enfermedades por pasar frío, lluvia, etc.

propuesta: crear lugares cubiertos.



Adolfo Urristi - Angelica Vera
Papelonos
Gualeguaiichú - Entre Ríos

recreación

C.1. La recreación es un importante incentivo para las horas que suelen deprimir a los adultos mayores. Revaloriza al ser humano y potencia algunas de las aptitudes perdidas u olvidadas.

causas: las personas mayores necesitan estimular su creatividad dentro del margen del entretenimiento para tener días distintos que los haga superar los momentos vacíos.
consecuencias: mejor calidad de vida.

propuesta: una de las ideas sería promocionar el potencial manual (entre otras afines a la recreación física) que podrían desarrollar los mayores como son: las manualidades, pintura, grabados, etc. y darles la oportunidad de desarrollarlas en ambientes adecuados.

María Rosa Monti
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

C.2. Tendencia a la introversión, aislamiento. Dolores musculares, falta de movimiento.

causas: negación del propio cuerpo, sentimientos de inferioridad y vergüenza.
consecuencias: hipotrofia muscular, dificultad en la deambulacion, aislamiento, escasa autonomía (tanto física como psicológica).

propuesta: realizar actividades físicas con sus pares, ayudando a que cada uno mejore su equilibrio emocional.
A través del juego y la actividad desarrollar sus capacidades comunicativas, previniendo el aislamiento y potenciando la sociabilidad.

Teresa Giraldes - Susana Molina
Adrogué - Buenos Aires

C.3. Falta de recreación de los adultos mayores de la zona.

causas: falta de recursos económicos y centros que nucleen a los adultos mayores.
consecuencias: aislamiento.

propuesta: conseguir juegos de distinto tipo. Nuclear a todos los adultos mayores de la zona y lograr que participen activamente, interactúen y se relacionen.

Ana Valentina Valenzuela
Fundación "Mi corazón agradecido"
Córdoba

C.4. Hay actividades prácticas (costura, dibujo, bordado) que las personas mayores pueden realizar, pero al hacerlo en malas posiciones causan molestias y dolores.



causas: la falta de dispositivos adecuados para la realización de estas tareas. Las cuales pueden desarrollarse individualmente o en grupo.
consecuencias: dolores musculares, de articulaciones. Imposibilidad de realizar una tarea de distracción y esparcimiento, muy buena para la salud mental de las personas.

propuesta: generar un objeto, ergonómicamente adecuado, y que sirva para más de una tarea.

Carolina González
La Plata - Buenos Aires

C.5. Baños públicos en plazas y parques.

causas: la falta absoluta de baños, hace que muchas personas no frecuenten plazas y parques.
consecuencias: la privación de tener un hermoso esparcimiento y gozar de la naturaleza.

propuesta: que en cada parque o plaza haya sanitarios bien higiénicos, con cuidador/a (fuente de trabajo)

Haydé Rosalia Formica
Grupo de Amigas de Tercera Edad
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

C.6. Falta de medios económicos para acceder a actividades recreativas. Falta de difusión para acceder a talleres municipales que contemplen la recreación de adultos mayores.

consecuencias: falta de actividades físicas y culturales que permiten mejorar la calidad de vida.

propuesta: mayor difusión de actividades comunitarias y tratar de descentralizar las actividades de prácticas deportivas, sociales y culturales.

Irene Ercules - Marta Champagne - Emilio Dognino - Julio Lezcano - Norberto Bedarelli
Centro de Jubilados y Pensionados
Ituzaingó

C.7. La necesidad que veo en mi condición de pensionado y mayor de 70 años es espacios de recreación y esparcimientos para mayores de la Tercera Edad.

causas: el problema que veo a menudo es la falta de lugares para juntarse, charlar, realizar juegos, talleres o simplemente tomar mate o té.
consecuencias: la falta de estos espacios genera tristeza. Malos recuerdos y a veces verse rechazado por la familia. Esta situación provoca depresión y con ello enfermedades.

propuesta: que la municipalidad habilite estos espacios recreativos en terrenos abandonados y casas desocupadas.

Juan Alfredo Delfaud
Hogar de Día de la Tercera Edad N° 2
Ciudad Autónoma de Buenos Aires



C.8. Continuidad de cursos de recreación y provisión de elementos para su ejecución.

causas: falta de elementos para actividades de arte, pintura, escultura, etc.
consecuencias: pérdida de tiempo.

Graciela Sobin - M. Fernández - Rosario Avertente - Lila de Francesco - Virgilio Avila - Rosa Contrera
Hogar N° 15
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

C.9. Cuando una persona no goza de distracción, recreación o alguna actividad física, su vida se hace sedentaria llevando esto a perjudicar su salud.

propuesta: trabajar en grupos, esto da más confianza en los mayores.

Sras. Casoli - Longo - Cardillo - Dominguez - Moya - Guzmán - Amadeo - Dos Santos
Centro de Jubilados y Pensionados Parque Alvear
Ituzaingó - Buenos Aires

C.10. Falta de sanitarios y asientos con mesitas, termos con agua caliente para mate y buena iluminación, superficies parejas para adultos mayores en plazas y paseos públicos. Esto es un beneficio intergeneracional.

causas: necesidad de revalorizar la vida de nuestros mayores, en una democracia urbanizada que traduzca beneficios para articular educación, salud y recreación. Al no contar con sanitarios adecuados, asientos y mesitas y no poder ingresar a las confiterías, pizzerías o cafeterías del centro, que solo los disponen para sus clientes, están dejando de concurrir nuestros mayores a las plazas y paseos públicos.

consecuencias: encierro en el hogar. Marginación social. Perdida de valores y principios. Insalubridad. Falta de planes de vida. Desorden. Caídas y fracturas, depresión, melancolía, temor, inseguridad.

propuesta: nuestra gente mayor necesita desarrollar actividades, como válvula de expansión para sus energías y aptitudes, en lugares cómodos, que les permitan sentirse parte integrante de la sociedad. Es necesario un plan de acción social junto a la ciencia médica para ayudar al creciente segmento de nuestra población, a través de un programa recreativo que encause diversas actividades en forma constructiva, les devuelvan su valor individual, origine nuevas amistades, y cree una nueva felicidad que perdure. Los ancianos disfrutan comiendo juntos, tomando mate, reuniéndose en las tardes, bailando, escuchando música, pero hay que adecuar los lugares públicos donde muchos de ellos concurren con sus nietos.

Las plazas y paseos serían poderosos laboratorios para la realización de experiencias de educación y recreación destinados a hacer frente a las necesidades biológicas, sociales.

Los baños para los adultos mayores y personas con capacidades diferentes deben ser diseñados con requisitos prestacionales, planta física, y ser sin fines de lucro.

Por ejemplo, un área de circulación con pisos lavables antideslizantes, paredes lavables con pasamanos y agarraderas, sanitarios mínimo 2 wc, 2 lavabo, 2 duchas según el lugar donde estén instalados con agarraderas. El material de las agarraderas debe ser caño tipo hierro 3/4 de diámetro acabado con esmalte sintético brillante, colocados a 45 grados. Barral y o parante que posibilite a la persona prenderse para entarse y levantarse. Pueden realizarse con un programa de ayuda mutua con los diferentes municipios.

Dichos lugares deben contar con un agente del municipio que colabore con la limpieza y



orden. Además agregar un termo de agua caliente para mate. Y rigurosa arborización en todos los paseos públicos.

Julia Norma Catalano Vda. de Civetta
Integrante del Círculo de Amigos de la Unidad Geriátrica de Miguel Lanús
Posadas - Misiones

comunicación

D.1. No podemos abordar el tema "comunicación" si no hacemos mención de que "comunicar" es hacer participe a otro de una información, es hacer saber y que para tal acto se necesitan no menos de dos agentes: el agente transmisor (es quien manda el mensaje en forma oral, escrita o gestual) y un agente receptor (quien capta y recibe el mensaje).

El problema se presenta cuando el canal de comunicación se corta, ya sea porque quien comunica no es lo suficientemente claro al enviar su mensaje, o porque el receptor no lo recibe (ejemplo, padecer de una afección auditiva, atención dispersa, distracción, o por un importante grado de senilidad, que no le permite leer u oír un determinado mensaje).

Este problema se podría encuadrar dentro del grado de "necesidad primaria", ya que comunicarse es vital y necesario en la vida del hombre, este es un ser social y no un ente aislado, desde que nace hasta que muere.

consecuencias: las consecuencias de la no comunicación, por estudios que se han hecho, conlleva a un aislamiento, a una exclusión social que cada vez lo vuelve más ermitaño, o lo que es peor, lo lleva a la muerte.

propuesta: fomentar la comunicación en talleres de intercambio cultural para la 3ra edad, sea en literatura, teatro, música, pintura, etc.

Que haya una convocatoria masiva de parte de la gente joven, quienes también se enriquecerán con dichos encuentros.

Violeta Irma Stigliano de D'Alessio
Asociación Civil "Grupo Comunitario Amigos en Acción"
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

D.2. Algunos adultos mayores tienen el hábito de la lectura intacto pero se observan dificultades para sostener los libros y para poder leer la letra aún con anteojos.

causas: la falta de tonicidad de los músculos y la pérdida de la visión.

consecuencias: son de índole psicológica y sociológica. La falta de lectura es un elemento negativo que no se coincide con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

propuesta: diseñar un atril con lupa, luz y fácil de plegar, que pueda ser adosado a la silla de ruedas para aquellos que la utilizan, o a la mesa y sillones.

Laura C. Arce
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

D.3. Dificultad y muchas veces imposibilidad de leer la escritura de diarios y revistas como así también de la televisión.



causas: la modalidad cada vez más difundida de escribir con tintas de diversos colores sobre fondos de la misma característica sin lograr que la escritura resulte fácilmente legible.

consecuencias: dificultad o bien imposibilidad de lectura para los que no gozan de muy buena vista.

propuesta: escribir negro sobre blanco o utilizar colores que resulten legibles con facilidad.

Alfredo Fraga y esposa
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

D.4. Buscar la forma que diarios y revistas usen colores que permitan mayor visibilidad (que tengan contraste) Dificultad de audición cuando hay varias personas mirando lo mismo.

propuesta: subtítular las películas para no tener que subir el volumen.

María Natali - Roberto Oram - Elena García - Jorge Loventi
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

D.5. El encuadre de las letras en la televisión y la duración de las leyendas.

causas: las leyendas que traducen películas o a personas extranjeras, rara vez se pueden leer por color, tamaño o rápido cambio.

consecuencias: no se puede llegar a un total entendimiento si se lee la mitad de las leyendas.

propuesta: letras más grandes, más tiempo en pantalla.

Haydé Rosalía Formica
Grupo de Amigas de Tercera Edad
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

D.6. Falta de receptores "para subtítulos en televisión".

causas: inclusión en la información.

consecuencias: la no inserción social - peleas en grupo familiar por exeso de volumen del televisor o el aislamiento o falta de comunicación.

propuesta: inclusión de la conversión en T.V. (común) de un conversor por barrido horizontal en recepción de titulado u otro sistema afín.

Esteban C. Flores
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

D.7. Se detectan dificultades en personas de la tercera edad, para leer y realizar recetas de cocina.

causas: cuando se entra en la tercera edad se va dando, por un proceso natural y progresivo, un deterioro físico y psíquico, por lo tanto, suelen aparecer trastornos motores, visuales, auditivos, etc. de variada intensidad.

consecuencias: esta situación genera dificultades tales como la imposibilidad de ver letras



pequeñas de un libro, vasos medidores, etc. Escaso manejo y coordinación de la motricidad, etc.

propuesta: un recetario desarrollado dentro de los parámetros del Diseño universal, con la particularidad de que las recetas tienen una estructura gráfica simple. Presentan texto acotado con letras de mayor tamaño y dibujos que ilustran y facilitan la comprensión de cada paso a seguir. Se incluyen medidas universales y pautas de seguridad que tienen en cuenta dificultades propias de la edad.

Promueve la integración de todos los miembros de la familia en el ámbito Cocina. A través de recetas simples, de fácil preparación, contemplando la movilidad reducida y las pautas de seguridad.

Silvia Ana Winer - Estela Caponi - Flavia Rondina - Anabella Rondina - Carolina Buceta - Paula Baldovino
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

D.8. Carencia de información específica en lugares públicos para orientar debidamente a las personas mayores, sobre los medios de transporte, trámites, hospitales, correos, asistencia inmediata para cualquier urgencia en la vía pública.

causas: no existen lugares fácilmente identificables donde recurrir en caso de una necesidad.

consecuencias: es común recurrir a la policía, pero ésta no está debidamente entrenada para asistir este tipo de problemas, o a las iglesias, o a la solidaridad pública por estos inconvenientes.

propuesta: la creación de Centros de Asistencia Rápida para Adultos Mayores "C.A.R.P.A.M" que evacuen rápidamente estos problemas. Lugares de fácil ubicación, que puedan ser gavetas en la vía pública, avenidas, etc, atendidos por persona idóneas.

Enrique Raúl Tello
Complejo Hogar M. Rodríguez - Viamonte
Ituzaingó - Buenos Aires

D.9. Es un problema recurrente que los adultos mayores no suelen escuchar el timbre de la puerta de calle ni el del teléfono

causas: los adultos mayores van perdiendo su audición y no todos tienen acceso a un audífono o éste no resuelve su problema auditivo.

consecuencias: no escuchan el timbre en caso de avisos o emergencias en edificios, tampoco el teléfono si están lejos de él. No sólo en emergencias sino en lo cotidiano cuando un familiar desde su trabajo quiere saber como se encuentra, o bien debe recibir una correspondencia en mano, etc.

propuesta: crear teléfonos o timbres con efectos luminosos, es decir con alguna señal visual llamativa que se prenda cuando suena el teléfono, y lo mismo en el caso del timbre de la puerta de calle.

Elba Liliana Arenaz
Ciudad Autónoma de Buenos Aires



D.10. Falta de información en los adultos mayores.

propuesta: información en los medios de comunicación sobre temas que sean de interés para ellos.

Yopolo - Romero - Fernandez - Centeno
Centro de Jubilados y Pensionados "Esmeralda Sud"
San Antonio de Padua - Buenos Aires

D.11. Información en áreas públicas.

causas: imposibilidad de comunicarse con los organismos públicos. ANSES, PAMI.
consecuencias: no es posible iniciar trámites en el tiempo que corresponde.

propuesta: que las instituciones tomen las medidas pertinentes para recibir y contestar los llamados, o coloquen centros de atención en la vía pública.

Amor del C. Spinelli
Centro Social y Cultural "Aquí Amanece"
Martínez - Buenos Aires

salud**E.1. La falta de productos/servicios que satisfagan las necesidades físicas y psíquicas de las personas que sufren incontinencia, y también de quienes las asisten.**

causas: la incontinencia provoca (entre otros): alteraciones en la piel (escaras), molestias por la humedad constante, mal olor, recarga en el área económica.
consecuencias: trabajo continuo para la persona que lo sufre o quien asiste a la misma. Trastornos en el descanso (irritación). Soledad ya que la persona se aísla por sentirse incómoda, y el entorno la aísla por el asco que provoca el mal olor. Económica, por el costo de los apósitos.

Mariano Segundo - Marisa Mazzari
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

E.2. El gobierno de la ciudad tiene camión rodante sanitario que va por los barrios para atención de mamografía, papanicolao y calcoscopia. No hay difusión del servicio.

causas: va sin ninguna promoción ni programa de divulgación. Cuando uno se entera ya no hay turnos, se va o termina el programa de asistencia.
consecuencias: tener que viajar muy temprano a sacar turnos al hospital, cuando sería más conveniente atenderse en el camión sanitario.

propuesta: campaña de difusión con calendario de días y lugares donde se puede encontrar el servicio.

Hermitas L. Fernandez
Voluntarios de Salud para Adultos Mayores - Hospital Santojanni
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

**E.3. Ventanillas especiales en hospitales y clínicas con exclusividad para personas mayores.**

causas: las personas mayores generalmente no podemos estar mucho tiempo parados ya que nos acosiona calambres y fuertes dolores en las piernas y columna.
consecuencias: madrugones inhumanos para estar en las "colas" a las 5 de la mañana porque se acaban los números.

propuesta: una de las soluciones sería poder pedir los turnos por teléfono, pero algunas instituciones lo hicieron y es imposible comunicarse, además no todos pueden hablar. Otra sería poner ventanillas en cantidad suficiente y exclusivas para personas mayores.

Haydeé Rosalia Formica
Grupo de Amigas de Tercera Edad
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

convivencia**F.1. El problema que padecen las personas de la tercera edad es el olvido y la discriminación.**

causas: falta de elementos primordiales como rampas, pasamanos, semáforos, remarcar sendas peatonales.
consecuencias: deterioro de la calidad de vida.

propuesta: inversión en lo planteado anteriormente.

Hogar de Día N° 10 "Jóvenes Mayores"
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

F.2. El problema que yo veo es que los de la tercera edad somos una molestia hasta para la propia familia, de la cual se reciben agresiones tanto físicas como verbales. Muchas veces somos depositados en geriátricos sin importarles a nuestros propios hijos la atención que recibimos.

causas: la causa que provoca este desinterés hacia la tercera edad, es el ritmo de vida que se lleva. La carencia de paciencia hacia el otro, no comprender las necesidades de los abuelos, no tomar conciencia que todos llegarán algún día a la tercera edad.
consecuencias: esto hace que halla tantos abuelos que vivimos solos, sin una compañía para ir al médico o realizar un trámite. Esto provoca también gran parte de los accidentes domésticos y callejeros ya que todas las tareas las debemos realizar solos.

propuesta: educar desde la niñez, en los hogares y las escuelas el respeto hacia los abuelos, tomando conciencia que los abuelos somos la base de la familia.

Delia Beatriz Parrachini
Centro N° 19
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

F.3. Los problemas que a menudo se ven son: la soledad que sufren, el poco contacto con la familia, el abandono. La tristeza es evidente, les trae enfermedades físicas y psíquicas.

propuesta: la comunicación es importante nos hace sociables. Los hogares de día son una buena obra del gobierno de la ciudad.

Nelly Elva Delgado
Hogar de Día N° 19
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

F.4. El problema que he detectado es la falta de acercamiento de la familia.

causas: la posible causa que provoca dicho problema es la falta de tiempo de la familia que nos rodea por ser de tercera edad, porque la gente joven no comprende la necesidad de la tercera edad, porque los jóvenes no piensan que un día les va a tocar ser viejos.

consecuencias: los abuelos que viven solos, no tienen quien los acompañe al médico o a hacer algún trámite que necesiten y a veces provoca accidentes domésticos o en la calle por realizar las tareas solos.

Ethel Nidia Maciel
Hogar de Día N° 19
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

F.5. La falta de participación y en consecuencia, de integración de diversos grupos etarios primarios (familiares) y secundarios (amistades, compañeros de juegos, estudios, tareas, actividades turísticas) dentro de las O.N.G.s que nuclean a jubilados y pensionados, como lo son las asociaciones civiles que se construyen con la finalidad de proporcionar contención y comunicación interpersonal, etc., a miembros de la tercera edad.

causas: en la etiología de tal problemática participan diversas agencias y agentes, pero a mi criterio y tras largos años de presidir O.N.G.s comunitarias, las causas podrían tipológicamente clasificarse en las siguientes categorías:

A) Causas formales: el estatuto social o carta orgánica que regula la constitución de los centros de jubilados y pensionados, se encarga directamente, per se, de disgregar al asociado de su núcleo familiar y de la interacción con familiares de otros miembros de la institución, ya que para afiliarse a los mismos como miembro "activo" o bien, ser parte de sus órganos de administración social o fiscalizadores, se debe tener como mínimo 60 años y ser jubilado o pensionado, lo que imposibilita que los hijos, sobrinos o nietos del asociado sean parte de estas, quedando excluidos de intervenir o bien de interesarse por acompañar a sus mayores, en la realización de actividades sociales en común, ya que es un hecho irrefutable, que en general, nadie se acerca allí donde no puede participar con igual derecho de los distintos estamentos organizacionales.

B) Causas sociales: la sociedad actual, consciente o inconsciente, atenta contra la integración del adulto-mayor en el núcleo decisorio familiar, ya que cada integrante del mismo, realiza actividades pseudo-correspondientes a un grupo etario determinado y las mismas no se tocan, no entran en contacto, porque se piensa que no pueden o deben compartirse.

Además, en un mundo tan competitivo como el presente, se tiende a desvalorizar el rico aporte que puede provenir de aquel que tiene una interesante experiencia de vida (ya que toda lo es) y que a través de los canales de comunicación, espacios y tareas en conjunto adecuadas, pueden redundar en un gran beneficio, en una valiosa interacción que consolide al grupo familiar todo. Tal vez, el conflicto más importante que puede observarse nacería de la aparente dicotomía entre: "generatividad" (propia de los jóvenes y adultos) versus "la experiencia" de los adultos



mayores (que es estimada como disvaliosa por no adecuarse a los cánones actuales de comportamiento o a la axiología coyuntural, creyéndose que la tercera edad ya no puede o debe producir, y que si lo hace, esto incomoda).

C) Causas materiales: que pueden subdividirse en:

C.1. Propias del asociado: la falta de recursos económicos, dado el elevado índice de pobreza existente en nuestro país, como para trasladarse hasta los centros de jubilados y pensionados y/ o asistir a cursos, comprar materiales de trabajo, realizar actividades recreativas o culturales, etc.

C.2. Propias de las O.N.G.s: que necesita de recursos exógenos para subsistir como entidad del tercer sector, que debe tener una sede social donde realizar sus actividades y fondos para solventar sus proyectos, recibiendo del estado los subsidios correspondientes, de un estado que hace largas décadas que no provee y que se desentiende de los *requerimientos sociales* y *donde las jubilaciones y pensiones han sido las variables de ajuste y las O.N.G.s, criaturas huérfanas*, libradas a su propia suerte o a sus magros recursos endógenos.

consecuencias: las consecuencias son diversas y en su amplitud significativa, lamentables. Paso ut-infra a enumerar taxonómicamente dos de ellas:

A) Polarización del grupo familiar: los niños, los jóvenes, los adultos y los mayores parecerían vivir en islas actitudinales o sociovalorativas absolutamente incomunicadas y difícilmente conectables, según los intereses propios de cada uno de estos sectores, los que aparentemente serían incompatibles con los del otro, o bien emerge una "desmotivación" como para intentar tender puentes entre cada insula.

B) La falta de integración del adulto mayor en forma plena en organizaciones de acción comunitaria, ya que se ve "condenado" estatutariamente a solo interrelacionarse con gente de su edad o mayores, donde falta el soporte indispensable de la savia joven que confluya junto con la savia añosa; y si bien los pares tienden a estar con sus pares, esta situación cuando es forzosa, produce ansiedad, angustia, soledad, incomprensión, etc.

Por otra parte, el niño, el adolescente, el joven, el adulto y el adulto-mayor tienen una gran necesidad latente de estar juntos y de generar una sana interdependencia amorosa, a la que no debe renunciarse.

Santa Adelina Orlando
Asociación Civil "Grupo Comunitario Amigos en Acción"
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

F.6. Falta de comunicación. Dificultad en la interrelación. Necesidad de unión y armonía.

causas: distanciamiento, poca participación, falta de colaboración, falta de integración, individualismo.

consecuencias: discusiones, altercados, suspicacia, falta de amor al prójimo, agresión.

propuesta: trabajo en conjunto, armonía, amor al prójimo, humanizar la tarea y las relaciones.

A.JU.R.PE - Filial Comodoro Rivadavia -Comisión Directiva
Asociación de Jubilados, Retirados y Pensionados del Chubut
Comodoro Rivadavia - Chubut



Nuevas Tecnologías y Adultos Mayores Uso, Concepciones y Valores de los objetos tecnológicos

Ramón Adolfo Flores

La investigación "Comunicación, Nuevas Tecnologías y Vejez" tiene como eje central indagar el uso de las nuevas tecnologías en comunicación (NTC) por parte de los adultos mayores.

Se trata de un estudio de carácter exploratorio-descriptivo que utiliza métodos cualitativos, mediante la implementación de dos técnicas: a) Historia de vida y b) Entrevista abierta.

La primera permite interpretar el por qué del uso actual por parte del sujeto, mientras que la segunda es una modalidad de indagación que posibilita reconocer lo que el entrevistado prioriza, y su modalidad de construcción de sentido en torno a las nuevas tecnologías (NT).

Estas dos técnicas son implementadas mediante una encuesta con preguntas discriminadas por campos, los cuales permiten conocer no sólo la edad, nivel educativo y continencia social de los entrevistados, sino también las relaciones con las tecnologías: la histórica con las tradicionales y la actual con las NT.

Entre estos campos se interroga también sobre los medios de comunicación, las causas del uso y no uso, el vínculo afectivo con las tecnologías y la posibilidad de proponer soluciones a los problemas de uso si los hubiese.

Luego de la realización de un grupo donde se puso a prueba la encuesta, se comenzó con la tarea de entrevistar a los adultos mayores. El objetivo es realizar alrededor de 25 encuestas.

Esta ponencia presenta los primeros resultados de la indagación sobre la relación entre los sujetos de la mencionada población y las diferentes tecnologías existentes en su entorno. Haciendo especial hincapié en las NTC.

Estos resultados son preliminares e involucran a las primeras diez encuestas realizadas.

LA CONCEPCIÓN DE LA TECNOLOGÍA

El involucrar mediante preguntas a todos los aparatos existentes en el entorno, para luego puntualizar explícitamente en las NTC, responde una hipótesis previa. Esta implica partir del supuesto que la relación con las NTC tiene lugar en el marco de la relación con las tecnologías en general, y responde a la concepción involucrada en esta última.



En "Tres formas de ser-con la tecnología", Carl Mitcham propone destacar de la relación hombre-tecnología tres formas posibles, tres maneras de ser-con la tecnología, rescatando el lugar central que tienen las técnicas en el análisis de Heidegger.

En el artículo se desarrollan descripciones histórico-filosóficas, "tres actitudes históricamente situables del hombre respecto a la tecnología:

1. El escepticismo antiguo, que torna a toda la tecnología sospechosa.
2. El optimismo ilustrado, que promueve a la tecnología como quintaesencia del progreso y el conocimiento.
3. El desasosiego romántico, que promueve una actitud ambigua con la tecnología ya que si bien es un aspecto de la creatividad humana termina debilitando los lazos de afecto sociales".

Cuando se interroga a los adultos mayores respecto a la comparación entre los aparatos actuales y los de "antes", surge una concepción sobre la tecnología que remite al optimismo ilustrado.

La tecnología es relacionada explícita o implícitamente al progreso y al conocimiento.

El progreso está implícito en la evaluación de los aparatos actuales, que "son mejores y más completos", que tienen más funciones: antes la licuadora y ahora la procesadora, ejemplifican. Que son técnicamente "superiores", pues "la técnica era distinta".

Pero también está explícito en esos mismos aparatos que son "más modernos".

En definitiva, "es mucho más útil para el ser humano lo que hay ahora".

Surge entonces el Progreso con mayúsculas: "antes todo era más primitivo", ahora "todo va mejor".

LA RELACIÓN CON LA TECNOLOGÍA

El objetivo general de la investigación es determinar las razones por las cuales los adultos mayores, según su propia perspectiva, se ven negados o limitados en el uso de las nuevas tecnologías en comunicación.

El uso de las tecnologías es el eje sobre el cual se interroga la relación con la tecnología, por lo que se propone transformarlo en un "eje semántico" desde el cual analizar al discurso de los entrevistados, pues lo que interesa es el uso o el no uso de las nuevas tecnologías.



El objetivo general de la investigación encuentra así en el cuadrado semiótico greimasiano una herramienta apta para su concreción.

- El cuadrado semiótico.

Al ser posible definir cualquier objeto semiótico según el modo de su producción, los componentes que intervienen en ese proceso se articulan entre sí según un "recorrido" que va desde lo más simple a lo más complejo, de lo más abstracto a lo más concreto. Es decir desde un nivel profundo hacia uno superficial, desde el nivel semiótico hacia el nivel discursivo.

Es en el nivel fundamental donde se debe situar al cuadrado semiótico.

Esta herramienta de análisis discursivo es un modelo estático y dinámico a la vez: está hecho de posiciones, puramente diferenciales, y de recorridos.

El modelo se construye con dos operaciones (negación y aserción) y con tres relaciones que determinan las cuatro posiciones interdefinidas (contrariedad, contradicción y complementariedad). El punto de partida es una relación cualitativa, de contrariedad, entre dos posiciones de sentido donde cada una de ellas presupone a la otra, por lo que se forma un "eje semántico" entre ambas.

- El cuadrado semiótico del uso.

El uso de las tecnologías es el "eje semántico" sobre el cual se indagará el uso y el no uso de ellas. Esto implica tomar los dos términos en su relación de presuposición mutua, de contrariedad y por lo tanto como opuestos.

La posibilidad de uso presupone la posición contraria: la posibilidad de no uso.

Pero el cuadrado tiene como otra relación básica a la de contradicción, surge entonces las posibilidades de negar al uso y al no uso.

La afirmación de estas posibilidades implica realizar una operación de aserción, y por lo tanto habilita el pasaje a las posiciones originarias de uso y no uso de las nuevas tecnologías. Se conforma así el cuadrado semiótico que intenta dar cuenta de las posiciones diferenciales respecto al uso de las nuevas tecnologías.

Este cuadrado será la herramienta que nos permitirá abordar el conjunto de discursos particulares acerca del uso de NTC.



/ USO / Utilidad Evitar esfuerzo	/ NO USO / Dificultad No necesidad
/ NO USO / Saber	/ USO / Edad Afecto negativo
Relación de Contrariedad. Relación de Contradicción. Relación de Complementariedad	

Estos son algunos fragmentos del discurso general de los entrevistados, que manifiestan en superficie las posiciones de sentido del cuadrado del uso antes descrito.

1 - / USO / P Utilidad. Evita esfuerzos.

Luego de la enumeración de los aparatos que existen en su hogar, y ante la pregunta de si todos son utilizados, una entrevistada que vive con la familia de su hija dice que "a la mayoría, todos los utilizamos". Y legitima su uso porque todos son "útiles, todo útil", y respecto al secarropas dice que "es una tecnología divina".

Otra respuesta respecto al uso de un aparato, lo pone en relación al esfuerzo que evita: "El lavarropas es lo principal, que no se tiene que cinchar como antes que lavábamos las colchas."

2 - / NO USO / P Dificultad. No necesidad.

El no uso de las NTC se especifica mediante la dificultad de manipulación del aparato: "el televisor ya tiene como 25 años o 20 y tiene botones fáciles. Y el lavarropas también es muy fácil: se enchufa y se prende como si fuera una luz y funciona. Así que yo no tengo lavarropas moderno, moderno. Tengo un lavarropas que es antiguo".

Ante la pregunta respecto al interés sobre la computadora, una adulta mayor contesta: "no la necesito en este momento. Si tuviera que trabajar, sí. Pero como no tengo que trabajar, yo me animo a aprender todo".

3 - / NO USO / P El saber.

Luego de afirmar que todos los aparatos que tiene en su casa los usa, una entrevistada reconoce: "si no lo conozco no lo uso. Ahora cuando aprendí, sí. Pero aprendo sobre la marcha. Te doy un ejemplo: el compact, hay que saber qué tocar."

Otra dice que le cuesta grabar en la videocassettera, cuando se la interroga si le parece que esos aparatos "están hechos para los jóvenes" opina que "puede ser, pero sabés qué? Lo que no sabemos es porque no nos interesa."



4 - / USO / P Afecto Negativo. Edad.

La madre comenta sobre la hija: "Ella tiene microondas que calienta, yo soy enemiga, no me gusta nada de lo que sea eso. Yo, me gusta cocinarme ahí, sin usar nada de esas cosas".

Negarse a usar también está en relación a la edad: "Siempre les pido a la gente joven o de mediana edad que hagan los cursos porque es importante. Yo a veces me siento mal porque no entiendo lo que se dice nada de computación. Pero también pienso 'no estoy en edad de iniciar un curso'."

Respecto a los aparatos actuales existe una opinión generalizada: "serán los mejores, pero no para mí. Me parece que ya, el tiempo mío ya... ha pasado, mi época. Es más para la juventud".

Del análisis del corpus formado por las entrevistas, se desprende entonces que:

- El uso de una NT se relaciona con la utilidad y el esfuerzo que puede evitar.
- El no uso, a su vez, con la dificultad de empleo y la no "necesidad" para hacerlo.
- El saber se presenta como la forma de negar el no uso, existente entre los adultos mayores, de las nuevas tecnologías de comunicación.
- Sin embargo, la negación del uso se legitima por "la edad".

EL VALOR DE LA TECNOLOGÍA

Las NTC son indicios del estado de la civilización para los ancianos entrevistados.

Su concepción de las tecnologías desde el optimismo ilustrado las enarbola como quintaesencia del progreso científico, el cual a su vez determina el avance de la técnica. Los objetos tecnológicos son el símbolo del Progreso social.

Un progreso social vivido como imparable: "la ciencia no tiene quien la detenga en su avance, quien la pueda frenar."

Esta valorización de la tecnología abre entonces la posibilidad de indagar la relación con la tecnología desde los valores que la atraviesan y dan forma.

Jean Baudrillard propone cuatro tipos de valor en la sociedad: valor de uso, valor de cambio, valor signo y valor símbolo. Estos pueden ser referidos a los objetos, los cuales pueden así ser valorados desde su materialidad o significación.

El valor de uso esta en relación a la funcionalidad.

Tanto para el uso como el no uso, los adultos mayores valorizan las NT por su utilidad, su



necesidad, porque evitan esfuerzos o son difíciles de usar. Estos términos descubren la lógica funcional del valor de uso. Pues el uso funcional del objeto pasa por su estructura técnica y su manipulación práctica ("los botones").

El valor simbólico pone de manifiesto el vínculo afectivo del sujeto.

El regalo pone en escena el intercambio simbólico del don. El objeto entonces remite a la relación entre sujetos, es investido de la pasión, del recuerdo. Es el sentimiento el que retiene junto a un objeto.

Cuales aparatos le parece a Ud. que son mejores, los de ahora o los de antes?, inquiriere el entrevistador. La respuesta no se hace esperar: "La radio. Para mí siguió siendo la radio. Veo la radio de mamá y veo ya ahora después la radio cuando me regaló un hermano, cuando me casé y siguieron otras radios".

Pero también el aparato tecnológico tiene valor de signo.

El objeto no remite ya a su propia funcionalidad ni al sujeto que lo posee, sino que remite a otros objetos.

Un tercio de los entrevistados, ante la situación de valorar diferencialmente los aparatos actuales respecto a los anteriores, respondió simplemente "la radio". Los actuales "serán los mejores pero no para mí. . . Es más para la juventud" fue una de las respuestas. Se está en presencia del valor que articula la negación al uso: "la edad". Pero este término descubre algo más que una relación subjetiva con un objeto particular, se descubre la función de distinción social que se articula en torno al mismo.

Ante la interrogación acerca del uso real o potencial de la computadora, gran parte de los adultos mayores decían que no la necesitaban. Pero los que sí la necesitan son los jóvenes y los que trabajan.

La computadora se relaciona con la radio, los aparatos "antiguos" remiten a los "modernos": las tecnologías tradicionales y las NT forman un sistema. Y es en ese sistema donde el objeto tecnológico adquiere significación.

La posibilidad de utilización de toda tecnología se cruza así con la de ser poseída.

La apropiación del objeto implica una función distintiva que se inscribe o desemboca en una función discriminante: cada sujeto social tiene legitimidad de apropiación y uso sobre ciertos objetos tecnológicos.



Prevención de accidentes en el hogar

Fuente: Miterceraedad.com

Fecha: 14/12/2000

PARA EVITAR CAÍDAS SE ACONSEJA

- Si tiene pisos de baldosa o cerámicos, evite encerarlos.
- Si tiene piso de alfombra, asegúrese que esté bien fija y no tenga pliegues.
- No use calzados con suelas deslizantes, evite en lo posible el uso de calzado suelto (chinelas, etc).
- Mantenga buena iluminación en todos los ambientes de su casa, deje una luz testigo en el camino al baño.
- Evite colocar cosas elevadas en armarios, pues el uso de escaleras o bancos para buscarlos es peligroso.
- En el baño, use alfombra antideslizante para salir de la ducha y coloque agarraderas en la misma, así como en bidet e inodoro.
- Si tiene escaleras, coloque pasamanos a ambos lados a 90 cm del piso y asegúrese su iluminación.
- No se levante bruscamente de la cama, siéntese al borde de la misma por un minuto y evitará una caída de su tensión arterial con el consiguiente mareo y caída.
- No dejar cables sueltos en el área de circulación, evitar el uso de prolongadores.
- Si nota problemas en su estabilidad consulte a su médico, mientras tanto use un bastón para desplazarse.
- Tenga una linterna con pilas en buen funcionamiento a mano, para casos de corte de luz imprevistos.
- Si vive en un edificio de departamentos de varios pisos, ante un caso de corte de corriente circule siempre por la derecha de las escaleras tomándose del pasamanos y bajando los escalones uno por uno, de esa manera detectará más fácilmente los descansos.

PARA EVITAR INCENDIOS SE ACONSEJA

- No recargar los tomacorrientes con varios artefactos, pues pueden producir recalentamiento. No use prolongadores.



- Evitar las estufas eléctricas de resistencia o cuarzo, son aconsejables los radiadores de aceite entre las eléctricas.
- Evitar el uso de estufas a gas con llama abierta (infrarrojos), son aconsejables las de tiro balanceado.
- Nunca acerque a su cama las estufas, en lo posible alejarlas a más de 1,20 metros.
- No coloque prendas a secar sobre ningún tipo de estufa.
- No use braseros para caleccionarse, especialmente durante la noche.
- No deje prendidos ventiladores o turbocirculadores con carcasa de plástico durante la noche o durante muchas horas, su recalentamiento puede provocar fuego.
- Cuando está cocinando use ropa de mangas cortas o arremánguese, evitará que accidentalmente tome fuego su ropa.
- Tenga precaución en el uso de elementos plásticos o de madera cerca del artefacto de cocina.
- Nunca fume en la cama, el cigarrillo es una de las principales causas de incendio en los dormitorios.
- No fume en un sillón si tiene sueño o tomó sedantes para dormir.
- Evite dejar al alcance de los niños elementos que puedan producir fuego como fósforos o encendedores.
- Antes de tirar el cigarrillo asegúrese que esté completamente apagado, lo mismo controle el cenicero al vaciarlo.
- Evite el uso de ceniceros en sillones de tela y en sus apoyabrazos.
- Para dormir use vestimenta cómoda y que pueda quitarse fácilmente (abierta adelante), si es posible que sea de seda, lana, poliéster o nylon en un 100%, ya que son de combustión más difícil.
- No almacene productos combustibles en su hogar, como solvente, aguarrás, bencina, kerosene, etc.
- Si está a su alcance coloque detectores de humo en todos los ambientes, funcionan a batería y son económicos, debe tener la precaución de chequear su funcionamiento cada 2 o 3 meses y reemplazar la batería una vez por año.
- Si vive en una casa es importante poseer un extinguidor apto para las 3 clases de fuego (A, B y C), si vive en un departamento asegúrese de conocer el lugar donde está el extinguidor más cercano. Lea las instrucciones para el uso de los mismos apenas lea estas recomendaciones, así estará familiarizado con su uso.
- Asegúrese que todos los que conviven en su domicilio lean estas medidas, además coménteselas a sus nietos cuando lo visitan.



escribe

Arq. Eduardo Frank

Especialista en Planeamiento del Recurso Físico en Salud, F.A.D.U., Universidad de Buenos Aires.
Diseño y Planificación para el Hábitat de la Tercera Edad. U.B.A.

Autor del libro: "Vejez, arquitectura y sociedad"

La finalidad de este trabajo es la concreción de un Plan Maestro del Hábitat para la Tercera Edad, que desarrolle una red de infraestructura de recursos físicos con el fin de unificar las acciones en curso y que incorpore las respuestas a las nuevas demandas a través de intervenciones arquitectónicas.

Cuando hablamos del Hábitat para la Tercera Edad estamos enunciando todos los espacios que van a ser utilizados por el adulto mayor, esto es espacios públicos y privados, que garanticen la satisfacción de las necesidades elementales de vivienda, salud, alimentación e integración social y productiva. Entre 1950 y 2050, en Argentina, la población mayor de 60 se incrementará en un 16,16% y la población menor a los 20 años va a decrecer un 13,42%. En los últimos 100 años en nuestro país mientras la población creció 16 veces, la población mayor de 60 creció 49 veces y la mayor de 75, 53 veces. Hoy la Argentina tiene una población de 4.920.000 personas mayores de 60, de esta franja 1.400.000 tiene 75 años. El 80% de esta franja etárea vive en zonas urbanas. Actualmente el 14% de toda la población mayor de 60 vive en la ciudad de Buenos Aires y representa un 21% de su población total. Las expectativas de vida en nuestro país es hoy de 72 años, similar a la de los países desarrollados, y en los próximos 25 años se espera que llegue a los 77,5 años.

La arquitectura para la tercera edad genera la necesidad de repensar el rol del arquitecto, en un nuevo rol pedagógico y de ubicación en el lugar de la vida del "OTRO", ubicándose dentro de un criterio sistémico de "HÁBITAT UNIVERSAL" como entorno receptor del envejecimiento, diseñando nuevas alternativas a la institucionalización. Una recorrida por la arquitectura geriátrica argentina nos revela de inmediato lo que nuestra sociedad piensa con respecto a la vejez. La explosión gris es una realidad tanto en el mundo desarrollado como en nuestro país. Recién últimamente, en nuestro país, el tema de la vejez está empezando a despertar interés en los profesionales del diseño. No se trata de desarrollar una arquitectura ortopédica. Las barreras físicas son solo parte del nudo del tema pero no el todo. Se trata de una concepción filosófica, ética e interdisciplinaria de la arquitectura y del rol profesional. Es necesario no perder de vista que se proyecta para un grupo de personas con necesidades singulares, no son sólo personas con discapacidades. Nadie considera a un niño, a una



embarazada como un discapacitado, son sujetos con necesidades especiales.

Debemos diseñar con las capacidades de cada grupo etáreo, con lo que pueden y no con lo que no pueden.

Prolongación de la vida en la casa propia

La arquitectura para la tercera edad debe pensarse dentro de un sistema evolutivo, desde la prolongación de la vida en la casa propia, pasando por lo que llamamos vivienda protegidas o tutelares, hasta la institución geriátrica. Pero sólo cuando realmente se evalúe necesaria, ya que la vida en una institución puede considerarse como una forma anormal de vida.

Todo este sistema debería estar inserto dentro de una ciudad habitable, provista de una red de servicios racionalmente aprovechados, dentro de un marco económico inteligente.

El Profesor Lic. David Zolotov, de la Universidad de Buenos Aires, ha compilado estadísticas que indican que en 1997, el 80% de los mayores vivían en sus propias casas.

Pero un 32% no contaba con servicios sanitarios (agua, cloacas y condiciones higiénicas), y un 27% no tenía pisos de material, no posee electricidad y vive en condiciones de hacinamiento.

La inversión de la proporción entre población productiva y pasiva tendría que preocupar a la sociedad toda, estimulando nuevas teorías filosóficas y económicas para todo el sistema de recursos físicos y humanos en gerontología.

Una creciente reducción de la franja de la población productiva que soporta el sistema previsional, crea una situación de virtual quiebra en el sistema.

Hace cuarenta años, América Latina tenía un promedio de 10 a 15 trabajadores por cada jubilado. Hoy el la relación es de 5 a 1, pero en la Argentina la relación es de 2 a 1.

Es por este motivo que la adaptación de las viviendas junto con las alternativas de las viviendas tutelares, siguen siendo una de las formas más económicas en cuanto al hábitat para las personas mayores.

Los arquitectos, que trabajamos en el tema, debemos tomar conciencia que estamos dentro del marco de la salud, de prevención de la salud, con todo lo que implica la prevención como importante aporte para la racionalización los recursos económicos destinados a tal fin.

Podríamos decir que estamos hablando de un "hábitat preventivo".

Desprenderse de la casa donde uno tejió su historia siempre es traumático. Las viviendas pueden ir adaptándose a los cambios que exige el envejecimiento para no convertir el hábitat en un entorno ortopédico innecesario.

Estas pequeñas y graduales adaptaciones son previstas y por lo tanto siempre más económicas. Cuando el anciano todavía puede vivir solo, tanto para él, como para el Estado, siempre es más económico la adaptación de su propio hábitat, que la institucionalización.

Las modificaciones de la casa propia, que contemplen sensaciones de seguridad, movilidad y autovalía, reforzarán sin duda, la vitalidad, la dignidad y los sentimientos afirmativos de "PODER".

Se trata de evitarle el sufrimiento de desarraigo, de una vida reglada, permitiendo que las huellas de su historia lo acompañen hasta se haga inevitable la internación.

Viviendas tutelares

Como alternativa a una internación prematura surgen las viviendas tutelares, todavía no desarrolladas en nuestro país.

Tipología que debería investigarse y adaptarse a la cultura de nuestro país como otra de las alternativas para racionalizar los recursos económicos del Estado.



Hago hincapié en que no son tuteladas sino "tutelares", porque en esta situación es el entorno espacial que protege al anciano y no el humano, de esta manera se refuerza la racionalización de los recursos.

Se trata de un grupo de viviendas especialmente diseñadas como para recibir todo el equipamiento asistencial necesario, de forma tal que, el anciano sienta que cuando cierra la puerta está habitando su propia casa. Estas viviendas tutelares están soportadas por un grupo de servicios compuestos básicamente por cuatro áreas: una de mantenimiento y seguridad, una de abastecimiento, otra de servicios paramédicos u una serie de espacios comunitarios para producir, mejorar y estimular la socialización.

Este sistema de servicios también podría abastecer la atención domiciliar del barrio, aprovechando económicamente estos recursos.

Se hace necesaria la investigación de estos modelos que vienen de los países desarrollados y el estudio de las posibles adaptaciones para la idiosincrasia de nuestro país.

El ruinoso estado de la ancianidad en la Argentina, en parte, responde a una enorme desinformación y a un profundo desinterés en torno de estas variables alternativas al modelo institucional geriátrico. En 1999, como primer paso hacia la concientización sobre la importancia de estos temas, el Legislador Dr. Agustín Zbar, diputado de la Ciudad de Buenos Aires, ha presentado, con mi asesoramiento, el primer proyecto de Ley para la creación de Centros Multifuncionales para la Tercera Edad que comprenden tres modalidades de uso: vivienda, centros de día y coordinación de atención domiciliar.

LA SITUACION NECESARIA

En Argentina hay un número de grandes instituciones que pertenecen a comunidades o al

estado. En 1991, de acuerdo con estudios del Lic. Zolotov, 43.000 personas mayores vivían en hogares geriátricos, 12.000 en la ciudad de Buenos Aires, 17.000 en la provincia de Buenos Aires y el resto en el interior del país. La mayoría de estos geriátricos son edificios viejos en malas condiciones y con falta de criterio gerontológico.

Sería ingenuo negar la necesidad de las instituciones geriátricas y también torpe su uso indiscriminado sin pensar en las alternativas anteriores ya descriptas. La arquitectura institucional, en nuestro país, viene teñida de conceptos históricos provenientes de los primeros asilos que surgen en Europa del siglo XI, respondiendo a un modelo de control, orden y segregación.

Aunque aparentemente contradictorio, los arquitectos, debemos por todos los medios, tratar de borrar de los proyectos toda imagen de institucionalización.

Por ejemplo el pasillo puede ser concebido no solo como un mero y aséptico vehículo para la circulación. Aún sin dejar de cumplir con esa finalidad, puede dotárselo de "accidentes geográficos", esa larga y confusa cinta en espejo puede estar irregularmente cortada por calas, bahías, entendidas como zonas de descanso, comedores, espacios para desarrollar actividades dirigidas o espacios para favorecer la socialización de los habitantes, asemejándolo a una calle de una ciudad, con vida propia y alejándolo a lo que el antropólogo Marc Augé ha llamado los "no-lugares" espacios de suspensión de experiencias.

Debemos pensar en un modelo abierto, participativo y poner énfasis en el cuidado y protección del anciano que necesariamente atraviesa una situación de internación temporaria o permanente.

La arquitectura institucional debe posibilitar las necesidades singulares de sujetos singulares.



LA PREGUNTA POR EL OTRO

Si la casa, representa un espacio que compromete una biografía, la memoria y el relato de una vida, la ciudad, quizá de un modo más manifiesto, también está incluida en la filosofía del diseño para las personas mayores. El pasaje de la intimidad protegidas, a la social, de la domesticidad al lugar público equivale al pasaje de la casa a la forma ciudad.

La arquitectura para los mayores no termina en una correcta verificación de que se cumplan un conjunto de normas físicas, espaciales, de circulación, ventilación, etc. Supone una respuesta a una pregunta que no sólo es aplicable a esta temática.

¿Se diseña verdaderamente a partir de la responsabilidad moral de respetar el lugar donde "OTRO" va a vivir?

Habría que preguntarse si los espacios arquitectónicos asisten a la prolongación de la vida de aquellas personas con necesidades especiales, o por el contrario las recluye en su dependencia.

Es función de los arquitectos devolverle al espacio habitable la dimensión de un campo singular, tan singular como el ser humano. Esta pregunta incluye al "otro" con todas las condiciones físicas y espirituales que irrumpirán en el tiempo, mayores dificultades motrices y una mayor demanda de ayuda correlativa con índices decrecientes de autovalía.

La pregunta tiene la voluntad de descifrar y acompañar al anciano.

Se trata ni más ni menos de brindarle un espacio que lo contenga, lo comprenda y proteja.

Es en las situaciones donde el "otro" está más desprotegido y más vulnerable, donde el que diseña muestra su capacidad de escucha, de interpretación y de imaginación. Si se entiende esta filosofía de diseño, se entiende que no adhiero a la idea de formular un catálogo exhaustivo de fórmulas y recetas de uso universal, descriptos con abundancia en tratados de diseño sin barreras. El todo es mucho

más que la suma de las partes.

Una vivienda con obstáculos físicos o espirituales, una institución con barreras, una ciudad intransitable, aunque en escalas arquitectónicas diversas son formas análogas de exclusión.

Considerando esto, nuestro objetivo será traducido desde la óptica de nuestra profesión en una respuesta a la comunidad, que se materializará a través de la concreción de hechos arquitectónicos que interpreten las demandas, una red de infraestructura que se incorpore al tejido urbano, pues hacer arquitectura es hacer ciudad y hacer ciudad es planificar para toda la sociedad.

MATERIAL DE APOYO

Vejez, Arquitectura y Sociedad, Eduardo Frank Editorial nobuKo - 2003

PAGINAS RECOMENDADAS

www.portaltercera.com.ar

www.defensoria.org.ar

www.redadultosmayores.com.ar

www.hojasderoca.com.ar

www.desarrollosocial.gov.ar

www.ibv.org

