



**UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA DEL URUGUAY  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL  
TUTORA: TERESA DORNELL**

## **Monografía Final**

**“El abordaje interdisciplinar en la vejez y el  
envejecimiento con riesgo social.”**

*Un estudio de caso en la Cátedra de Geriatría del Hospital  
de Clínicas*

**Estudiante: Alvaro De León**

**Octubre, 2013  
Montevideo, Uruguay**

## INDICE

Introducción.....	4
Justificación.....	5
Objetivo General.....	7
Objetivo Específico.....	7
Planteo del Problema.....	7
Marco Metodológico.....	8
<b>Capítulo Uno: Vejez- Envejecimiento “El Arte de Envejecer”</b>	
1. Conceptualización.....	9
1.2 Dimensiones de la Vejez.....	11
1.3 Ajuste Psicosocial a la Vejez.....	12
1.3.1 Relación Adulto Mayor/ Sistema Social.....	13
1.3.2 Adaptación del individuo a su Vejez.....	14
<b>Capítulo Dos: Gerontología y Geriatria. La destreza de la práctica interdisciplinaria en el campo de la salud.</b>	
2.1 Concepción sobre Gerontología.....	15
2.2 Gerontología vs Geriatria.....	18
2.3 Interdisciplina.....	19
2.4 Intervención Gerontológica.....	22
<b>Capítulo Tres: El riesgo en la vejez y el envejecimiento. Un enfoque protector desde el campo gerontológico.</b>	
3.1 Concepción de Riesgo.....	24
3.2 Factores de Riesgo.....	30
3.3 Concepto de Salud.....	33
3.4 Calidad de Vida.....	34
<b>Capítulo Cuatro: Una experiencia a compartir. La trayectoria de estudiantes de Trabajo Social en la cátedra de Geriatria del Hospital de Clínicas.</b>	
4.1 Contextualización.....	38
4.2 ¿Abordaje integral e interdisciplinario?.....	39
4.3 Rol del Trabajo Social en la Cátedra de Geriatria.....	44
<b>Reflexiones y Desafíos.....</b>	<b>47</b>
Bibliografía.....	50
Anexos.....	55

### **Agradecimientos:**

En primera instancia deseo a través de este expresar mi gratitud a aquellos adultos mayores, viejos, ancianos como se les quiera denominar, que han hecho grande mi vida, que han fortalecido con sus consejos mi crianza. Mi abuelo ha sido también el motor de este estudio poder ver como él a sus 83 años ha llegado con una vitalidad admirable.

Además agradecer a las personas que me impulsaron en esta carrera que me motivaron y estuvieron ahí en los momentos más difíciles pero que también supieron estar en las alegrías.

Claro está a mi familia y mi novia que siempre han estado en esta larga carrera, sustentándome, apoyándome animándome cuando ya me encontraba cansado por las dificultades que también presenta el ámbito universitario. A mi Dios, que me otorgó la fe de poder creer que aunque era casi imposible realizar una carrera universitaria, con esfuerzo y fe todo se puede.

Quiero mencionar además a los profesores que forjaron también lo que he aprendido hasta aquí y aun me han motivado por lo que queda por delante. Referentes de talleres sobre adultos mayores, y salud que me han sido de mucha ayuda.

Culmino agradeciendo a mis compañeros de trabajo que también se han preocupado porque pueda culminar esta etapa tan importante de la carrera para mí, y que me ha marcado en muchos aspectos.

A todos mis más sinceros agradecimientos, Gracia y Paz.



**En los ancianos está la ciencia,  
Y en la larga edad  
la inteligencia.” Job 12:12**

## Introducción

El presente trabajo constituye la monografía final **de grado** de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.

La temática a elección fue: *“El abordaje interdisciplinar en la vejez y el envejecimiento con riesgo social”*. Ya que resultaba oportuno poder indagar como son los abordajes **interdisciplinarios** desde la gerontología en la vejez y también explorar el papel que el Trabajo Social tienen en la reconstrucción del imaginario colectivo sobre lo que es esa etapa **de la vida**.

Por lo tanto el trabajo intentará abordar diferentes miradas sobre esta realidad en tanto el objetivo general será poder explorar **gerontológicamente el abordaje de los riesgos sociales en los** adultos mayores desde los equipos interdisciplinarios.

La principal herramienta metodológica que se utilizará será las fuentes documentales. Se analizarán discursos y conceptos de entrevistas de una investigación que realizaron un grupo de estudiantes de la carrera Licenciatura en Trabajo Social, en el marco de la materia MIPII en el año 2010. Por lo tanto se traerá a colación dicha investigación para poder contrastar cómo son los modos de intervención interdisciplinaria de la cátedra de geriatría.

Además se utilizará la entrevista en profundidad realizada a la referente del Departamento de Servicio Social, que integra la cátedra de geriatría.

**Es así que** el documento se dividirá en cuatro capítulos, el primer capítulo titulado vejez-envejecimiento “el arte de envejecer”. Tratará principalmente sobre las diferentes concepciones que se tienen sobre la vejez, además de colocarlo en paralelo con lo que significa el proceso de envejecimiento. También se hará énfasis en el envejecimiento saludable y activo.

El segundo capítulo refiere a la Gerontología y geriatría; la destreza de la práctica interdisciplinar en el campo de la salud. Se realizará un mapeo general sobre los conceptos de gerontología y geriatría, para poder compararlas y ver sus diferencias. Además servirá como punto de partida para colocar en cuestión el trabajo interdisciplinario como eje del abordaje en los adultos mayores. Culminando con la intervención gerontológica y su implicancia en esta población.

El tercer capítulo hará referencia al enfoque de riesgo, comenzando con la concepción de lo que significa el riesgo, y luego se colocará este como un mecanismo protector de prevenir el daño y el peligro en los adultos mayores. En contraste a esto se colocará los conceptos de salud, como disparador para lograr una calidad de vida adecuada en

el adulto mayor. Para esto se referirá también a la importancia de las necesidades humanas satisfechas en los adultos mayores.

El último capítulo tendrá como principal objetivo recuperar una experiencia en el Hospital de Clínicas y presentar el caso de la cátedra de geriatría. Realizando un recorrido sobre lo que significó la investigación allí realizada por el equipo de estudiantes, y de esta manera indagar cómo era la intervención de la cátedra de geriatría en los adultos mayores internados allí.

Además se colocará el papel de Trabajo Social en la atención con adultos mayores, esto se logrará a través de la entrevista realizada a la referente del Departamento de Servicio Social del Hospital de Clínicas, que además integra la cátedra de geriatría.

Por lo tanto se indagará sobre los mecanismos de intervención gerontológica, sobre el enfoque de riesgo y sobre la importancia de articular las disciplinas como el trabajo social con las demás.

En última instancia se dejarán reflexiones sobre el estudio realizado, dejando constancia de los aportes que este trabajo, concluyendo con los desafíos que de aquí en más se plantean en el abordaje con adultos mayores.

### **Justificación**

A partir de la motivación de un grupo de estudiantes de tercer año de la carrera Trabajo Social, en el 2010. Surgió la experiencia de poder conocer, indagar y explorar una determinada población, que son los *adultos mayores*. Es así que nace una de las prácticas pre-profesionales desarrolladas en la Facultad de Ciencias sociales. En donde se intervino en el nivel hospitalario de salud con adultos mayores y se tuvo la oportunidad de investigar a nivel terciario de salud sobre adultos mayores. Además también a raíz de la práctica pre-profesional del 2011 en donde se intervino a nivel territorial en una asociación de jubilados y pensionistas, queda la preocupación de poder indagar sobre los adultos mayores.

En la práctica desarrollada en el Hospital de Clínicas se realizó una investigación, que intentó abordar diferentes problemáticas: *las redes sociales de los adultos mayores, los factores de riesgo social/psicológicos, la respuesta y mecanismos desarrollados desde la especialidad de la cátedra de geriatría hacia esta población*. Es aquí que nace la interrogante de cómo también es la intervención desarrollada por los profesionales de la salud, pero en la especialidad de geriatría del Hospital de Clínicas.

Además el intento por investigar sobre esta población está dado por un fenómeno de envejecimiento acelerado en Uruguay, "(...) actualmente ubica en el

segundo lugar de América Latina -luego de Cuba- en relación con Uruguay se las tasas de crecimiento bajo y la estructura envejecida de la población.” (Paredes. M, 2010:13) Por lo tanto este proceso de envejecimiento da cuenta de una multiplicidad de procesos que se van dando y que motivan el interés de estudiar esta población, como lo es el acceso a la salud; y sí realmente con este crecimiento abrupto se puede hablar de un bienestar en la vejez.

“Uruguay integra el grupo de países de envejecimiento avanzado junto con Barbados, Cuba, Martinica, y Puerto Rico, con tasas de fecundidad inferiores a 2,1. La tasa de fecundidad de Uruguay cayó por debajo del nivel de remplazo poblacional en el primer quinquenio del siglo actual (...) una población de poco más de 3 millones de habitantes, con bajo crecimiento y un proceso de envejecimiento avanzado.” (Paredes. M, 2010:13)

Se instala en Uruguay a raíz de este crecimiento el debate sobre un sistema de cuidados adecuado a este avance del envejecimiento y se reformula el sistema nacional de salud como un pilar fundamental para poder atender esta población.

“Según la ENHA 2006, el 2% de los hombres mayores de 60 años y el 0.9% de las mujeres de esa edad no poseen ninguna cobertura asistencial en salud. (...) El sistema público asiste al 31.9 % de los hombres y el 32.8% de las mujeres”. (Fassler.C, 2010: 86)

Cuando se habla de un sistema de cuidados para los adultos mayores se está pensando “en el conjunto de acciones que realiza el Estado y que contribuirían a resolver el cuidado de las personas y del hogar que básicamente realizan las mujeres.” (Fassler. C, 2010: 65).

A partir de estos dos pilares el crecimiento del envejecimiento, y la necesidad de un sistema nacional de cuidado, surge como una preocupación mayor, el prestar atención a cómo desde la salud se visualiza al adulto mayor, cuáles son las estrategias y acciones que se desarrollan o desarrollarán a favor de un envejecimiento activo.

Se establece el acceso a la salud como una problemática de épocas anteriores (década del '90), y es a partir de esta situación que se reformula el sistema nacional integrado de salud, dando como resultado un acceso a la seguridad social más amplio tanto para los niños como para los adultos mayores.

“Si bien las consecuencias del envejecimiento en el terreno de la salud y la seguridad de los ingresos están ya muy presentes en los debates de los formuladores de políticas y los planificadores en el mundo desarrollado aún no se reconoce en toda su magnitud la velocidad y el impacto de este fenómeno en las regiones menos desarrolladas.” (OMS, 2003:20). Como se mencionaba se encuentran consecuencias

en el terreno de la salud a partir del crecimiento del envejecimiento, por lo tanto los sistemas de salud, no se adecuan en muchos casos a los cambios que se dan a nivel demográfico, quedando vetas y falencias en la atención, principalmente hacia los adultos mayores. Colocando como favorable el debate que se abre a partir del sistema nacional de cuidados, que apunta a determinar acciones hacia las poblaciones que merecen mayor atención en salud, como lo son los niños y los adultos mayores.

Por lo tanto es a partir de este recorrido entre motivaciones, contexto nacional y mundial, y el grado de incertidumbre que queda hacia la atención en salud, que se ha decidido, explorar esta población, enfocando principalmente en la atención brindada desde la salud, indagar si existe un enfoque de riesgo a la hora de abordar las situaciones complejas que los adultos mayores presentan, observar el campo gerontológico en la salud, el modelo interdisciplinario y poder presentar una experiencia realizada en el Hospital de Clínicas.

## **Definición de los objetivos**

### **Objetivo General**

- Conocer los mecanismos gerontológicos en el abordaje de los riesgos sociales en los adultos mayores desde los equipos interdisciplinarios.

### **Objetivos Específicos:**

- Explorar las principales características de intervención interdisciplinaria, en la cátedra de geriatría del Hospital de Clínicas
- Indagar cuáles son las estrategias de la valoración gerontológica dirigidas hacia los adultos mayores considerados vulnerables en la cátedra de geriatría del Hospital de Clínicas.

## **Planteo del Problema**

**Tema:** *Gerontología en el campo de la salud*

### **Preguntas Problemas:**

- ¿Cómo se evalúa el riesgo social en los adultos mayores en la cátedra de geriatría del H.C?
- ¿Se trabaja la prevención del riesgo social en los adultos mayores?

- ¿Las intervenciones interdisciplinarias desde la valoración gerontológica en la cátedra de geriatría del H.C llegan a tener en cuenta el riesgo social previendo posibles recaídas en los adultos mayores?
- ¿Las intervenciones interdisciplinarias desde la valoración gerontológica son dirigidas hacia un bienestar en la vejez?

**Problema de investigación:**

El abordaje interdisciplinar en la vejez y el envejecimiento con riesgo social

**Marco Metodológico**

El encuadre metodológico que inscribe este estudio o investigación se base en algunas características como; **la finalidad del mismo**, este se tratará de un estudio exploratorio y descriptivo. Por lo tanto se pretende comenzar a indagar sobre tales aspectos a fin de ampliar el bagaje teórico y práctico.

El **dominio empírico** de esta investigación es el siguiente; la misma se desarrolla en el Hospital de Clínicas en la cátedra de geriatría, además del piso 12 del Hospital.

La metodología a utilizar va a ser la de **análisis documental** de la sistematización de la práctica pre-profesional de MIP II de la carrera Trabajo Social, de allí se trabajará con los análisis de entrevistas realizadas a profesionales que desempeñaban funciones en el piso 12 del Hospital de Clínicas, como algunos discursos de adultos mayores.

Además se recolectará información a través de la entrevista que se le realizó a la referente (Trabajadora Social) de la cátedra de geriatría. Le entrevista se define como: “encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras.” (Taylor y Bodgan, 1987: 101)



# Capítulo I

## Vejez- Envejecimiento

### *“El Arte de envejecer”*

#### **1. Conceptualización**

A través del presente capítulo se realizará una aproximación a los conceptos de vejez y envejecimiento. El arte de envejecer, trae un panorama de las diferentes maneras subjetivas de cómo pasa el tiempo, las circunstancias, y las etapas vitales en el hombre. El arte se ve como libertad, como expresiones de la percepción, por lo tanto el arte en esta frase alude a la posibilidad que existe de envejecer en más de una forma. La forma particular de cada ser humano de concebir su propio envejecimiento.

“Prácticamente en todas las publicaciones aparecen sin especificaciones semánticas conceptos como octogenarios, senilidad, tercera edad, cuarta edad, nonagenarios, gente mayor, ancianidad, vejez y otros significantes que no tienen correspondencia rigurosa con sus significados reales. Para empezar, es necesario establecer diferencias rígidas entre conceptos biológicos (nonagenario, senil) y conceptos culturales (tercera edad, ancianidad); no se puede usar indistintamente cada uno de ellos sin originar una confusión conceptual.” (Fericgla, 1992: 67)

Este primer capítulo trata sobre las diferentes concepciones que se tienen sobre vejez y envejecimiento, siendo esta dimensión de análisis, la central. Se torna práctico para el estudio hablar de vejez: cuando se refiere a un concepto que encierra aspectos biológicos pero también aspectos culturales y sociales. En tanto al hablar de los sujetos se hará en términos de adultos mayores, evitando cualquier connotación peyorativa. A su vez, cuando se menciona el proceso que atraviesa un ser humano a lo largo de su vida hasta llegar a la etapa de vejez, aquí se referirá envejecimiento.

Los conceptos relacionados a vejez-envejecimiento y ancianidad tienen diferente valor dependiendo de diferentes culturas, “(...) *sin más especificaciones, es fácilmente aceptable que el contenido del concepto anciano varía de forma radical en ambas culturas: mientras en la nuestra equivale a marginación cultural y económica, en la cultura brahmánica es sinónimo de sabiduría, destreza y capacidad de producción (...)*” (Fericgla, 1992: 72). Por lo tanto los términos son usados indiscriminadamente, y sin tener perjuicio del uso que se les da, dependiendo de

pautas culturales, económicas, sociales u psicológicas. Según la definición planteada por Sánchez Salgado la cual expresa que: *“El envejecimiento es un fenómeno natural que se refiere a los cambios que ocurren a través del ciclo de vida y que resultan en diferencias entre las generaciones jóvenes y las viejas (...) se define como un proceso natural, gradual, de cambio y transformaciones a nivel biológico, y psicológico y social, que ocurre a través del tiempo”* (Sánchez. C, 2000: 33)

En el estudio se resalta enfáticamente sobre qué concepto se tiene en el ámbito de la salud de la vejez y envejecimientos ya que una conceptualización genuina brinda un rumbo en la atención brindada a los adultos mayores ya sea en el ámbito de la salud como en el espacio familiar. Una de las principales luces de alerta que se desprenden de la investigación realizada en el piso 12 del Hospital de Clínica por el grupo de estudiantes de tercer año de trabajo social en el 2010, es la precepción que los profesionales tienen sobre la vejez y el sentido que le dan a la misma.

*“En este mismo sentido, Leopoldo Salvarezza plantea que la vejez es un tema conflictivo, no sólo para el que la vive en sí mismo, sino también para aquellos que , sin ser viejos aún, diariamente la enfrentan desde sus roles profesionales de médico, psicólogo, asistente social, enfermero (...) las conductas defensivas que se adopten para evitarlo estarán determinados por la historia personal de los participantes, la cual habrá ido sedimentando a través de sucesivas experiencias, fantasías y represiones en una ideología general sobre lo que es la vejez, cuáles son sus causas y consecuencias, y cuál es la mejor manera de comportarse frente a ella.”* (Ludi, 2005: 25). De esta manera se abre una posible línea de investigación, cuál es el sentido que le es atribuido a la vejez desde los profesionales, cuáles son las potencialidades y las falencias que observan en la vejez y además de indagar cómo estas influyen en el nivel de atención brindado desde la cátedra de geriatría.

A través de esta definición se puede observar que la vejez es atravesada por el devenir del ser humano en el proceso de envejecimiento, por lo tanto todo el bagaje cultural, social, familiar, etc. va a dar lugar al cómo los actores de la salud la van a tratar. Se habla que el envejecimiento comienza desde el nacimiento, y es en este proceso natural, en donde se comienzan a visualizar los cambios en las diferentes etapas vitales que atraviesan a una persona.

El envejecimiento en sí, es visto en primera instancia desde lo biológico, es por eso que el aspecto físico resulta en el cotidiano como un indicador del nivel de envejecimiento, los cambios en la apariencia, o la declinación gradual del vigor o pérdida de habilidad física son indicios que determinan que una persona pasa de ser

adulta a ser considerada adulta mayor, y luego en sus diferentes definiciones, tercera edad, o viejo. Pero es importante mencionar que estos cambios que determinan un envejecimiento también están signados por cambios a niveles psicológicos y sociales, que hablan de procesos sensoriales y preceptuales, cambios a nivel de la personalidad. Y también modificaciones en los hábitos sociales, en la manera de relacionarse, en las ganas o no de realizar actividades, en la forma que los individuos se relacionan con el ámbito social. Desde estas perspectivas se observa que el envejecimiento tiene otras facetas que son dignas de apreciar para poder comprender a la vejez.

## **1.2 Dimensiones de la Vejez**

Se puede observar tres dimensiones que Marcelo Piña realiza sobre la vejez: *la vejez cronológica, vejez funcional, vejez de etapa vital.*

En primer lugar el autor plantea la vejez cronológica la cual está determinada por el hecho explícito de haber cumplido 65 años de edad. Este considera que esta categoría tiene una desventaja ya que no toma en cuenta la historia de vida de los individuos y la influencia que tiene el medio social en el proceso de envejecimiento, esto determina trayectorias diferentes. Esta concepción es la manera más tradicional de entender a la vejez.

Por otro lado, la segunda concepción de la vejez es la que se refiere a ella como vejez funcional, donde se considera que los adultos mayores “(...) formarían un segmento de la población incapaz de integrarse a participar activamente de las tareas y actividades cotidianas (...) es importante evaluar su capacidad funcional, es decir su grado de interdependencia para realizar determinadas funciones del vivir” (Piña, 2004: 44). Esta categoría presenta una imagen negativa de la tercera edad, y por esta imagen es que los adultos mayores deben enfrentar ciertas barreras que son fruto de determinados estereotipos y mitos sociales.

La última categoría que plantea este autor es la vejez como etapa vital, donde se acepta que es un período que presenta algunas limitaciones, pero también se dan potencialidades, tales como: experiencia, madurez vital y serenidad de juicio.

El hecho de entender a la vejez desde una etapa vital le da otra cuestión y permite que ellos mismos (los adultos mayores) puedan encontrar un sentido a esta etapa, y puedan reflexionar sobre la forma de relacionarse con el medio y que puedan desarrollar un envejecimiento activo.

En otro sentido se le debe dar sustancial relevancia y considerar a los adultos mayores dentro de las políticas públicas ya que son un grupo vulnerable. Entonces comprender la vejez desde estas diferentes perspectivas planteadas redundaría en comprender por qué se deben tener en cuenta en la agenda pública y esto se relaciona directamente con la atención en salud ya que: “El aumento de la proporción de personas mayores en una sociedad exige adecuaciones de salud, de vivienda, de servicios sociales y otras que pueden y deben ser anticipadas y planificadas si se procura evitar la emergencia de situaciones problemáticas”. (Ludi, 2005: 63)

Es por este motivo que se pretende observar la relevancia que tiene o no el atender los factores de riesgo social, como un mecanismo preventivo y potencial para una vejez activa.

Otras de las aristas importantes que se desprenden de este tema es el envejecimiento activo, que según la OMS (Organización Mundial de la Salud) es “(...) *el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.*” (Ojeada, 2006) Es así que se intenta poder observar las potencialidades del envejecimiento, ligado también a una idea de que los adultos mayores también tienen derechos y por lo tanto son ciudadanos, se le da un reconocimiento comunitario en el escenario social. “*Esto implica una diferencia sustancial entre estar o acompañar a formar parte de las redes sociales, reforzar la pertenencia al contexto social y fundamentalmente tomando parte, influyendo y decidiendo.*” (Ojeada, 2006)

### **1.3 Ajuste Psicosocial a la Vejez**

Como ya se ha explicado existen algunas dimensiones que encierran a los conceptos vejez/envejecimiento se debe tener en cuenta que el envejecimiento es un proceso normal, y vital que encierra cambios físicos, pero también a nivel psicológico y social. Conjuntamente es acompañado por los procesos de socialización de los individuos, y la relación con el medio, y con los modos de producción. Con esto explicitamos que este proceso no ocurre aislado sino todo lo contrario en contextos sociales determinados, este contexto explica “(...) cómo la sociedad maneja a sus miembros ancianos y cómo a su vez estos miembros ancianos se adaptan a su propio proceso de envejecer. La vejez, como sabemos, es una experiencia de múltiples determinantes que depende de un balance complicado de aspectos físicos, sociales y emocionales.” (Sánchez. C, 1990: 63)

Es por cierto en este sentido que se inscriben dos grupos de teorías, el primero enfatiza aquellas teorías que quieren explicar la relación del adulto mayor con el sistema social, y el segundo grupo describe aquellas teorías que dan cuenta de cómo el individuo se adapta a la etapa de la vejez y cómo va vivenciando este proceso de envejecimiento.

### **1.3.1 Relación Adulto Mayor/ Sistema Social**

Al discutir cómo se va dando el proceso de envejecimiento en los individuos surgen diferentes maneras como el individuo se relación, pero cuando se llega puntualmente a la etapa de adulto mayor, las personas asimilan de diferente manera, todo lo que tiene que ver con la jubilación, y el pasar a conformar otro grupo. Es así que se inscriben ciertas teorías que los explican y que nacen de la gerontología social en el año 1950 cuando se acuña este concepto y se torna más asiduo entender al adulto mayor en su contexto. Dentro de este grupo se encuentra, la teoría de la sub-cultura, la teoría del medio social y la teoría de la estratificación.

La teoría de la sub-cultura desarrollada por Arnold Rose (1965) "(...) sostenía que se puede generar una sub-cultura cuando miembros de una categoría de edad particular interaccionan más entre sí que con miembros de otra categoría de edad." (en Sánchez.C, 1990: 64)

Esta descripción es observada en la actualidad en donde los adultos mayores se auto excluyen y no existe un intercambio entre las generaciones más jóvenes y las otras. Por un tema de gustos y percepciones, los adultos mayores se sienten más gratos cuando interactúan e intercambian con individuos de su misma generación.

"Los problemas comunes, usualmente de salud, o patrones de actividades y la movilidad de los grupos de edades jóvenes, han motivado a muchas personas de edad avanzada a vivir en comunidades, vecindarios o "ghettos" donde desarrollan estilos de vida y normas de comportamiento particulares a ellos." (Sánchez. C, 1990: 65) La complejidad de esto es que no existen mecanismos o políticas desarrolladas para lograr una relación entre los nuevos estilos de vida que forman los adultos mayores y los nuevos estilos de vida de los jóvenes.

"Las políticas de retiro o jubilación, legalmente establecidas en muchas sociedades industrializadas han limitado la integración de muchas personas ancianas con la sociedad mayor, promoviendo por lo tanto que se identifiquen más como grupo

y se creen las condiciones para el desarrollo de una sub-cultura de la vejez.” (Sánchez. C, 1990: 65). Es aquí donde se debería actuar desde la salud o los equipos que trabajan con adultos mayores, para derribar esta concepción y prever el aislamiento y no acentuar los factores de riesgo.

### **1.3.2 Adaptación del individuo a su Vejez.**

Dentro de este grupo de teoría se describe o intentan explicar como el individuo se adapta o no al proceso de envejecimiento y a asumir ciertas pautas. Este grupo incluye las teorías de la separación, teoría de la actividad, teoría de continuidad, teoría de roles, y la teoría de la modernización.

El proceso por el cual el individuo pasa gradualmente a tener menos participación activa en la sociedad, da cuenta de una de las teorías que mencionaba como la teoría de la actividad, “(...) establece que para que un anciano logre enfrentarse a las pérdidas asociadas a la vejez, preservar la moral aumentar la autoestima, debe haber una restitución de roles o actividades pérdidas.” Sánchez. C, 1990: 70) De lo que se está hablando aquí es que para evitar el aislamiento y por ende, otros factores de riesgo social, es necesario cambiar o alternar roles y actividades, desde el momento que el individuo se asume como adulto mayor.

Esta teoría: “Asume que los ancianos, al igual que los adultos jóvenes, tienen las mismas necesidades sociales y psicológicas de mantenerse activos. De esta manera, se presume que las personas se mantendrán social y psicológicamente aptas.” (Sánchez. C, 1990: 70). Se intenta explicar que los medios que tiene el individuo de adaptarse al proceso de envejecimiento es ir asumiendo paulatinamente modos y mecanismos para no perder las necesidades sociales ni psicológicas a pesar de estar en la etapa de adulto mayor. Además se agrega que naturalmente las personas buscarán la manera de encontrarse aptas y no aisladas, desde esta teoría se enfatiza la integración social como un factor fundamental para un envejecimiento saludable.

“Para envejecer exitosamente, la persona en la edad avanzada debe mantener un nivel de actividad parecido al de la edad mediana o sustituir roles o actividad. La inactividad está relacionada con bajos niveles de felicidad (...)” (Sánchez. C, 1990: 65).

# Capítulo II

## Gerontología y geriatría

### La destreza de la práctica interdisciplinar en el campo de la salud

#### **2.1 Concepción sobre Gerontología, características y enfoque social.**

Desde el interés surgido por el estudio sobre los adultos mayores características, visiones que se tiene sobre estos, y vislumbrando interpretaciones sobre cómo se vive la vejez, en las pautas culturales; es que se arriba en el comienzo de este estudio a una disciplina medianamente nueva en la ciencia que ha intentado desde sus comienzos y en el transcurso, comprender el desarrollo de la vejez, entender y proporcionar una herramienta para que las políticas se desarrollen a favor de esta población, esta disciplina es la Gerontología. Esta hace al centro del estudio y es por eso que se va a explicitar, definir, describir la trayectoria y sus aportes como interdisciplina.

“La gerontología es la disciplina que estudia sistemáticamente la vejez, el envejecimiento y las personas viejas desde dos puntos de vista. Primero cómo la vejez afecta al individuo. Segundo, cómo la población anciana cambia a la sociedad.” (Sánchez. C, 2000:32)

Desde esta definición se desprende que la disciplina estudia tanto al sujeto como a su proceso, es decir al “viejo” en sí y al proceso del ser humano en el envejecimiento. Y lo importante a destacar desde esta disciplina es la concepción que tiene del adulto mayor, se lo ve en su contexto, y con todas las condicionantes que atraviesan al ser humano desde su nacimiento hasta su muerte. De esta manera se logra obtener una imagen completa que proporciona herramientas para una intervención en todas las áreas; se intenta comprender al individuo pero no se deja de lado a este en el medio.

Además desde la gerontología se interviene y se estudia desde todas las esferas del adulto mayor. “La gerontología visualiza la vejez en distintos procesos. Incluye tres dimensiones: la biológica, psicológica y social, y comprende conocimiento de muchos campos académicos. Estas disciplinas conforman la gerontología” en su aplicación común a la vejez (Mc.Kee,1982). La gerontología es de carácter

interdisciplinario aunque en las primeras etapas de su corta historia estuvo dominada por médicos y biólogos.” (Sánchez. C, 2000:32)

Como se expresa la gerontología comprende al adulto mayor desde tres dimensiones fundamentales; la biológica (salud), la psicológica y la social. De esta manera se llega a comprender al adulto mayor en su integralidad, por lo tanto la gerontología integra más de una disciplina y es justamente lo que la hace rica en conocimiento. La interdisciplina es una característica de esta disciplina y que también la colocan en debate, con respecto a la producción de un conocimiento acabado sobre el adulto mayor. El cual como ciencia no sucede, sino que por el contrario la contribución de todas las disciplinas ayuda a que cada día se coloquen nuevas interrogantes sobre esta población, por lo tanto nueva teoría para entenderla.

Continuando con lo expuesto estos tres ejes principales de la gerontología, el biológico, psicológico y social refieren a aspectos que hacen al individuo, y aunque estén bien relacionados, se dan por separados. Cuando se hace referencia al envejecimiento desde lo biológico nos referimos a cambios en la apariencia física, declinación gradual del vigor, acompañado por un proceso de senectud, en donde las personas se tornan más susceptibles a las enfermedades y hechos puntuales, como fallecimiento entre otros. Se dan otros tantos cambios normales del envejecimiento humano pero que en cada ser humano no se dan igual. En tanto en el ámbito psicológico, se refiere a los procesos sensoriales de las personas, percepciones, impulsos, emociones y todo lo relacionado a la psicología humana, que conforme el adulto mayor va envejeciendo también se van modificando.

“Finalmente, el aspecto sociológico del envejecimiento se vincula con la sociedad en que ocurre este proceso; la influencia que la sociedad tiene en los individuos según éstos envejecen y la influencia que los individuos tienen a su vez en la sociedad. La salud, ingreso, trabajo y actividad de las personas ancianas según estas áreas se relacionan a su familia, amigos, asociaciones, así como a la sociedad en general, economía, gobierno y comunidad, son parte de la sociología de la vejez. ” (Sánchez. C, 1990: 14). Este es el aspecto que quizás más nos interesa o sobre el cual se centra el estudio. Justamente atraviesa a los otros dos en todos sus características, en cómo se siente el individuo desde lo funcional y lo psicológico también va a depender del medio social en el que se encuentre, y de cómo el afuera lo excluye o lo incluye, refiriendo aquí a la sociedad como también a su familia.

En la gerontología como disciplina debaten e intervienen diferentes disciplinas estas son: “(...) Medicina, Psicología, Sociología, y más recientemente los llamados en



este ámbito “auxiliares” de la Medicina o también disciplinas o profesiones “menores”, que se han sumado a dicho campo, tales como: Enfermería, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología, Educación Física, Psicopedagogía, Ciencias de la Educación, Ciencias de la Comunicación y Trabajo Social.” (Ludi M.C, 36: 2005) Y es en este debate que se da en las disciplinas donde cada una aporta su conocimiento y hacen al objeto de intervención, con mayor o menor peso, es que también se ve la gerontología de la intervención interdisciplinaria que más adelante se expondrá y se colocará en tela de juicio y análisis.

De este aspecto que se mencionaba, el social, en donde podemos ver profesiones como la sociología o el trabajo social, podemos analizar e indagar la Gerontología social en el campo de la salud.

La gerontología social, está enfocada en el ámbito social como eje principal, no dejando de lado ninguna arista pero si colocando énfasis en la intervención desde lo social, pero en la salud, esto puede ser hospitales, policlínicas o domicilios. Existe una pronta necesidad y es justamente en donde se coloca este estudio, de poder intervenir e investigar la vejez pero desde una mirada social, en el campo de la salud; ya que es una parte fundamental del ser humano, y en donde se pueden lograr grandes incursiones que den un envejecimiento activo y saludable.

Existe una serie de características o valores que se deben tener en cuenta en la gerontología en el campo de la salud y que dan herramientas en el cómo intervenir y trabajar con adultos mayores.

Estos son: individualidad, independencia, integración, ingresos, interdisciplinariedad, innovación según Marcelo Piña Morgan, que establece las siguientes categorías. (2004: 86)

- “Individualidad: Cada sujeto envejece de forma única.
- Independencia: Hay que facilitar al máximo la autonomía y libertad de cada persona para que no dependa de otras personas y pueda tomar sus propias decisiones.
- Integración: El envejecimiento no debe segregar al individuo de su medio ambiente material y social habitual.
- Ingresos: El anciano debe tener recursos materiales suficientes para resolver por sí mismo sus necesidades básicas.

- Interdisciplinariedad: En el envejecimiento intervienen muchos factores por lo que las soluciones idóneas requieren la intervención de varias disciplinas y de distintos profesionales.
- Innovación: Los retos del envejecimiento son únicos en la historia de la humanidad y requieren soluciones innovadoras.”

Desde estos valores que se expresaban se puede determinar que la esencia y el “debe-ser” que atraviesa a todos ellos y por lo tanto a la intervención en gerontología es al individuo y a este en el medio, en tanto cuando se habla de integración del adulto mayor, de sus ingresos, a su vez como poder trabajar con el aspecto psicológico del ser humano percepciones, impulsos, emociones etc.

## **2.2 Gerontología vs Geriatría**

Es importante mencionar que desde la gerontología luego se derivan o nacen otras disciplinas con el objetivo o con la necesidad de especializarse, desde la medicina se fueron ajustando las intervenciones y es así que posteriormente al nacimiento de la gerontología que se aproxima su primer uso en el año 1903 por el sociólogo y biólogo *Michel Elie Metchnikoff* que la expresa como la ciencia que estudia el envejecimiento, más allá que luego se va a desarrollar por otros autores. Unos años más tarde por el 1906 se nombra por primera vez la geriatría pero fue recién luego de la segunda guerra mundial en el 1946 que se desarrolla y alcanza el carácter de ciencia independiente de la vejez dese la perspectiva exclusivamente médica.

Según la red latinoamericana de gerontología la geriatría es el: “Área de gerontología y de la medicina (considerada sub-especialidad de la medicina interna), la cual se ocupa fundamentalmente de la salud física, al igual que del tratamiento y la curación de enfermedades en personas de mayor edad; así como, en general, de las relaciones entre salud y envejecimiento.” (Red Latinoamericana de Gerontología página web).

Y resulta importante para este estudio lo que es la geriatría ya que el estudio también intenta indagar sobre las intervenciones de la cátedra de geriatría del Hospital de Clínicas. Como una de los aspectos que se deben tener en cuenta cuando se ve la intervención de la cátedra (que más adelante se expondrá) que aunque es un área de la medicina, como parte de lo que significa gerontología, se pierden ejes fundamentales como son el social, y el relacionamiento del adulto mayor con su medio y familia. Porque aunque tienen que ver más específicamente con el área biológica se

pierden o se dejan de lado, por falta de profesionales, o porque también la salud es lo primordial en un ámbito de salud necesariamente.

“Estas profesiones están interesadas en varios elementos del proceso de envejecimiento, desde el estudio del proceso molecular hasta la búsqueda de maneras de mejorar la calidad de vida de las personas de edad avanzada. Por otro lado, la geriatría es una especialidad de la medicina de reciente creación. Esta especialidad médica trata los problemas o condiciones de salud de las personas de edad avanzada.” (Sánchez. C, 2000:32)

### **2.3 Interdisciplinariedad**

Otro de los temas que es necesario mencionar para poder entender este estudio es la interdisciplina. Se trae a discusión ya que la gerontología está atravesada por esta categoría y también a la intervención de los adultos mayores.

Cuando uno se enfrenta a la cátedra de geriatría del hospital de clínica, y vemos como se desarrolla la intervención, como son los mecanismos ambulatorios o en la sección de internación de los adultos mayores, se puede notar que intervienen continuamente más de una disciplina, como se ha nombrado la gerontología tienen esta característica. Pero uno de los aspectos que se ha notado es que no siempre se tienen los mismos conceptos sobre los adultos mayores, y en muchas ocasiones se los estigmatiza, se trabaja en equipo pero no con un trabajo interdisciplinario.

Ahora bien, el trabajo interdisciplinario tienen la característica que engloba más de una disciplina pero hablando sobre un mismo objeto desde diferentes perspectivas, es así que la gerontología es un claro ejemplo de ello, en donde interviene el doctor, el psicólogo, trabajador social, enfermero, y muchas otras disciplinas; intervienen todas al mismo tiempo pero desde diferentes lugar, aunque con un mismo objeto de intervención, los adultos mayores.

“Ahora bien, no es este hecho lo que caracteriza la interdisciplinariedad. Lo que surge con ella es una instancia que invita a puntos de vista diferentes y, por tanto, a que especialistas y expertos den su opinión sobre un tema limitado, expresen una opinión que se puede denominar síntesis, incluso si está elaborada a partir de la construcción de un modelo formal inspirado o corregido por datos prácticos.” (L. Apostel y otros, 26: 1982)

Por lo tanto como se ven diversos puntos, desde diferentes disciplinas se puede ver la integralidad del adulto mayor, y se interviene con mayor eficiencia. Lo que sucede a veces es que no hay esa comunicación e intercambio entre las disciplinas y por lo tanto los modos de intervención son diferentes. Se debe poder trabajar desde la gerontología con un equipo interdisciplinario en donde cada disciplina sabe de la otra lo que necesita y le hace falta para poder intervenir mejor. No es que una disciplina trata de hacer lo que le corresponde a otra, sino que se tienen en consideración a las demás disciplinas que intervienen para poder desarrollar un trabajo en todos los aspectos.

“Ello implica que la colaboración entre dos disciplinas exige la doble competencia, y la interdisciplinariedad tantas competencias como disciplinas pone en cooperación.” (L. Apostel y otros , 26: 1982)

También como menciona Ander-Egg la no precisión de los límites en las disciplinas científicas, o que se confundan los modos de intervención entre una u otra disciplina no significa que hablemos de un trabajo interdisciplinario. Del mismo modo que exista más de una disciplina en el abordaje de los adultos mayores, no significa que estemos hablando de inter-disciplina. Por lo tanto coloco aquí signos de interrogación cuando nos referimos a la cátedra de especialidad de geriatría del Hospital de Clínica: ¿se habla de un equipo interdisciplinario en este contexto?

La interdisciplinariedad se trata de “(...) la construcción de un nuevo objeto teórico, ligado orgánicamente a los de las disciplinas componentes, a sus respectivas metodologías y conceptualizaciones.” (Ander-egg. E, 28: 1988) Actualmente la gerontología ha intentado la construcción del concepto de vejez y envejecimiento como un nuevo objeto teórico, que se encuentre ligado a todas las disciplinas y profesiones que la atraviesan.

“Lo interdisciplinar, es el logro de una conjunción teórica de lo que las diversas disciplinas aportan desde su singularidad, aunando conceptualizaciones y lenguajes comunes, a partir de un equipo de trabajo, cuya mutación con la conjunción metodológica- instrumental le permitirá intervenir en la realidad conformando una nueva concepción, que no es una suma ni combinación de aportes de cada disciplina, sino una proyección -in continuum- en esa realidad.” (Dornell. T y otros, 2009:4) Por lo tanto es importante que exista un equipo de trabajo, para poder hablar de interdisciplina. Esta también nace por la necesidad de resolver situaciones complejas, o que precisan de más de una visión por la trascendencia de la situación a resolver.

También como se menciona, no es la suma de partes o de disciplinas, sino una proyección conjunta “in continuum”, constante sobre y en la realidad que se está interviniendo.

Desde el rol que desempeña el Trabajador Social, le competará entender la situación desde el ámbito social, pudiendo contribuir en el ámbito familiar, poder indagar redes de apoyo y diseñar e imprimir estrategias para poder intervenir en este caso con el adulto mayor.

Hay un punto que no es menor, y que resulta bueno traerlo al análisis, la génesis del servicio social también fue dada en la medicina, con la medicalización de los social por lo tanto la presencia del trabajador social en el contexto de la salud, muchas veces es relegada al actuar médico, y subordinada a las acciones desde este saber, sin tomar en cuenta que el trabajo social también tiene un objeto de intervención propio. La interdisciplina vincula a diferentes disciplinas, por lo tanto es imprescindible que el trabajo social tenga el rol que merece y debe tener.

“Es imprescindible instrumentar la cooperación entre diferentes disciplinas para lograr una mirada ampliada, que permita organizar estrategias más adecuadas para abordar las complejas problemáticas de la sociedad, recordando que los viejos/viejas en el Uruguay, son una proporción muy importante en ella.” (Dornel. T y otros, 2009:6)

Se tiene que tener en cuenta además la cooperación de todas las disciplinas en cuestión ya que: “En los trabajos que implican contacto con personas en crisis (evolutivas y accidentales por enfermedad), con riesgos de invalidez y aun de muerte, en los cuales el rol del profesional es comprender para diagnosticar, elegir el mejor camino para resolver prevenir y encontrar soluciones en el bienestar y calidad de vida para los viejos/ viejas, las profesionales deben compartir decisiones que muchas veces no son fáciles.” (Dornell. T y otros, 2009:6)

Cuando el Trabajador social le toca intervenir y trabaja en un equipo interdisciplinario para este es de apoyo contar con otros profesionales sobre saberes que quizás desconoce, le toca el rol de poder velar sobre determinaciones sociales que afectan al adulto mayor, pero en aquellos aspectos que desconoce tienen el apoyo en otras disciplinas. Conjuntamente con el equipo interdisciplinario se tomarán las acciones pertinentes frente a las situaciones de los adultos mayores, ya sea nivel de internación o ambulatorio. Como se observará en los próximos capítulos a la hora de realizar la investigación en el piso 12 del Hospital de Clínicas, no existía un Trabajador social en el piso ya que es una falta al no contar con otra visión, si desde la cátedra de geriatría existe este rol, pero se ve desdibujado el trabajo interdisciplinario.

Lo que se hace es un pasaje del usuario por diferentes disciplinas, pero queda desdibujado el trabajo interdisciplinario.

“Un equipo interdisciplinario se constituirá por personas que han recibido una formación en diversos dominios del conocimiento, que tienen diferentes conceptos, métodos, datos y términos, y que se organizan en un esfuerzo común alrededor de un problema común y en donde existe una intercomunicación continua entre los participantes de diversas disciplinas.” (Dornell. T y otros, 2009:5) Es importante resaltar que como se expresa la intercomunicación en un equipo de esta índole es fundamental para poder abordar las situaciones.

## **2.4 Intervención Gerontológica**

Ahora bien, luego de ver todos estos conceptos de gerontología, geriatría, e interdisciplina es importante ver cuál es la importancia de la intervención, el porqué y para qué se realiza.

La intervención como tal es “(...) la acción de interceder del profesional o practicante con la intención de inducir cambios en alguna parte del sistema humano o del proceso social. La intervención profesional debe estar guiada por una constelación de valores, propósitos y conocimiento basados en sensaciones legales e institucionales.” (Sánchez. C, 2000:190). Lo primero que se desprende de aquí es que la intervención tiene como objetivo introducir un cambio en la situación de alguna persona la cual pasa por un momento complejo o no, que afecta a su bienestar.

“El principio óptimo que debe dirigir la práctica gerontológica es la idea de que cada individuo debe tener la oportunidad de ejecutar su potencial, de vivir una vida personalmente satisfactoria y socialmente deseable.” (Sánchez. C, 2000:191) Este es el objetivo principal de la intervención gerontológica el para qué o que se busca con la intervención desde esta perspectiva. Que cada individuo pueda vivir una vida satisfactoria desde su personalidad y como él lo desee, y además sea socialmente deseable. Como se ha mencionado, en esta época procurar un envejecimiento activo con un bienestar determinado, implica brindarle oportunidades, herramientas y la contención necesaria para que pueda ejecutarlo.

La intervención gerontológica se encuentra orientada a la prevención y esto se da en tres niveles. En donde también se debe tener en cuenta el riesgo como un factor protector y de prevención, poder visualizar a través de esto, cuáles son los factores de riesgo que se pueden evitar y cuáles se pueden paliar.

“La prevención primaria comprende acciones encaminadas a detener o prevenir algo de forma tal que le reste efectividad. (...) La intervención secundaria o remediativa está dirigida al manejo de una situación (problema o condición) ya existente para minimizar su progresión o los daños que produce. (...) La intervención preventiva del tipo terciaria pretende aminorar los efectos de una condición incapacitante y ayudar a la persona a recuperar a un máximo su nivel de funcionamiento.” (Sánchez. C, 2000:198)

Son intervenciones que se dan en tres niveles, pero son en cierta manera complementarios. Cuando ocurre una situación compleja en el adulto mayor se trata de intervenir para detener tal situación, si no se logra, se interviene remediativamente para paliar la situación y que sea más leve el impacto negativo. Luego se tratará de superar esa fase de complejidad para recuperar el mayor funcionamiento y autonomía posible sin la necesidad de los profesionales, (doctores, trabajadores sociales, psicólogos). Por ello es que se mencionaba la importancia de colocar el riesgo como un factor protector de advertencia, que debe ir ligado a la prevención.

## **Capítulo III**

### *El Riesgo en la vejez y el envejecimiento*

#### *Un enfoque protector desde el campo gerontológico*

##### **3.1 Concepción de riesgo**

Las sociedades modernas, transitan por un período de tiempo, muy particular caracterizado por la falta de confianza. La noción de la certeza se ha alejado y remplazado por peligro, que es palpable como riesgo. Este ha tomado un papel importante en nuestras sociedades, como un factor fundamental del daño. He aquí, que se ha colocado en la conciencia colectiva, y hasta incluso en la agenda pública; se ha observado también en los adultos mayores como un factor negativo predominante en un envejecimiento saludable.

Es así que la Organización Panamericana de la salud expresa que: *“En términos generales, riesgo es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud (enfermedad, muerte, etc). El enfoque de riesgo se basa en la medicación de esa probabilidad, la cual se emplea para estimar la necesidad de atención, a la salud o de otros servicios.”* (OPS, 1986:11)

Desde esta definición se toman dos puntos importantes, el primero; el riesgo no es un daño, sino la probabilidad del mismo, (en el campo médico, ese daño afecta la salud). Y el segundo punto, se refiere al enfoque de riesgo, en donde más particularmente habla de poner atención en esa probabilidad, y en estimar tal probabilidad como un modo de prevención; relacionado esto último al enfoque de riesgo.

“Lo importante para el concepto, tal y como aquí lo proponemos, es exclusivamente que el posible daño sea algo contingente; esto es, evitable. Y también en relación a este punto son posibles diferentes perspectivas de observación, cada una con diferentes opiniones acerca de si ha de tomarse o no una decisión con la plena aceptación del riesgo.” (Luhmann. N, 1992: 60) Con esto se pretende aclarar que el riesgo existe ineludiblemente en tanto las acciones humanas no son certeras en su totalidad, pero el daño puede ser evitado, o al menos minimizado a su máxima expresión, para así lograr un impacto bajo en la salud de un adulto mayor. Ahora bien queda librado a la ignorancia o al desconocimiento, el riesgo que conlleva tal o cual acción. Es la incertidumbre o falta de confianza de la que se hablaba al comienzo.



Uno de los puntos centrales en esta primera aproximación al concepto, es poder analizar cómo la sociedad concibe el riesgo, partiendo de la base que es a través de ella en donde se actuará para prevenir el daño.

N. Luhmann se plantea diferentes preguntas al respecto; “(...) ¿qué comprensión de racionalidad, de decisión, de técnica, de futuro o simplemente de tiempo está presupuesta cuando se habla del riesgo? O de manera más fundamental, ¿cómo concebimos nuestra sociedad, si captamos el riesgo como un problema universal que no puede ser evitado ni eludido, (...) ¿Cómo se las arregla la sociedad en la realización normal de sus operaciones con un futuro sobre el que no se puede saber nada cierto, sino sólo algo más o menos probable o sea improbable? (...)”. (Luhmann, N 1992: 37) Todas estas preguntas planteadas por el autor, son disparadores para repensar las intervenciones profesionales, en las diferentes áreas de la sociedad, salud, educación, política, entre otras.

El autor brevemente pone en cuestión una pregunta central, *¿Cuál es el papel de la sociedad ante un problema que escapa a la existencia de la misma? (ya que no existe un conocimiento acabado).*

Por lo tanto se realiza una distinción que aporta a comprender el concepto y ver cómo se emplean dispositivos, mecanismos a favor de reducción de daño y prevención del riesgo. La primera distinción que se hace es entre peligro y riesgo estos “(...) van estrechamente relacionados, pero no son la misma cosa. La diferencia no depende del hecho de si un individuo sopesa o no conscientemente las alternativas al contemplar o tomar un determinado curso de acción. Lo que el riesgo presupone es el peligro, no necesariamente el conocimiento del peligro” (Giddens, 1994: 43).

Aquí Giddens afirma que el riesgo en sí es un peligro, pero la diferencia fundamental es que el riesgo no presupone saber cuál va a ser el peligro. A su vez este pone en cuestión la reflexividad en las sociedades modernas, como aquella capacidad de reflexionar sobre sus prácticas a la luz de los conocimientos científicos, esta reflexividad incluye la idea de que “(...) los riesgos no son parte de la fatalidad o el destino, sino que son opciones que el ser humano realiza. Este elemento volitivo distingue el riesgo del peligro, que aparece como un evento incontrolable y fuera del campo de acción del individuo.” (Pucci, 2004: 13)

Colocando en orden los puntos, el riesgo aparece como algo ineludible, pero sin embargo, no es algo de azar o de la nada, sino que tiene su causa en alguna opción del ser humano como tal. Es por eso que lo llama volitivo, y justamente lo

separa del peligro, atribuyéndole a este como algo inevitable y que el ser humano mediante su acción no puede controlar.

Para llevarlo al campo de estudio de esta investigación, se observa que en el proceso de envejecimiento los adultos mayores tomaron diferentes decisiones a lo largo de su vida, que lo colocaron en un lugar de mayor o menor riesgo, pero fueron acciones concertadas y no obras mágicas del azar; ahora bien, como se mencionaba anteriormente tal riesgo es inevitable, porque no se sopesa la totalidad de la acción humana. Para ejemplificarlo, se puede plantear una situación en la que un adulto mayor con dificultades para desplazarse eficazmente en una casa, decide ir a vivir solo porque le gusta la soledad. En este caso este adulto mayor se expone al riesgo de tropezar, quedar imposibilitado, sin una ayuda inmediata de ser socorrido. Es un ejemplo escueto, pero que pretende dejar ver como el riesgo en sí es parte de la voluntad humana, a la cual nos enfrentamos a partir de nuestras decisiones, en este caso el riesgo no era una fatalidad del destino, sino que era una situación latente.

Colocando esta discusión en otro plano, es que se observa que desde la cátedra de geriatría del Hospital de Clínicas, el riesgo no siempre es percibido como tal, y muchas veces solo se enfoca la intervención en los síntomas, en los daños y no en la reducción del riesgo, o prevención del mismo.

Y solo se actúa en base a aquellas condicionantes propias del envejecimiento: enfermedades crónicas, dificultades funcionales, dificultades sociales y psicológicas entre otras, solo como acciones meramente paliativas.

“Así pues, los riesgos tienen que ver esencialmente con la previsión, con destrucciones que aún no han tenido lugar, pero que son inminentes, y que precisamente en este significado ya son reales hoy.” (Beck, 1986: 39) Es por eso la importancia de observar en qué medida estos son tenidos en cuenta en los adultos mayores en el primer nivel de atención, ya desde allí se comienzan a visualizar, es desde allí donde se desarrolla la prevención antecedente del riesgo.

Se habla del riesgo como un componente a futuro, o sea lo que se espera que suceda sino se realiza tal o cual intervención. “Este reposa tanto en la prolongación al futuro de los daños ya visibles como en una pérdida general de confianza o en la suposición de un fortalecimiento del riesgo.” (Beck, 1986: 39) En el adulto mayor esa prolongación de los daños podría estar entendida a una enfermedad crónica específica como a un factor de riesgo social, por ejemplo el aislamiento al no ser atendido correctamente, podría provocar un fortalecimiento de este riesgo, y producir un declive en el adulto mayor.

Por lo tanto el riesgo social es observado como una elección, quizás no siempre de quién lo padece, sino de los individuos que tienen la capacidad de evitarlos.

Es así que: “La percepción del riesgo y en particular, los niveles en los cuales el mismo se vuelve aceptable, dependerán de la posición ocupada por un individuo o grupo en la sociedad, de los roles desempeñados, de los sistemas de representaciones existentes y de los valores puestos en juego.” (Pucci, 2004:13) Es notoriamente observado cómo el riesgo se vuelve aceptable dependiendo de la posición que ocupa el adulto mayor o el rol que desempeña en la sociedad. Como se menciona no es necesariamente inclusivo sino de exclusión, de vulnerabilidad y de estigma. Como expresa N. Luhmann “(...) la evaluación del riesgo y la disposición a aceptarlo no es sólo un problema psíquico sino, sobre todo, un problema social. Uno se comporta tal como lo esperan los grupos de referencia relevantes, o tal como uno ha sido socializado (sea de acuerdo con la opinión comúnmente aceptada o contra ella).” (Luhmann, N 1992: 46) Existe un mito o un concepto erróneo acerca de que el adulto mayor es vulnerable a todas las situaciones que puedan suceder, y en base a ello se observa el riesgo como un factor natural del proceso de envejecimiento y de la edad que la persona tiene. Se evalúa cuán perjudicial es el riesgo en tal o cual situación y se lo coloca en el plano de lo normal. Esto acontece principalmente por aquellos que tienen la autoridad, o “poder” de intervenir en las políticas públicas y son referentes a nivel de la sociedad, aceptan como normal el riesgo en estas poblaciones, por lo tanto se actúa en función de tales grupos de referencia.

Cuando el riesgo es colocado como público y visible es que “(...) hay una multiplicación de las instancias que interactúan en materia de seguridad a través de la enunciación de normas, de acciones de control y de acciones de incitación y de sensibilización del gran público.” (Pucci, 2004: 14) Ahora bien si cuando el riesgo se hace visible y los mecanismos de prevención se multiplican ¿cómo es que existe una paridad en la atención que se desarrolla para con los adultos mayores que son vulnerables?

Aparece una respuesta paliativa cuando el riesgo social aparece visible, pero como tal, son acciones o respuestas meramente asistenciales, que procurarán paliar una situación, pero no ahondan en las causas en sí de tal riesgo, sino en las consecuencias.

Esto ocurre debido a que las “(...) acciones no son necesariamente concertadas, lo que pone en duda la coherencia de todo el sistema. También hay

problemas en las relaciones entre los diferentes actores que de una manera u otra tienen cierta responsabilidad en la gestión del riesgo.” (Pucci, 2004: 14) Y aquí se coloca otro punto crucial para comprender la noción de riesgo, poder comprender cómo funcionan los mecanismos de gestión del riesgo, ver si existe el uso de un enfoque de riesgo, y cómo este se aplica.

Por lo tanto como se comentaba al inicio el enfoque de riesgo es fundamental a la hora de entender cómo es la atención en salud, y por lo tanto si es perjudicial para el adulto mayor el no tenerla en cuenta.

“El enfoque de riesgo es un método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos. Ayuda a determinar prioridades de salud (...). Es un enfoque que no igualitario: discrimina a favor de quienes tienen mayor necesidad de atención”. (OPS, 1986: 9) A través de este enfoque se intenta focalizar la atención sobre grupos de personas que pueden ser potenciales a un daño, o afectados en algún grado de fragilidad.

“La vulnerabilidad especial, ya sea para la enfermedad o para la salud, es el resultado de un número de características interactuantes: biológicas, genéticas, ambientales, psicológicas, sociales, económicas, culturales, etc, las que reunidas confieren un riesgo particular ya sea de estar sano o de sufrir una enfermedad en el futuro.” (OPS, 1986: 10). Por lo tanto si se presta la adecuada atención en estas áreas se puede actuar en función de la prevención de una enfermedad a futuro, como se observa no es solo la salud física, sino muchas otras variables. Y de este conjunto es donde se determina una población más vulnerable al daño o enfermedad.

En este sentido el enfoque de riesgo no es solo una mirada unidireccional y lineal sino que está atravesado por más de una disciplina, y contiene múltiples factores que ayudan a comprender la problemática.

El hecho de enfoque de riesgo en sí lo que va a determinar prioridades, formas de distribución de recursos humanos, materiales y económicos, como también estrategias de intervención más adecuadas, o más eficientes dependiendo de la situación.

“La hipótesis sobre la que se basa en enfoque de riesgo, es que mientras más exacta sea la medición del riesgo, más adecuadamente se comprenderá las necesidades de atención de la población y ellos favorecerá la efectividad de las intervenciones.” (OPS, 1986: 11) Se deduce por tanto que la efectividad de la intervención variaría entre la cuantificación si se puede llamar del riesgo, y por lo tanto

de la conciencia de que el mismo existe. Es notorio que el riesgo social en los adultos mayores no es tan cuantificable como determinar el grado crónico o no de salud, pero se puede determinar que ante la presencia de un o más factores de riesgo social, el daño podría ser inminente.

“Parte del enfoque de riesgo involucra el supuesto de que a medida que avance el conocimiento sobre factores de riesgo, que permita definir acciones preventivas, los daños a la salud ocurrirían con menor frecuencia.” (OPS, 1986: 11) De esta manera es que se pretende observar e indagar en el modelo de atención si existe un conocimiento sobre los factores de riesgo social y psicológicos en los adultos mayores, o si son tenidos en cuenta a la hora de diseñar estrategias de intervención.

N. Luhmann agrega además del riesgo circunstancial aquel que es indirecto; “Toda evaluación de riesgo es y se mantiene como algo sujeto al contexto. (...) Pero, ¿qué sucede cuando el contexto que guía la evaluación del riesgo constituye él mismo otro riesgo?” (Luhmann, N 1992: 75) Es así que se plantea la posibilidad de que en una mala gestión de los mecanismos protectores hacia el adulto mayor, las instituciones, organización, o personas constituyan un riesgo en la medida de la falta de aptitudes.

En la comprensión del riesgo se desprenden algunas dimensiones que hacen a este como aceptable e inaceptable, estas son: la puesta en peligro de vidas humanas; las consecuencias del evento; el sentimiento de urgencia; el costo de no ocurrencia del riesgo.

Tomando en consideración estas dimensiones e se observa cuan aceptable se vuelve o no el riesgo, aunque según algunos autores estas dimensiones no contienen en sí al daño, ya que existen riesgos difícilmente aprehensibles y las consecuencias son poco palpables para las poblaciones.

“La gestión de riesgo consiste más bien en reconocer los riesgos, evaluarlos y regularlos unos en relación a otros, dejando de lado el intento de restablecer situaciones en las cuales el riesgo estaría completamente excluido.” (Pucci,F. 2000: 19)

### 3.2 Factores de Riesgo

Ahora bien, continuando con la noción de riesgo es importante mencionar qué, factores de riesgo es un concepto proveniente del saber médico, por lo tanto es necesario trasladar y articular ciertos conceptos médicos al ámbito social. La autora Miriam Mitjaviala expresa que “se incorporó la cuestión de riesgo como concepto y como dispositivo que interviene fuertemente en la redefinición del saber médico, a través de procesos de medicalización de la vida social que implica la creciente y compleja colonización médica de nuevos dominios.” (Mitjavila , M 1998 : 1) Por lo tanto es importante poder indagar a través de este proceso, si desde la medicina se atiende o es interpelado el riesgo en los adultos mayores.

“Un factor de riesgo es una característica o circunstancia detectable en individuos o en grupos, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud. (...) Los factores de riesgo pueden ser tanto indicadores de riesgo como causas de daños a la salud.” (OPS, 1986: 13)

Todos los individuos, presentan distintos factores de riesgo o cuestiones que lo habilitan a ser más o menos vulnerables. El adulto mayor en particular atraviesa un proceso de envejecimiento, de pérdida natural de sus funciones, pérdida de autonomía entre otras cosas, lo cual lo vuelve aún más vulnerable ante los distintos tipos de factores de riesgo.

Dentro de los llamados factores de riesgo social existe una variada clasificación, se considera pertinente para este estudio la desarrollada por Mary Blanca López ya que es atravesada por el campo de la medicina, el social y el psicológico. Esta detalla algunos de los factores de riesgo psicosociales que afectan a los adultos mayores: *la jubilación (el hecho de volverse pasivo), viudez, desarraigo social, condiciones financieras desfavorables, soledad, maltrato, pérdida de roles sociales, inactividad física, institucionalización, barreras arquitectónicas, defunciones familiares y aislamiento.* (López, M 2003)

Es importante mencionar que cada uno de estos factores de riesgo lo son en la medida de que se den en su conjunto, o sea, el riesgo existe cuando se presenta uno de ellos, pero la potencialidad mayor se da en su conjunto. “Ningún factor por si solo determina fragilidad” (Protocolo MSP, 2007:14)

La viudez por sí sola no representa un factor de riesgo pero se potencia con otros en dos direcciones principales la primera directamente relacionada con una disminución sustancial de los ingresos provocando una vulnerabilidad económica

siendo esta otro de los factores de riesgo sociales. “En efecto, pese a que en los últimos años se diversificó la oferta de servicios destinados a la población anciana, la caída de sus ingresos monetarios muestra su situación y vulnerabilidad.” (Ludi, 2004: 62)

La segunda dirección que toma la vejez es lo que tienen que ver la inactividad, esto refiere al paso de formar parte del mercado activo laboral a ser pasivo; “(...) sin la preparación psicológica y social supone el paso brusco de una situación activa a otra pasiva e improductiva que puede conllevar a que el individuo no encuentre bienestar y estimulación en otras actividades cotidianas.” (López, M 2003) De esta manera la no atención a este factor de riesgo provocaría daños en el adulto mayor, en su relacionamiento con el medio, ya que no se le brindan herramientas para poder reorganizar su vida cotidiana, la cual estaba signada por una asiduidad a la actividad productiva.

Continuando con los factores se encuentran algunos que se podrían agrupar, ya que están relacionados entre sí, tales como: el aislamiento y la soledad estos factores de riesgo social hablan de la forma en cómo los adultos mayores se relacionan, o como no lo hacen.

Dentro del aislamiento se puede realizar una distinción entre emocional o social, el primero refiere a aquella situación en donde el individuo no tiene relacionamiento íntimo con las personas más allegadas a ella, y el segundo tipo de aislamiento refiere al no relacionamiento con otro grupo social que no sea el de convivencia. En los adultos mayores es muy notorio este factor y es potenciado con la pérdida de algún familiar o inclusive con la viudez; en ocasiones el aferrarse es tal que cuando se produce el desprendimiento y no existe un acompañamiento profesional ni familiar a este suceso el daño que ocasiona en el adulto mayor es inminente, teniendo una incidencia directa en el estado de salud física, y emocional.

“Mientras que el concepto de aislamiento se refiere al campo objetivo de los contactos sociales, el concepto de soledad alude más bien a la vivencias de la estructura de las interacciones sociales. El sentimiento subjetivo de soledad no está determinado, en modo alguno, por la frecuencia objetiva de los contactos.” (Lehr, 276: 1988)

Alude esto a que un adulto mayor puede tener contacto social, con más de un amigo, familiar, vecino, institución u otro, pero podrá perfectamente sentirse solo, en soledad. Debido a que el aislamiento no habla de cantidad de contactos sociales, sino de vivencias. Se observa entonces que el aislamiento, el no poseer contacto con

nadie, sumado a la soledad, puede ser un factor de riesgo social, que podría producir daños en esferas como psicológica y en la esfera de la salud propia.

Además de los mencionados se encuentran el desarraigo social y la pérdida de roles sociales, ambos factores tienen que ver con la percepción que se tiene de la vejez. La pérdida de roles sociales refiere a la consideración del adulto mayor como una carga social para sus familiares y para la sociedad, ya no aporta nada a la sociedad en su conjunto. Por lo tanto, es un sentimiento netamente altruista el adulto mayor comienza a retraerse evitando ser una carga social, y comienza el derrumbamiento social, provocando un sentimiento de culpa existencial que en ocasiones extremas lleva al suicidio.

Por lo tanto y observando la globalidad de la concepción de riesgo y factores de riesgo social se podría concluir la importancia que tienen para la vejez, y como median en la relación que este tiene con el medio social, considerándolos como factores que dificultan el relacionamiento propicio con el medio.

De esta manera se observa que existen diferentes aristas o dimensiones que se deben tener en cuenta a la hora de desarrollar intervenciones en el ámbito de la salud, para con los adultos mayores. Es así que muchas veces la atención se enfoca en otra dimensión que atraviesa verticalmente a toda, siendo un factor determinante en qué tipo de acciones se llevan a cabo, esta es la dependencia del adulto mayor.

A la hora de realizar un diagnóstico de salud inclusive social, se toma en cuenta la auto validez del adulto mayor, si es dependiente, semi dependiente, auto valido existen muchas clasificaciones, que en ocasiones determina también el grado de la intervención y el enfoque que va a tener la misma.

“En relación con la dependencia de las personas ancianas se distingue entre dependencia económica respecto a la generación que se ve incluida en el proceso laboral, dependencia fisiológica por modificación del aparato locomotor y de los órganos sensoriales, dependencia psíquica y mental por déficit de la memoria o pérdida de la capacidad de orientación, y dependencia social por pérdida de roles y aislamiento. Aún cuando la dependencia sea, en la vejez, un estado normal, se debería intentar por todos los medios reducir esta tendencia a la misma.” (Lehr, 278: 1988)

De esta manera así como se resaltaba el hecho de tener un enfoque de riesgo a la hora de captar un posible daño, se deben realizar acciones para reducir la dependencia del adulto mayor, más allá que sea una cuestión generacional, se



considera pertinente trabajar o educar la auto validez, así como también en el caso que sean dependientes, lograr los mecanismos adecuados para que esto no resulte contraproducente para el adulto mayor.

“En términos de acciones, la intención es utilizar la información sobre la distribución y extensión del riesgo en una comunidad para formular planes que reduzcan o eliminen los daños prioritarios. En particular, se usará información sobre el riesgo relativo asociado con la posesión, por parte de un individuo o una comunidad, de ciertas características (factores de riesgo), la prevalencia de estos factores de riesgo en la población y el poder predictivo de los factores identificados. En forma similar se usará la información necesaria para planificar las intervenciones correspondientes.” (OPS, 1986: 133)

### **3.3 Concepto de Salud**

Aparece el concepto de salud ya que es una categoría de interés a la hora justamente de hablar del riesgo, y también de la vejez. Además el estudio es realizado en el contexto de la salud (Hospital de Clínicas).

Si se procura poder intervenir desde el enfoque de riesgo también es porque se apunta a que el estado de salud de los adultos mayores sea el más adecuado.

Se entiende que salud es“(...) una categoría biológica y social, en unidad dialéctica con la enfermedad, resultando de la interacción armónica y dinámica entre el individuo y su medio, que condiciona niveles de bienestar físico, psicológico y social, permite al individuo el cumplimiento de su rol social y está condicionado por el modo de producción y el momento histórico del desarrollo de la sociedad (...)”. (Villar .H 2009: 39). Por lo tanto según esta concepción la salud es entendida desde dos aspectos, desde el biológico y social, esto resulta relevante para poder comprender al adulto mayor en su integralidad y por lo tanto visto desde más de una disciplina. Es importante en esta concepción de salud poder comprender como el adulto mayor se relaciona con el medio, cómo interactúa, si en realidad lo hace, qué rol juega en ese medio. Derivando de esta relación, el bienestar por el cual transita el adulto mayor y por lo tanto su calidad de vida. Como resultado a través de ese bienestar físico, psicológico y social, le permitirá al adulto mayor desarrollar una vejez activa, propiciando grados de salud inmejorables.

“El que se alcance un elevado nivel de salud o se produzca la muerte prematura está muy relacionado con las condiciones sociales en que viven inmersos el individuo y la colectividad”. (Sallareas. S 1990: 17) De esta manera el considerar el

contexto socio-cultural del adulto mayor resulta favorable para la intervención en las situaciones que se presentan en el campo de la salud, pero principalmente a la hora de abordar las problemáticas de los adultos mayores el primer nivel de atención.

La Organización Mundial de la Salud, define la salud como: “(...) un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (...)” (OMS. “*Informe sobre la Salud en el Mundo*” 2003). Desde esta concepción y ya una definición consensuada, se pauta como un estado completo de bienestar, es por esto una de las críticas que se le dan a esta definición, ya que desde el desarrollo humano es casi iluso llegar a un estado completo de bienestar. Pero si se puede tomar de este concepto que se define tomando en cuenta el bienestar, y no como otras concepciones que la definen en oposición a la enfermedad. En tanto que toma las tres áreas principales del ser humano, la biológica, social y psicológica, por lo tanto y descifrando este concepto, se puede decir que la salud es un estado de bienestar, desde estas tres áreas.

Es imprescindible entender este concepto y la integralidad que abarca para comprender desde donde se puede intervenir en las situaciones de los adultos mayores. Uno de los principales factores que se tratan en las políticas públicas destinadas a la vejez, es el bienestar. Por lo tanto se debe intervenir pensando en estos conceptos y en la integralidad del ser humano.

### **3.4 Calidad de Vida**

En virtud de continuar con la línea expuesta y en yuxtaposición a lo que significa el enfoque de riesgo, como enfoque protector de visualizar mejoras, de proyectar mejores devenires para los adultos mayores; encontrábamos la salud como un punto fuerte a tener en cuenta en este trabajo, ya que encierra todos los aspectos que atraviesan al ser humano, esta visión social, biológica y psicológica manteniendo un equilibrio entre si y logrando un bienestar. Mencionando también lo que se escribió al comienzo de un envejecimiento activo, de un bienestar en la vejez también resulta productivo traer a colación el concepto sobre calidad de vida. Ya que es importante en la intervención con adultos mayores poder prestar atención al enfoque de riesgo como medio protector, a su vez de contribuir a una salud-bienestar en ese proceso de envejecimiento, y ver en contraposición como impacta en la calidad de vida, y la importancia de estos aspectos para poder lograr o mantener una calidad de vida.

“La calidad de vida supone numerosos elementos. Se funda en el gozo tranquilo y seguro: de la salud y de la educación, de una alimentación suficiente y de

una vivienda digna, de un medio ambiente estable y sano, de la justicia, de la igualdad entre los sexos, de la participación en las responsabilidades de la vida cotidiana, de la dignidad y de la seguridad. Cada uno de estos elementos es importante en sí mismo, y la ausencia de uno solo de éstos puede alterar el sentimiento subjetivo de calidad de vida.” (C.I.s.P.C.V, 1999: 82)

Como se observa en esta definición hay diferentes aspectos que hacen a la calidad de vida, pero tienen que ver con dimensiones diferentes, algunas hacen a sentimiento como gozo y tranquilidad, otros se refieren al ámbito material, poder tener una vivienda digna, alimentación suficiente, otro habla del medio, un ambiente estable y sano, en tanto también refiere a valores de la ética y moral, como justicia, igualdad, responsabilidad, dignidad y seguridad. Todos estos aspectos tocan la vida del ser humano, y son imprescindibles para poder llevar una calidad de vida.

Ahora bien cuál es el punto y lo importante en relación a los adultos mayores, justamente es en donde podemos observar el déficit en muchos de estos aspectos, y es lo que hay que tener en cuenta a la hora de intervenir con adultos mayores, y planificar egresos de internación, o poder trabajar en prevención desde el ámbito comunitario. En lo que respecta a la vivienda digna, en muchas ocasiones los adultos mayores no cuentan con ella, transitan en las casas de sus hijos, y luego que pierden autonomía es complejo que puedan poder seguir viviendo allí, por lo que en muchas ocasiones van a parar a hogares de ancianos, con mucha precariedad. Además de que cuando colocábamos el ingreso económico como un factor de riesgo ya que las jubilaciones y pensiones son bajas, y no les permite poder subsistir, por lo tanto no pueden tener una alimentación suficiente y no acceden a una vivienda digna. Con lo que implica además tener dificultades económicas, que acarrea intranquilidad, e inseguridad en muchos sentidos.

Con respecto a todos estos aspectos, se debe tener un doble cuidado en los adultos mayores, ya que cuando llegan a los centros de salud llegan con déficit o falencias en algunos de estos aspectos que contribuyen a la calidad de vida. Por lo tanto si se antevienen a favor de un envejecimiento activo, y en procurar de ayudar al adulto mayor a poder lograr esa calidad de vida, las acciones deben estar dirigidas a poder palear o asesorar estos aspectos.

Ahora bien, que se determina la calidad de vida de una persona o como se sabe el nivel de vida de una persona, más allá de lo planteado. Según establece Max Neef : “La calidad de vida dependerá de las posibilidades que tengan las personas de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales.” (Max Neef,

1993: 36) Y aquí colocamos otro elemento de análisis las necesidades humanas fundamentales, como establece el autor la calidad de vida dependerá de las posibilidades que tenga una persona en poder satisfacerla como es debido.

“En la búsqueda de una mejora sostenible de la calidad de vida, es necesario dar la máxima prioridad a la satisfacción de las necesidades mínimas para la supervivencia de la población, para permitirle que, al menos sobreviva: aquí no cabe la mínima discusión. En el nivel de la pobreza y por debajo de ella, la cantidad es naturalmente, esencial, tanto en los ingresos como en los servicios. Es evidente que tiene que existir una cierta cantidad mínima antes de poder hablar de calidad de vida.” (C.I.s.P.C.V, 1999: 82) Comisión Independiente sobre la Población y la Calidad de vida.

Aquí se resalta otra vez el hecho de que si no se puede satisfacer las necesidades humanas fundamentales es inviable poder hablar de calidad de vida, además no solo de poder satisfacerlas sino de poder mantenerlas, para también lograr una calidad de vida sostenida y no esporádica; permitiéndole al adulto mayor poder disfrutar en plenitud de su vejez.

Ahora bien, “(...) Las necesidades humanas fundamentales son finitas, pocas y clasificables. Segundo: Las necesidades humanas fundamentales (como las contenidas en el sistema propuesto) son las mismas en todas las culturas y en todos los períodos históricos. Lo que cambia, a través del tiempo y de las culturas, es la manera o los medios utilizados para la satisfacción de las necesidades.” (Max Neef, 1993: 38) Lo que nos importa aquí es no saber cuáles son las necesidades de los adultos mayores, ya que son iguales para todos, lo que varía y es lo que hay que prestar atención es en que contextos socio-cultural se da y cuáles son los modos de satisfacer esas necesidades, poder indagar sobre los factores. Poder observar si en los adultos mayores existe tal cual existe en todos los demás, varía según el contexto nacional, y ver si esos factores son suficientes para poder paliar las necesidades humanas de estos, y porque no poder identificar los factores de riesgo a través de las necesidades no resueltas.

“Cabe agregar que cada necesidad puede satisfacerse a niveles diferentes y con distintas intensidades. Más aún, se satisfacen en tres contextos: a) en relación con uno mismo (Eigenwelt); b) en relación con el grupo social (Mitwelt); y c) en relación con el medio ambiente (Umwelt).” (Max Neef, 1993: 39) En relación a los adultos mayores muchas veces falla el poder satisfacer las necesidades vinculadas al medio y al grupo social, por sentirse este como una carga para la sociedad, o estigmatizados por esta.

Además desde la perspectiva planteada en este estudio se considera que para que un adulto mayor pueda tener una calidad de vida sostenida, con pleno goce de su vejez no solo es necesario que pueda satisfacer todas sus necesidades fundamentales resueltas, sino que además pueda llegar a un óptimo, a satisfacer esas necesidades en un plano de lo óptimo, por lo tanto por encima del mínimo. ¿Por qué?, porque de esta manera podrá mantener una buena calidad de vida, y en esta etapa, podrá contar con lo que precisa para sentirse bien, en todos los aspectos de su vida. Claro está, es un “ideal”, es casi ilusorio pensar en poder llegar a ese óptimo en un alto porcentaje de la población, pero si se debería apuntar a reforzar y fortalecer la satisfacción de necesidades en aquellos adultos mayores que han pasado por un centro de internación, o que atraviesan por factores de riesgo que los hacen declinar.

“Sendo o ótimo um conceito que depende do código moral de cada cultura, ele não pode ser sinónimo de máximo, porque este é um objetivo constantemente “em fuga” e, portanto, inalcançável; mas, poderá ser identificado com patamares mais elevados de aquisições de bens, serviços e direitos a partir do estabelecimento de provisões básicas.” (Pereira.P, 2000: 31) Partir de lo básico para poder llegar a este óptimo.

## Capítulo IV

### *Una experiencia a compartir: La trayectoria de estudiantes de Trabajo Social en la Cátedra de Geriátría del Hospital de Clínicas*

A través de este capítulo se va a recuperar y tratar de reconstruir una experiencia de práctica pre-profesional del 3 año de la carrera Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, como ya se mencionó al comienzo, que fue la motivación para este estudio. Se presentará la experiencia en el Hospital de Clínicas, y la cátedra de geriatría, para poder indagar y analizar lo trabajado hasta el momento. Particularmente se retoman algunas líneas de la sistematización de la práctica, pero mayormente de la investigación realizada en el piso 12 del H.C en donde se investigó sobre los adultos mayores y el equipo de intervención, de la cátedra mencionada.

#### **4.1 Contextualización**

La experiencia en el Hospital de Clínicas nace “(...)del proceso de práctica realizado por el grupo de estudiantes desde el nivel de intervención intermedio, en el contexto de la materia Metodología de la Intervención Profesional II (MIP II), llevado a cabo en el piso 12 del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela.” (Sistematización, 2010 MIP II).

La principal característica que tenía en aquel momento el piso 12 era, que el encargado de piso era un Doctor Geriatra los pacientes internados allí eran en su totalidad adultos mayores, por lo tanto se había convertido en un piso tácitamente para adultos mayores.

Por lo tanto era la cátedra de geriatría la cual derivaba adultos mayores con problemas de riesgo social, por ser el único piso del Hospital que en ese momento contaba con geriatra y personal que integraba la cátedra de geriatría. Eso daba lugar a que la mayoría de los pacientes internados allí fueron adultos mayores, con problemáticas de riesgo social, además de dificultades de salud.

El piso 12 en ese momento según explicaba el doctor estaba compuesto por “por un equipo que incluye, enfermería, nurse jefa de piso, nurse supervisora, y por cada sala un profesor, dos asistentes, dos residentes y dos internos (egresados que hacen un año de internado).” (Sistematización MIP II, 2010:82)

Ahora bien, cuando se va dando la integración del grupo al centro de práctica y se propone la estrategia de intervención que se iba a desarrollar, se propone una

planificación con talleres grupales para los pacientes internados allí. Fue una propuesta aceptada en la teoría pero en la práctica resulto complejo poder llevarla a cabo, por variados motivos, tanto de los referentes como de los practicantes. Por lo tanto no se realizó lo que se había propuesto, y es en ese momento surge la idea de poder realizar una investigación en el piso. Luego de haber hecho entrevistas, un censo y de tener contacto con el funcionamiento del piso así como con los pacientes, saltaron a la vista muchas cosas, que nos pareció bueno poder comenzar a indagar.

Es en este contexto que surge la investigación, desde este estudio se rescatará aquellos aspectos que hacen a la intervención, y que dieron lugar a conocer el funcionamiento del equipo que trabaja con adultos mayores. Por lo tanto se recuperaron discursos de los profesionales, doctores, y otros, además de algunos discursos de los pacientes.

Las principales hipótesis que se manejaron en la investigación fueron las siguientes:

- “Los viejos fortalecen sus redes sociales a partir del momento de la internación en el piso 12 del Hospital de Clínicas.”
- “La hospitalización en el piso 12 no modifica los factores de riesgo que llevaron al viejo a su internación.” (Sistematización MIPII, 2010: 19)

La característica que atraviesa ambas hipótesis es el hecho de indagar qué pasa durante la internación y cuál podría ser el papel que tiene el equipo interdisciplinario de la cátedra de geriatría.

#### **4.2 ¿Abordaje integral, e interdisciplinario?**

Luego que se realizaron las primeras entrevistas a los profesionales del piso 12, se comenzaron a constatar algunas particularidades, que dejan signo de interrogación, con respecto a la mirada del trabajo gerontológico, y de enfoque de riesgo. La falta de abordaje integral es lo que llama la atención, siendo en donde ese debe ser el eje principal. En la entrevista el médico geriatra “(...) se comenzaron a identificar ciertas problemáticas causadas por la falta de un abordaje de tipo social sobre las personas internadas, las mismas son la carencia presente de un trabajo coordinado e integrado a lo médico sobre la planificación del alta del sujeto internado.” (Sistematización MIPII, 2010: 19).

Como se observa, se notó la falta de profesionales, y no específicamente referidos a recursos humanos, sino que no hay un abordaje de tipo social, que dé lugar

a poder concretar otras intervenciones en coordinación y en resonancia con la intervención médica. De esta manera se dejan muchos puntos débiles que en realidad da lugar a que el sujeto internado vuelva a recaer. Este *abordaje integral* que incluye además de lo médico un trabajo social y psicológico, sería muy positivo para planificar el alta del sujeto internado, como se mencionó.

Y por qué este afán de incorporar a otros profesionales en un ámbito netamente médico, tienen que ver con justamente un trabajo gerontológico e interdisciplinario.

Continuando con la misma línea "(...) en el desarrollo de la práctica se logró ver directamente lo importante que es esto para que la persona que culmina su período de internación, no vuelva a caer en la misma situación que lo llevó a estar internado en el piso 12 del Hospital de Clínicas." (Sistematización MIPII, 2010: 19).

Y aquí es donde se ve como variaría un trabajo interdisciplinario, y también un trabajo territorial en red, que aunque existe toda la motivación de realizarlo, no se puede concretar de manera adecuada; provocando recaídas de los adultos mayores, como se consta en la investigación en donde se observó que en más de una ocasión los adultos mayores volvían a estar internados.

Claro está existen factores endógenos y exógenos, factores del individuo que dan lugar a su recaída, pero también factores exógenos externos al paciente, haciendo referencia al equipo interdisciplinario que en ocasiones no logran paliar las necesidades sociales más visibles. Y se procura el alta médica por una demanda urgente de camas, pero se deja de lado, que sin un adecuado seguimiento integral ese adulto mayor vuelve a recaer en la misma situación. Se dejan de lado los factores sociales y psicológicos ya mencionados, o directamente se los desconoce. Y cuando se da algún indicio de riesgo, que llama la atención y da el alerta, no se lo toma en cuenta; a esto se refiere el estudio cuando se habla de un enfoque de riesgo, como medio protector, a través de mecanismos que permitan detectar indicios de riesgo y pongan alerta ayudando a poder modificar la intervención a favor del adulto mayor.

En una de las entrevistas que se le realizó al médico geriatra se sigue nombrando este aspecto del trabajo interdisciplinario y del abordaje integral, y este visualiza una de las falencias como equipo de intervención gerontológica, manifestó que: "(...) la presencia del trabajo social es fundamental porque una de las cosas que debe hacer es contactar vínculos para el paciente tanto dentro como fuera de la institución. También es importante su presencia porque el diagnóstico de los pacientes se tiene que realizar desde el momento en el que ingresa al piso, y el alta muchas veces se encuentra limitada por lo social, porque muchas situaciones sociales limitan tratamientos." (Sistematización, 2010: 113). Aquí lo que se resalta es la concepción que



tiene el médico geriatra, sobre lo que significa un trabajo interdisciplinario donde cada disciplina actúa desde su lugar. Y en el discurso de este parece muy claro, ahora bien, cuando se realizó la entrevista se deja entrever a lo social o psicológico sumergido o como disciplinas anexas a la medicina; que si bien el campo gerontológico tienen esta característica, no quiere decir que se una intervención interdisciplinaria de las más adecuadas.

Aquí no es una lucha de poder ni mucho menos, de ver quién tiene más incidencia o ver qué disciplina se impone sobre otra, sino que conjuntamente las disciplinas y profesiones trabajen en una coordinación que procure poder atender al adulto mayor desde todos sus aspectos.

Continuando con el discurso del médico geriatra y de lo indagado en las diferentes instancias que se tuvieron con este también “(...), manifestó que en geriatría no les interesa “sanar” a los adultos mayores sino que el énfasis está en tratar que el mismo continúe siendo independiente.” (Sistematización MIPII, 2010:82)

Lo cual parece ir por un buen camino, ahora bien, la pregunta surge cuando uno encuentra que en el piso no existen profesionales capacitados para promover esto que es parte de un envejecimiento. Allí no existen fisioterapeutas, terapia ocupacional, psicólogos, trabajadores sociales, y muchas otras disciplinas que contribuyan a esto (se sobre entiende que hay plena conciencia de la escases de recursos económicos y humanos). Se considera que el énfasis está bien colocado, pero lo que refleja en la realidad es que eso no ocurre, y los adultos mayores son dados de alta bajo un riesgo altísimo, entendiendo que muchos de estos factores no son atendidos. No se observa un enfoque riesgo, solo se intenta palear las necesidades más próximas sin ir más allá, sin ir a la causa fundamental de la recaída o de una enfermedad.

“A través de las observaciones y entrevistas en profundidad que se realizaron a los diferentes sujetos internados en el piso 12 que conforman la muestra, se pudo evidenciar que en la mayoría de los casos no se brindan herramientas que contribuyan desde lo social al sujeto en el período posterior al alta, limitándose a brindar herramientas útiles para su bienestar físico.” (Sistematización MIPII, 2010:32)

Quizás se peca de iluso, por pretender una intervención que vaya más allá de la salud física, pero se considera que, si existe una cátedra de geriatría especializada en esto, en donde funciona con un equipo “interdisciplinario” con doctores y otros profesionales formados en la materia, y se denota que estos aspectos pasan por alto, algo no está del todo bien.

Esto que se ha mencionado es en el contexto de indagar la intervención gerontológica desarrollada allí. Con respecto a esto el médico que se mencionó agregó que “(...)el contacto con el paciente y/o su familia se da de forma directa, dijo

“todos conozcamos a todos los pacientes”; y por otra parte comentó acerca de lo que se trata de promover, que es el hecho de brindarle herramientas al paciente para su salida de forma independiente, y no acostumbrarlo a la idea de que por ser viejo es dependiente, está subordinado a que sus actividades o hasta sus cuidados se hagan por parte de otro individuo.” (Sistematización MIPII, 2010: 98). Otra vez se da un eufemismo, si bien se observa que el médico geriatra realmente conoce a los pacientes y se interioriza en sus necesidades y problemáticas, no sucede así con el resto del equipo que trabaja allí en el piso 12.

Se percibía la no existencia de una comunicación fluida el equipo y el paciente o familiar, generalmente los temas a tratar son estrictamente médicos, y no conocen a los pacientes más allá de saber en cama están. Con esto se hace referencia a que no existe un conocimiento de la realidad del paciente. No solo conocer qué le duele, sino conocer acerca de sus vivencias, de su historia, de cuáles fueron los desencadenantes que lo llevan a estar internado, para poder comprender el motivo por el cual el adulto mayor declina.

En la investigación se realizaron observaciones pasivas, en donde se buscaba recoger cómo era el movimiento y la disposición institucional de las salas, además observar a los profesionales y técnicos. También ver cómo era la relación entre paciente-profesional, si existía un buen clima, una buena comunicación. Todo lo que favorecer una recuperación del adulto mayor, que además contribuyera a su bienestar, físico, social y psicológico.

“Por parte de los enfermeros, constatamos que estos pasan la mayoría del tiempo dentro de la enfermería, estos conversan entre ellos gran parte del tiempo, y en determinadas oportunidades concurren a las salas a atender a algún sujeto, ya sea para hablar con el sujeto internado, ver si está molesto o no, controlar el suero, inyectarle alguna medicación, estas son las actividades que realizan los enfermeros durante el horario de visita. También observamos que la relación de enfermeros con los pacientes se limita a tratar temas relacionados a la patología, le preguntan como el sujeto se siente, si tiene dolor, le toman la presión, le controlan la respiración.” (Sistematización, 2010: 203 ). Se observa que quizás se podría intervenir desde otro lugar, y procurar una mejor estadía en los adultos mayores allí, ya que el relacionamiento, el integrarse, el poder expresarse, el intercambiar, son herramientas que también ayudan a una intervención eficiente, y porque no, también contribuyen a un bienestar emocional.

Se observa que no hay una intervención gerontológica en el sentido de la palabra, y lo que se denomina interdisciplina se ve desdibujado. No existe una

intervención gerontológica de cambio que actué como agente movilizador e intente modificar una situación, para que le sea más favorable al adulto mayor.

Continuando con observar el caso de la cátedra de geriatría, y el caso del piso 12 del H.C, también se observa que en ocasiones por falta de recursos humanos, se desdibujan los límites profesionales, y se superponen las disciplinas perdiéndose de vista el objetivo. Se observa esto en una de las actividades que se realizó en el piso, mientras los estudiantes observaban la sala y su funcionamiento, notaron que:

“Una de estas enfermeras realizó unas preguntas a una paciente, preguntas que tenían relación con lo social, ya que preguntaba sobre ingresos, estado civil, familia, y otras. Luego que ésta terminó accedimos a preguntarle porque realizaba tales preguntas a los que nos contestó que ella como enfermera hacía una valoración social sobre los pacientes. A su vez comentó que estaba buscando la manera de comunicarse con una Asistente Social porque había detectado una vulnerabilidad en una de sus pacientes.” (Sistematización MIPII, 2010: 196). Aquí es donde se veía lo de los límites profesionales, se observa como correcto que los profesionales incorporen a las otras disciplinas, pero no que cumplan un papel que no les corresponde; denota claramente una desarticulación y falta de abordaje integral.

Otro de los aspectos importantes de la intervención gerontológica es poder notar e indagar las redes sociales, primarias y secundarias, porque funcionan como el sostén para el adulto mayor y que favorecen su recuperación. Asimismo actúan como un mecanismo protector, que prevé posibles riesgos sociales, o físicos.

“Siguiendo con esto, la mayoría de los sujetos internados manifestó que sólo lo visitaban aquellas personas con las que se relacionaba antes de estar internado.

Ante lo dicho previamente, se nos planteó una situación particular, en la cual uno de los sujetos entrevistados, manifestó que durante el período de internación comenzó a tener contacto con su hermano, con quien hacía años estaban distanciados debido a un problema de tipo familiar. Un dato importante relevado a través de la realización de las entrevistas en profundidad, es el hecho de que la mayoría de los sujetos que conforman la muestra si bien presentan redes sociales, éstas pertenecen en su mayoría a la dimensión de redes primarias. A lo que se suma que ninguno de los sujetos entrevistados participa de actividades culturales, institucionales, organizaciones u de otro tipo. Algunos de los entrevistados ante la ausencia de familiares y otros vínculos afectivos, presentan un sostén de tipo institucional como por ejemplo cuidadores contratados e inclusive profesionales del piso.” (Sistematización MIPII, 2010:31)

En la investigación se observó que gran parte de la población de estudio tenía redes sociales primarias de apoyo, que quizás era uno o dos familiares pero, esta red

existía y era presente. Pero se notó que en lo concerniente a las redes secundarias o institucionales existe un vacío, donde muy pocos de los entrevistados presentaban indicios de realizar alguna actividad, o tener alguna relación con instituciones educativas, culturales o religiosas.

Esto puede resultar como perjudicial para los adultos mayores. El tener actividades culturales y relacionarse, contribuye a la integración de este a la sociedad y se evita el aislamiento social, uno de los factores de riesgo de mayor preponderancia.

Ahora bien desde el equipo interdisciplinario se debe constatar estas situaciones, y dar respuesta a través de un trabajo en red, para facilitar al adulto mayor que egresa del centro de salud, tenga actividades promocionales, participación ciudadana, *empowerment*; y no se limite solo ir a la policlínica del barrio a repetir medicación.

### **4.3 Rol del Trabajo Social desde la cátedra de geriatría**

Luego de contrastar la experiencia en el piso 12 del Hospital de Clínicas, e indagar algunos aspectos, fue propicio poder extender el análisis desde otra cara, para poder comprender mejor el modo de intervención. Por tal motivo se realizó una entrevista en profundidad a la referente de Trabajo Social pero esta vez con la perspectiva del actual estudio. Para poder indagar otros aspectos que quizás no quedan claros; también para poder comprender como es que desde el servicio social, y de la cátedra se concibe el trabajo con adultos mayores.

Esta describe al hospital y a la cátedra: “El hospital de clínicas es un hospital terciario, de tercer nivel de atención, lo que es policlínica es la especialidad de geriatría, es una especialidad, es un área de referencia a nivel comunitario, ósea, el viejo es captado o es asistido a nivel del primer nivel, y al detectarse algunos, síndromes geriátricos o algunos, algún tipo de patología con el tema de la edad y eso, es referencia en geriatría, es que lo valore la especialidad de geriatría” (Entrevista anexo 1 ). Lo que se observa a partir de la entrevista es que una de las principales funciones de la cátedra es la captación de aquellos adultos mayores más vulnerables, además de la valoración desde la geriatría.

Además se observa que desde el trabajo social, además de participar en la cátedra de geriatría, también participan de las tres áreas de la universidad; investigación, enseñanza y extensión: “(...) nuestro cargo es asistencial, no es un cargo docente, pero si prestamos, viste que hay como tres niveles de intervención, de

lo asistencial y de la docencias, viste ,si bien nuestro, nosotros somos funcionaras del Hospital de Clínica, con un cargo asistencial, cumplimos y colaboramos con las tres aéreas de la facultad, participamos colaboramos todo lo que tenga que ver con la formación docente, participamos, todo lo que tiene que ver con la parte social de la formación de los posgrados (...)" (Entrevista Anexo 1 ). Se hace referencia aquí, en el entendido que es un concepto importante observar que el trabajo social participa en el área de docencia de los post grados médicos, porque habla de la formación de geriatría dentro de la facultad de medicina dando cuenta que también tiene una formación desde el área social. Por este hecho no se quiere decir que ya exista una intervención interdisciplinaria, pero si denota que existe una participación del trabajo social, como una punta fuerte en la intervención con los adultos mayores.

El trabajo social desde el hospital tiene diferentes facetas, tanto en la cátedra como desde el Departamento de Servicio Social, existe una policlínica de trabajo social en donde los pacientes son atendidos indagando cada situación. Además existe como una manera de trabajo interdisciplinario, cuando desde el doctor geriatra deriva a un paciente al área social, luego de detectar algún factor de riesgo social.

En el área de la formación de los post grados: "Nosotros tratamos de formar al médico para que cuando el valore en esta vista integral tengan cuenta la parte social, tenga en cuenta un punto esencial en la valoración general pero a la vez que pueda detectar determinados factores de riesgo, que obviamente amerita una derivación porque la intervención no va a ser medica, entonces ahí se coordina en la policlínica social, y lo vemos acá formalmente, como si vinieran a ver al médico vamos a ver la historia, hacemos el relevamiento social, la derivación correspondiente, y planteamos determinados líneas de intervención a nivel de la intervención individual." (Anexo 6) Desde aquí se observa cómo funciona el trabajo en equipo desde la cátedra, en teoría hay una derivación para el área social cuando el médico detecta algo. Da cuenta de un trabajo interdisciplinario, que aunque está claro desde el trabajo social como la asistente social lo expresó; cuando se realizó la práctica en el piso 12 se pudo observar como muchas veces en la práctica esto no sucede. Según lo que se plantea en la entrevista existiría un trabajo coordinado entre los doctores geriatras y la policlínica de servicio social.

Se denotó además desde la entrevista un vasto conocimiento sobre síndromes geriátricos, y un buen uso de lo que son los mitos de la vejez, como un modo de lograr intervenir no desde el estigma sino desde lo saludable de la vejez, trayéndolo como un punto que se ha mencionado, el hecho de poder visualizar la vejez como saludable, y tratar de intervenir en pos de la calidad de vida de estos. Esto se observó cuando la asistente habla sobre las caídas y el motivo de ellas, "(...) en lo popular existe el

prejuicio de que los viejos se caen porque son viejos, y la caída en los viejos está demostrado que es un síndrome, los viejos no tienen porque caerse,(...)" (Entrevista anexo 1)

Cuando se indagó acerca del enfoque de riesgo, y principalmente sobre si la prevención estaba dentro de los aspecto que se consideraba a la hora de intervenir, expresa que la intervención en los adultos mayores posee muchos factores se debe tener en cuenta, y por lo tanto no se pueden dejar nada a la deriva. De esta manera cuando se interviene se trata de hacerlo desde todo el espectro que abarca al adulto mayor. "(...) la integralidad de cómo se encarna muchas factores que tienen que ver a la situación o a los factores de viejo hoy, entonces es como muy dinámico el abordaje que tenés que hacer del viejo que tienen que, es objeto de un tratamiento de geriatría, para hacerlo bien amplio, por supuesto que la prevención siempre va a estar presente así este hablando de un paciente terminal, pero siempre va a estar presente desde el punto de vista de en varias cosas, pero sí, siempre se le va a estar aportando información para que desde la prevención, no agrave o prevea otros males mayores (...)" (Entrevista Anexo1 ) Denota que se piensa en un enfoque de riesgo desde el área de trabajo social, quizás, no siempre es trasladado a las otras áreas.

# Reflexiones y desafíos.

## Reflexiones

Luego de este recorrido por diferentes momentos del estudio, desde la presentación de la teoría abstracta hasta el momento de la reconstrucción de la práctica, se puede reflexionar sobre diferentes aspectos. Lo primero a mencionar es que; el Adulto Mayor en la actualidad es una de las poblaciones que mayor estudio merecen por haber sido descuidados.

Existe mucha teoría e investigaciones sobre cómo son, cómo han sido, los porque y devenires de su estigmatización pero sin embargo existe escaso marco teórico sobre soluciones a todas estas incógnitas.

Surge una interrogante especial, basada en el concepto de enfoque de riesgo y la intervención desde la gerontología que es ¿Cómo se interviene en aquellos adultos mayores que no llegan a consultar en un nivel ambulatorio y no han tenido una recaída que propicie su internación?

Como expresaba en la entrevista con la trabajadora social de referencia, explicando que existe un núcleo de adultos mayores a los cuales no se llega a atender. Porque no llegan a consultar y tampoco se internan, pero que sin embargo necesitan una intervención de prevención para evitar recaídas y declives futuros.

Además se pudo observar el papel-rol que puede y debe jugar el Trabajo Social como articulador del espacio-tiempo de los adultos mayores. Fortalecer un ámbito en donde los adultos mayores no sientan tanto el peso destructor de la modernización audaz, que les roba toda su historia de vida, negándoles la posibilidad de que sus vivencias sean reconocidas. En suma, que el Trabajo Social, sea el mediador para que los adultos mayores sean lo menos estigmatizados posibles, y que toda esa historia de vida sea un aliciente para las nuevas generaciones.

Si se logra rescatar de cada generación, virtudes, motivaciones, vivencias, capacidad, entre otros, se lograría evitar la disociación que existe entre una generación joven frente a otra generación mayor, además se minimizarían los riesgos propios de cada generación, ya que se valoraría la generación precedente y la posterior.

En otro sentido, se observó que el labor desempeñado por el equipo de trabajo en el piso 12 del Hospital de Clínicas en los adultos mayores en aquel momento, era adecuado y valorable, pero también con dificultades en la comunicación de los integrantes del equipo de la cátedra; develando falencias a la hora de intervenir. Además que denoto dificultades en la intervención interdisciplinaria -como se explicitó- es más una intervención disgregada en disciplinas que intentan aportar, pero sin mayor interrelación entre ellas, y con una leve intervención que diera cuenta de la interdisciplina. Pero también se observó que desde el trabajo social, denotaba un intento de trabajar desde la interdisciplina, con un amplio panorama de cómo son los adultos mayores y como desde la gerontología es mejor intervenir. Pero que también se desdibuja su rol, relegándose a un modo sincrético de la profesión.

Se desprende además que la gerontología es una disciplina que requiere aún mayor esfuerzo, en el que día a día se siga trabajando en afinar modos, estrategias y un objeto de intervención más específico y que dé cuenta de cómo cada disciplina puede intervenir. Hace falta repensar ese objeto de intervención desde todas las disciplinas que se han nombrado, Trabajo Social, Medicina, Psicología, Sociología, Fisioterapeutas, etc.

## **Desafíos**

“El informe 2002 sobre la salud en el mundo, elaborado por Organización Mundial de la Salud, centra su atención y profundiza en la necesidad que tienen todos los países de reducir los riesgos y promover una vida sana. Atacar los riesgos, es decir aquellas situaciones riesgosas para la salud resulta una tarea esencial para lograr el mantenimiento de la salud y evitar la aparición de enfermedades.” (Toledo. A, 2003: 262)

Se han observado varios desafíos a partir de lo que has sido este estudio, algunos dirigidos directamente hacia los adultos mayores, otros dirigidos a la parte institucional y de políticas sociales. Como se expresaba en el informe de la OMS como un primer desafío surge en la necesidad de que las acciones desde la salud y otras áreas, se dirijan en la reducción de riesgos, para poder minimizar cualquier aspecto de la vida de los adultos mayores que pueda dar lugar a una enfermedad, pero por sobre todo, el desafío más importante es poder a través de acciones coordinadas en todos los actores de la sociedad, promover una vida sana, una calidad de vida.



El envejecimiento activo podría ser el concepto clave en toda intervención, tanto desde la cátedra de geriatría, del Departamento de Servicio Social, y desde todos los ámbitos. No solo que el adulto mayor no pierda la autonomía, sino además de eso logre valorizar el momento vital en el que se encuentra, ayudándolo y lo pueda disfrutar como cualquier etapa y no sea un peso para el mismo adulto mayor.

Desde el Trabajo Social, uno de los principales desafíos es integrar equipos interdisciplinarios con una presencia fuerte, con peso en las acciones y que no sea meramente un instrumento para otras disciplinas. Focalizados en un campo de intervención social fuerte, como eje primordial en la atención hacia los adultos mayores.

Con respecto a los objetivos planteados, se pudieron indagar y se exploraron como son los mecanismos de intervención desde la cátedra y desde el Hospital hacia los adultos mayores, queda como sugerencia el seguir explorando en esta línea ya que el campo de la salud también es cambiante, y seguramente muchos aspectos se modifiquen con el pasar del tiempo. Considero que el trabajo interdisciplinario se debe afinar como tal, exigiendo una articulación en conjunto, dando cuenta realmente que existe tal desempeño interdisciplinario.

Considerando las preguntas problemas que guiaron este estudio, se pude observar que desde la cátedra existe un conocimiento de trabajar con un enfoque de riesgo social, pero desdibujado en la práctica, concluyendo con acciones paliativas. Es de mencionar que desde el servicio social hay una fuerte visión en la prevención como eje principal. Sería conveniente que desde todas las disciplinas se pueda trabajar con un enfoque de riesgo social como medio protector, sin descuidar la salud claro está.

Para culminar queda como otro desafío procurar e intervenir para que el adulto mayor tenga participación en todos los ámbitos de la sociedad. De la misma manera que se integra en esta época a la mujer al parlamento y otros ámbitos que antes eren relegados para ella, también que el adulto mayor tenga un espacio de participación y de colaboración en ámbitos de decisión que relevantes para su bienestar. Se considera que el adulto mayor tiene aún mucho para dar.

*El arte de envejecer también tiene que ver con saber en dónde estar y en qué momento ser relevante para la sociedad.*

## ***Bibliográfica***

- **Ander-egg, E.** (1988). *“Trabajo Social e interdisciplinariedad”*. Ed.Hvmanitas. Argentina.
- **Apostel, L y otros.** (1982). *“Interdisciplinariedad y ciencias humanas”*. Ed. Unesco –Tecno. España
- **Barenys.** (1993) *“El envejecimiento: aproximaciones teóricas”*. Revista de Traball Social N° 131. España.
- **Beaver, M; Miller,D** (1998). *“La práctica clínica del Trabajo Social con las personas mayores, intervención primaria, secundaria y terciaria”*. Ed. Paidós. España.
- **Beck, U** (1986) *“La sociedad del riesgo”*. Hacia una nueva modernidad. Ed. Paidos Ibérica. España.
- **Buendía, J** (1994). *“Envejecimiento y Psicología de la salud”*. Ed. Siglo XXI España. Ed. S.A. España.
- **Carballeda, J.M** (cord) (2008). *“Salud e intervención en lo social”*. Ed. Espacio. Argentina.
- **Castel, R** (2005). *“La metamorfosis de la cuestión social”* Una crónica al asalariado. Ed. Gallimard. Francia.
- **Comisión Independiente sobre la Población y la Calidad de Vida.** (1999). *“Elegir el futuro”*. Ed. Iepala. Francia
- **Dornell, T y otros** (2009). *“La Interdisciplina en la formación curricular de los futuros profesionales que egresan de la Universidad de la República”*. Ed. Udelar.Red de Vejez y Envejecimiento. Uruguay.

- **Fassler, C (2009)** “*Hacia un sistema nacional integrado de cuidados*”. Ed. Trilce. Uruguay
- **Fericgla, J (1992)** “*Envejecer. Una antropología de la ancianidad*”. Ed. Anthtopos. España
- **Foucault, M (1992).** “*La vida de los hombres infames*”. Ed. Altamira. Argentina
- **Giddens, A (1997).** “*Modernidad e identidad del yo*”. Ed. Península. España
- **Giddens, A (1995)** “*Consecuencias de la modernidad*”. Ed. Alianza Universal. España.
- **Lea, M (1992).** “*¿Quién tiene miedo a envejecer?*”. Ed. Prolibro. Argentina.
- **Lehr, U. (1988).** “*Psicología de la Senectud. Proceso y aprendizaje del envejecimiento*”. Ed. Herder. España.
- **Ludi, M.C (2005).** “*Envejecer en un contexto de (des)protección social*”. Ed. Espacio. Argentina.
- **Luhman, N (1992).** “*Sociología del riesgo*”. Ed. Universidad Iberoamericana. México
- **Max Neef, M (1993).** “*Desarrollo a escala humana*”. Ed. Nordan-Comunidad. Uruguay
- **Mendioca, G (2003).** “*Sobre tesis y tesistas: Lecciones de enseñanza-aprendizaje*”. Ed. Espacio. Bs As. Argentina

- **Ministerio de Salud Pública.** (2007) *“Protocolos para el manejo en el Primer nivel de Atención de los Principales Síndromes Geriátricos.”* Ed. MSP. Uruguay.
- **Mishara, B; Riedel, R** (1986). *“El proceso de envejecimiento”*. Ed. Morata. España.
- **Mitjavila, M** (1999). *“El riesgo y las dimensiones institucionales de la modernidad””*. Revista de Ciencias Sociales. FCS.DTS. Fundación de Cultura Universitaria. Uruguay.
- **Mitjavila, M** (1998) Tesis. *“El saber medico y la medicalización del Espacio Social”*. Documento 33 DS-FCS-UDELAR. Uruguay.
- **Organización Mundial de la Salud. (2003)** *“Informe sobre la Salud en el Mundo 2003”*. Ed. OMS. Francia.
- **Organización Panamericana de la Salud (1986).** *“Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil”*. Ed. OPS. E.U.A
- **Paredes, M (2010).** *“Indicadores socio demográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay: Una perspectiva comparada en el contexto Latinoamericano”*. Ed. Lucida Ediciones. Uruguay
- **Pereira, P** (2000). *“Necesidades Humanas”*. Ed. Cortez. Brasil.
- **Piña, M** (2004) *“Gerontología social aplicada”*. Ed. Espacio. Argentina.
- **Pucci, F** (2004). *“Aprendizaje organizacional y formación profesional para la gestión del riesgo”*. Ed. CINTERFOR. Uruguay

- **Puga, D** (2005). “La dependencia de las personas con discapacidad: entre lo sanitario y o social, entre lo privado y lo público.”  
En revista Española Salud Pública N° 79. España
- **Sallareas, S** (1990). *“Educación Sanitaria, principios, métodos y aplicaciones”*. Ed. Díaz de Santos. España.
- **Sánchez, C** (1990). *“Trabajo Social y Vejez. Teoría e intervención”*. Ed. Hvmánitas. Argentina.
- **Sánchez, C** (2000). *“Gerontología Social”*. Ed. Espacio. Argentina.
- **Taylor, S.J.; Bodjan, R.** (1987). *“Introducción a los métodos cualitativos de investigación”*. Cap. IV “Entrevista en Profundidad”. Ed. Paidós. Barcelona, Madrid.
- **Toledo, A** (2003). *“Los desencuentro de la Salud”*. Centro Interamericano de cooperación y capacitación. Ed. Prontografía. Uruguay.
- **Villar, H; Capote, R.** (2009) en Berterretche, Rosario. *“Salud y enfermedad”. Conceptualización y evolución histórica*. Tercera edición. Ed. Oficina del libro FEFMUR. Uruguay.

#### **Fuentes Documentales:**

- **López, B.M** (2003). *“Programa de desarrollo CITED*.  
[www.redadultomayores.com.ar/buscador/.../DEMOG021\\_Lopez.pdf](http://www.redadultomayores.com.ar/buscador/.../DEMOG021_Lopez.pdf)  
[Consultada. 30/05/2013](#)
- **Ojeada, O.** (2006). “El rol del adulto mayor en la comunidad”.  
Archivo Pdf. En

[www.fcm.uncu.edu.ar](http://www.fcm.uncu.edu.ar).

- **Organización Mundial de la Salud.** Concepto de Salud

Consultada 17/6/2013 hora 15:42.

<http://www.who.int/suggestions/faq/es>

- **Red Latinoamericana de Gerontología.** Concepto de gerontología y geriatría. Consultada 10/8/2013.

<http://www.gerontologia.org/portal/index.php>

- **Poder Legislativo.** (2007) Ley N° 18.211. Sistema Integrado de Salud.

<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor>

- **Sistematización Metodología de la intervención profesional II.** (2010). Práctica pre-profesional- Supervisión Adultos Mayores. Ed. Facultad de Ciencias Sociales. Uruguay.