



Universidad Nacional de Rosario
Facultad de Ciencias Médicas

Escuela de Graduados

Maestría en Administración de
Servicios de Enfermería

**Situaciones familiares que derivan en la internación
del adulto mayor**

Por

Lic. Ángel Adrián Huber

Paraná - Año 2023

Directora de Tesis

Profesora Mag. Cecilia Rossi

RESUMEN

El estudio “Situaciones Familiares que derivan en la internación del adulto mayor” busca introducirnos a una realidad que se circunscribe a nivel de la extensión de la provincia de Entre Ríos y que requiere su inminente tratamiento al momento de pensar los cambios que genera en el estilo de vida de la población, en relación con sus repercusiones a nivel socio familiar.

El objetivo de este trabajo es identificar situaciones particulares de las familias de la provincia de Entre Ríos que en el periodo 2015- 2018 internaron a adultos mayores en instituciones geriátricas de larga estadía, teniendo en cuenta las condiciones particulares de los mismos.

Para esta investigación se llevó a cabo un estudio con enfoque metodológico cuantitativo de tipo descriptivo no experimental, observando el fenómeno de estudio en un tiempo único, que permitió identificar las condiciones inherentes al estado de salud de los adultos mayores que hacen a su deterioro e independencia y su impacto en la calidad de vida de si y su grupo familiar.

Los datos se recolectaron en las cinco Instituciones públicas existentes ESCIETE (Establecimientos de salud con internación en la tercera edad), con un instrumento realizado a tal fin. Para el análisis de los datos se utilizo el programa estadístico SPSS.

Como hallazgo principal se encontró que la internación se da porque las familias no pueden brindar los cuidados necesarios que garanticen la calidad de vida del Adulto Mayor.

Como recomendaciones para el tratamiento del tema se sugiere profundizar sobre la temática investigada en cuanto a la legislación vigente respecto a los

derechos de los Adultos Mayores y su decisión de incorporación a una internación en institución de larga estadía.

Palabras clave: adulto mayor - anciano - gerontología - familia

ÍNDICE

RESUMEN	1
1. INTRODUCCIÓN	5
2. ESTADO DEL ARTE	8
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
Objetivo general	15
Objetivos Específicos	16
Hipótesis	16
4. PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO	
Tipo de estudio y Diseño metodológico	17
Unidades de análisis	18
Población y muestra	19
Criterios de inclusión	20
Criterios de exclusión	20
Operacionalización de variables	20
Instrumentos y técnica para la recolección de datos	21
Recolección de datos	22
Plan de análisis	23
5. MARCO TEÓRICO	
Introducción	24
El envejecimiento en la actualidad	29
Características del adulto mayor	31
Características culturales	32
La vejez a través de la historia	33
Problemas a resolver	35
Situaciones familiares en Argentina	36
Los vínculos familiares	38
¿Por qué institucionalizar al adulto mayor?	41
Contextos de las institucionalizaciones de los adultos mayores	45
Problemas a considerar	50

6. PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS DATOS	52
Discusión	66
7. CONCLUSIÓN	70
8. BIBLIOGRAFÍA	74
9. ANEXOS	
Anexo I Cuestionario de prueba	85
Anexo II Cuestionario aplicado	88
Anexo: Consentimiento informado	92
Anexo III Ley N° 923 Sistema de tipificación, normalización y reglamentación de Prestaciones y servicios gerontológicos y geriátricos de la Provincia de Entre Ríos	94

GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Sistema de Salud utilizado por la familia del adulto mayor internado en un ESCIETE de la provincia de Entre Ríos en período 2015-2018	54
Gráfico N° 2: Género del adulto mayor internado en un ESCIETE de la provincia de Entre Ríos en el período 2015-2018.	56
Gráfico N° 3: Edad del Adulto Mayor internado en un ESCIETE de la provincia de Entre Ríos en período 2015-2018	57
Gráfico N° 4: Causa principal de internación del adulto mayor internado en un ESCIETE de la provincia de Entre Ríos en el período 2015-2018	62

TABLAS

Tabla N° 1: Constitución del principal ingreso familiar - Sistema de salud utilizado	53
Tabla N° 2: Género del jefe de hogar - Formación educativa	55
Tabla N° 3: Edad del adulto mayor - Género del adulto mayor	58
Tabla N° 4: Género del adulto mayor - Rol familiar del adulto mayor	59
Tabla N° 5: Edad del adulto mayor - Rol familiar del adulto mayor	60
Tabla N° 6: Casa propia del adulto mayor - Ingreso	61
Tabla N° 7: Estado de salud - causa de internación	64

1. INTRODUCCIÓN

Como indican los informes de la OMS, el incremento poblacional de adultos mayores constituye un problema de salud mundial, especialmente en los países desarrollados y subdesarrollados, pues durante los últimos años todas las sociedades del mundo que han alcanzado un nivel de vida próspero han experimentado cambios demográficos, los que paradójicamente están vinculados a procesos de internación de esta franja poblacional, en lugares de larga estadía.

A nivel nacional, la situación no difiere en rasgos generales de lo que acontece a nivel macro, ya que según el “Reporte de Envejecimiento Poblacional a nivel nacional y provincial. Argentina 1991-2010” (2021), “entre 1991 a 2010 el porcentaje [de personas mayores de 60 años] asciende a 12,9 y 14,3 por ciento respectivamente. Siguiendo esta tendencia, la población de mayores de 75 años pasa del 3,3 por ciento de la población en 1991 al 4,5 por ciento en el año 2010.” Por lo que el aumento de la proporción de personas mayores es cada vez mayor, pasando a ser el envejecimiento demográfico un tema de gran relevancia política.

A nivel provincial, en Entre Ríos se dan distintos escenarios que colocan a los adultos mayores en situación vulnerable, tras haber pasado por internaciones breves ocasionadas por problemáticas de salud y que, al momento de su alta médica, frecuentemente la familia presenta diferentes argumentos para poder garantizar su cuidado y atención.

En este sentido, se evidencia la necesidad de controles y atenciones acordes a esta franja etaria, lo cual confluye en situaciones de dependencia, tanto en el plano físico como económico y afectivo.

Surge entonces el marco normativo que confiere, en algún grado, determinadas garantías para los procesos de internación en instituciones de larga estadía de los adultos mayores.

En mi trayectoria de intervención profesional desde el hacer enfermero, he podido vivenciar múltiples situaciones que derivaron en internaciones de pacientes en general. Pero en particular, se observaron actos en los que las personas adultas mayores requerían de internaciones para abordajes clínicos y que, a su alta médico institucional, los familiares responsables manifestaban la imposibilidad de incluirlos en su núcleo familiar inmediato. Este proceso de reubicación en un lugar de destino representaba un escenario nuevo para el paciente y para quien había desarrollado la intervención en pos de su recuperación clínica.

Esas circunstancias fueron in crescendo, causando el interrogante que sirvió de base para llevar adelante esta investigación: qué situaciones particulares de las familias, combinadas con las condiciones específicas de los adultos mayores, generan internaciones en instituciones geriátricas como forma de brindar cuidados y atención para garantizar la calidad de vida que éstas no pueden sostener.

El presente trabajo de investigación se inicia con una Introducción en la que se contextualiza, especifica y justifica la temática elegida que permite introducir al lector en el contexto de la investigación.

En el siguiente apartado de Estado del Arte, se exponen aquellos trabajos que sirvieron de sustento a esta investigación y reflejan la situación del adulto mayor en situación de internación.

En el punto 3, se exponen el planteamiento del problema junto con el objetivo general, los objetivos específicos y la hipótesis.

En el capítulo 4, Planteamiento Metodológico, se abordan elementos conceptuales sobre el tipo de investigación, las unidades de análisis y las variables establecidas. Además, se describen los instrumentos y técnicas de recolección de datos y el tratamiento y procesamiento de los mismos.

En el capítulo 5, del Marco Teórico, se desarrollan los conceptos teóricos referidos al envejecimiento en la actualidad, las características del adulto mayor. La evolución de la vejez a través de la historia. También, se desarrollan conceptos sobre las situaciones y los vínculos familiares. Como último aspecto, se plantea la problemática de la institucionalización de los adultos mayores.

En el 6º apartado se presentan los datos obtenidos de las encuestas llevadas a cabo y el análisis de los mismos, considerando las variables presentadas.

En los capítulos 7 y 8 se presentan las Conclusiones y la Bibliografía, respectivamente.

Y, por último, en el apartado Anexos se adjuntan los cuestionarios empleados, tanto el de prueba como el definitivo y el texto de la Ley N° 923 “Sistema de tipificación, normalización y reglamentación de Prestaciones y servicios Gerontológicos y geriátricos de la Provincia de Entre Ríos.”

2. ESTADO DEL ARTE

Para la elaboración de este apartado se hizo, inicialmente, una revisión bibliográfica sobre las situaciones particulares de las familias que llevan a la internación del adulto mayor. Seguidamente, sobre las condiciones particulares de los adultos mayores referidas.

En el trabajo de grado de Vizcaíno y Solano (2017) se plantea como objeto conocer la adaptación e impacto de la internación en un centro geriátrico, tanto en la familia como en el anciano. Para ello aplicaron un cuestionario creado en la Universidad de Murcia basado en el modelo de adaptación de Rosental & Dawson (1992) a una muestra de 20 familiares de ancianos residentes en el hogar Geriatrico Semillitas de Fe, de Barranquilla (Colombia). Como conclusión, encontraron que los familiares estaban en fase de adaptación y no habían asimilado, superado e incorporado el cambio a la reorganización de las relaciones familiares y sociales.

En el estudio “Situación familiar del adulto mayor institucionalizado” (Arias Soto, Amador Anguiano y Preciado Jiménez, 2014), los autores abordan el análisis de la participación familiar en la atención del adulto mayor institucionalizado en el Asilo de Ancianos y Casa Hogar de los Municipios de Villa de Álvarez y Colima, ambos situados en el Estado de Colima, México. Con una metodología de enfoque cualitativo, utilizando el método fenomenológico, el nivel de estudio fue

exploratorio. Las técnicas de recolección de datos fueron la entrevista estructurada y la observación no participante, aplicadas a las trabajadoras sociales de las instituciones. Una de las principales conclusiones a las que arribaron fue que en Colima, el grupo de adultos mayores se había incrementado rápidamente y su cuidado representaba importantes retos, ya que los cambios en la sociedad y la familia urbana (familias y viviendas más pequeñas, mujeres trabajando fuera del hogar, entre otras), hacían imposible que integren un adulto mayor en su composición familiar y esto generaba la necesidad de buscar alternativas de cuidados, como lo es el ingresarlo a un asilo o casa hogar; decisión que en ocasiones se tomaba sin consultar los deseos del interesado.

Al respecto sobre este último punto, cabe señalar que coincidentemente, en la provincia de Entre Ríos, si bien cuenta con la Ley de Geriatría N° 9823, tampoco se contempla la decisión del adulto mayor al momento de su ingreso a un geriátrico.

Guevara Peña (2016), en su estudio “Dignidad en la vejez: el caso de las personas adultas mayores institucionalizadas en el centro de protección social Bello Horizonte, Bogotá”, da cuenta de uno de los resultados de la investigación frente a los impactos de institucionalizar a personas en el hogar y el abandono. En dicha investigación hace un rastreo de la situación de la vejez en Bogotá y de los centros de protección social, así como de la política pública y social para el envejecimiento y la vejez en Bogotá en el período 2010-2025.

La investigación se desarrolló mediante la metodología cualitativa, con un

estudio de caso, a partir del paradigma crítico-social y utilizando técnicas de recolección de información como entrevistas, grupo focal y análisis documental. Entre los resultados y conclusiones se evidencia cómo en la etapa de la vejez se presentan con más fuerza las condiciones desiguales que se acumularon en el envejecimiento, haciendo explícitas las situaciones de pobreza, imposibilidad y auto sostenibilidad, vulneración de derechos, entre otros, que sufren las personas mayores, así como la necesidad imperante de cambios estructurales a nivel político, económico y social, que transformen la realidad de la población mayor.

Dicho hallazgo se vincula con el estudio de Aguilar-Hernández y otros (2018), “Caracterización del binomio adulto mayor-familiar de convivencia”, en tanto da cuenta que el incremento de la población del adulto mayor exige responsabilidad sanitaria y familiar para garantizar una mejor calidad de vida de éste. El objetivo de este trabajo fue identificar las características del adulto mayor y del familiar de convivencia como base para las acciones. La metodología aplicada al estudio fue descriptiva, transversal, con 96 binomios adulto mayor-familiar de convivencia. Se aplicó un cuestionario de datos biográficos y de salud para el adulto mayor y de datos socios demográficos para el familiar, mediante entrevista en los hogares. Se utilizó el Programa Estadístico SPSS Versión 17. Los resultados arrojaron una relación significativa en edad y sexo entre adultos mayores y familiares de convivencia. Además, que la convivencia es favorable para la salud porque hay un mayor control de las conductas de riesgo. Y la relevancia de las características del binomio adulto mayor-familiar de convivencia

para las acciones de promoción y prevención en los hogares, orientadas a fortalecer la relación.

Marta Vera (2007), en el artículo el “Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia”, plantea comprender el significado que la expresión lingüística “calidad de vida del adulto mayor” tiene para el adulto mayor y para su familia. Para ello realizó un estudio cualitativo, descriptivo, interpretativo–comprensivo, fundamentado en la Teoría de las Representaciones Sociales. Dicho estudio se concretó en el Asentamiento Humano Laura Caller, en Los Olivos, Perú. Formaron parte del estudio dieciséis adultos mayores con sus respectivos grupos familiares, entre 2004 y 2006. Las técnicas e instrumentos utilizados fueron la observación, entrevista a profundidad y grupos focales; guía de observación y dos cuestionarios con ocho preguntas guía, previamente validados. Los discursos a través de la objetivación y el anclaje y los análisis generales, ideográfico-axial y nomotético-selectivo permitieron identificar cuatro representaciones sociales: a) conocimiento sobre la vejez y ser un adulto mayor; b) elementos principales y secundarios del significado de calidad de vida del adulto mayor; c) valores y actitudes del adulto mayor y familia sobre la calidad de vida; y, d) necesidades del adulto mayor como ser social y la calidad de vida.

En el trabajo se concluyó que, para el adulto mayor, calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfechas como ser social sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información. Para la familia, que el

adulto mayor satisfaga sus necesidades de alimentación, vestido, higiene y vivienda.

Maricel Montes de Oca Peña, Aleida Santana González, Marbelys Martínez Romero y Mailiza Collado Montes de Oca (2009) llevaron a cabo estudio para ofrecer una propuesta de acciones para capacitación, a través de la aplicación de encuestas a 62 familias con adultos mayores pertenecientes al Policlínico Universitario “4 de abril”, de Guantánamo, Cuba, para determinar el conocimiento de las mismas acerca del manejo del adulto mayor.

El estudio se realizó en el período febrero-agosto de 2009 y se investigó el nivel de conocimiento sobre el adulto mayor referido a las características generales, cuidados al postrado, acciones para mejorar su calidad de vida, conservar y/o mejorar la memoria, la dieta y las acciones para brindarle una buena atención en el hogar. Los resultados mostraron que existe bajo nivel de conocimiento, pues la mayoría de las familias evaluadas desconoce el manejo de ancianos dependientes. El grupo de edad más afectado es de 70 y 79 años.

Los resultados de este estudio guardan vinculación con las dimensiones de las variables propuestas en esta investigación.

Sepúlveda y otros (2009), en el estudio “Perfil socio-familiar en adultos mayores institucionalizados. Temuco, Padre las Casas y Nueva Imperial”, refieren que el proceso de envejecimiento genera cambios importantes en el estilo de vida de la población, con repercusiones significativas en el volumen y distribución de la

carga social de enfermedad. En dicho estudio se planteó el objetivo general de conocer el perfil socio-familiar de adultos mayores institucionalizados en comunas de Temuco, Padre Las Casas y Nueva Imperial (Chile). Para ello, llevaron a cabo un estudio descriptivo transversal correlacional, con una muestra de 80 adultos mayores institucionales. La recolección de la información se realizó con el Cuestionario Calidad de Vida para Ancianos, elaborado por Inga y Vara, adaptado a los objetivos del estudio. Se realizó análisis descriptivo (distribución de frecuencias, medias, promedios-desviación estándar) e inferencial (chi cuadrado, Pearson). Como conclusión se constató una situación de aislamiento, soledad personal y déficit de cuidados entregado por las instituciones, especialmente del área de Enfermería, donde debería tener participación de privilegio en la toma de decisiones en políticas de cuidado para la población en estudio.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen distintas formas de nombrar a la población que ha alcanzado la edad adulta mayor. La OMS dirá que la vejez es una circunstancia social y biográfica del último momento del curso vital que comprende las últimas décadas de la vida de una persona. Esta finitud guarda relación con diferentes aspectos que han transversalizado el curso de su vida. Desde la gestación, la alimentación materna y posterior ingesta de nutrientes del nacido, remiten a situaciones que van a generar determinados impactos. Por otro lado, las formas de nutrición también están determinadas por pautas socioculturales y resultan, además, de las posibilidades socioeconómicas de cada familia.

La ONU refiere que las personas que han traspasado los 65 años de vida se verán duplicadas a mediados de siglo, por lo que el bienestar y los derechos de esta parte de la población deben ser constitutivos de la agenda para el futuro sostenible.

En Argentina, su convención establece que el rango de edad se fija a los 60 años, por lo que no existe diferencia en cuanto a la conceptualización regional ni local.

Al nombrar al adulto mayor, intrínsecamente remite al concepto de familia como grupo natural del ser humano. Es único y particular, es activo, nunca permanece estático, de hecho, ha sobrevivido a las transformaciones socioeconómicas que se han dado a lo largo de la historia, estableciendo diferentes relaciones de consanguinidad.

Su desarrollo se da en el ámbito de las influencias sociales, de las

condiciones históricas socio concretas, sistema de principios y valores en una red intergeneracional.

Con el incremento en la edad de las personas surgen cambios en el escenario que vincula a la convivencia familiar, el deterioro físico y cognitivo y ello nos remite a un interrogante: ¿Cuáles son las situaciones particulares de las familias y las condiciones particulares de los adultos mayores en Entre Ríos que, durante el periodo 2015 al 2018, llevaron a su internación?

Por lo tanto, en el presente trabajo se intenta esclarecer la relación de ambas variables y dar cuenta del resultado obtenido, constituyéndose en un nuevo campo para ser profundizado y así procurar o atenuar los porcentajes de internación del adulto mayor en residencias geriátricas.

Objetivo general

❖ Identificar situaciones particulares de las familias de la provincia de Entre Ríos que en el periodo 2015-2018 internaron a adultos mayores en instituciones geriátricas de larga estadía, teniendo en cuenta las condiciones particulares de los mismos.

Objetivos Específicos

- ❖ Conocer el estado de salud del adulto mayor.
- ❖ Identificar si el ingreso económico del adulto mayor incide en su internación.
- ❖ Identificar el rol del adulto mayor dentro del grupo familiar.

- ❖ Conocer si el nivel socioeducativo de quien decide la internación repercute en la decisión de institucionalización del adulto mayor.
- ❖ Especificar si la tenencia de un inmueble guarda relación con la internación del adulto mayor.

Hipótesis

- ❖ Las situaciones particulares de las familias y las condiciones particulares de salud de los adultos mayores determinan su internación en instituciones geriátricas de larga estadía de la provincia de Entre Ríos, en el período 2015 a 2018.

4. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio y diseño de investigación

Para poder analizar lo planteado en el problema de esta investigación se indagó en las situaciones socio-familiares del núcleo familiar del adulto mayor; puntualizando en quienes vehiculizan la internación de larga estadía como modo posible de resolver esta problemática, que emerge de repente en un contexto familiar determinado.

Para ello se realizó un estudio con enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, no experimental, observando el fenómeno de estudio tal como se da en su contexto natural, en un tiempo único, especificando las propiedades y características de las variables analizadas dentro de su contexto.

El presente trabajo se realizó tomando como referencia la provincia de Entre Ríos, durante el período 2015 a 2018, ya que el propósito del mismo fue describir la situación en un momento y lugar específico.

Unidades de análisis

La provincia de Entre Ríos cuenta actualmente con 5 instituciones reconocidas como ESCIETE (Establecimientos de Salud con Internación en Tercera Edad), que absorben la demanda de las familias que, teniendo a cargo adultos mayores, deben internar a los mismos y deciden hacerlo en el Sistema Público de Salud.

- ❖ Hospital A, cuenta con 57 unidades de internación

- ❖ Hospital B, cuenta con 87 unidades de internación
- ❖ Hospital C, cuenta con 21 unidades de internación
- ❖ Hospital D, cuenta con 50 unidades de internación
- ❖ Hospital E, cuenta con 80 unidades de internación

Población y muestra

Se realizó un muestreo no probabilístico con una cuidadosa y adecuada selección de la población objeto de estudio (familias). Para ello, se solicitó a los enfermeros jefes de las unidades de enfermería de los distintos establecimientos geriátricos (ESCIETE), datos referentes a las internaciones realizadas en el período seleccionado, tales como:

- Familias que en el período de estudio realizaron las gestiones y concretaron la internación de un adulto mayor en la institución geriátrica.
- Datos de contacto del familiar responsable del acto de internación (teléfono de línea fija o móvil, mail de referencia, días de visita efectivo).
- Causa de la internación del adulto mayor.
- Lugar de procedencia: domiciliario, institucional u otro.

Cabe señalar que este último ítem se solicitó para alcanzar un acercamiento con las unidades de análisis para su participación en el estudio.

El universo se constituyó con aquellas familias que en el período de estudio internaron a, al menos, un adulto mayor a su cargo.

Durante el período de estudio se registraron:

- ❖ Hospital A, 80 ingresos

- ❖ Hospital B, 77 ingresos
- ❖ Hospital C, 25 ingresos
- ❖ Hospital D, 37 ingresos
- ❖ Hospital E, 55 ingresos

Criterios de inclusión

- Familias que en el período de estudio (2015 – 2018) internaron a, al menos, un adulto mayor en una institución ESCIETE.
- Familias que realizaron internaciones de adultos mayores procedentes del domicilio.
- Familias que prestaron su consentimiento para participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Familias que realizaron internaciones de adultos mayores en instituciones ESCIETE de manera transitoria durante el período de estudio 2015 – 2018.
- Familias que realizaron internaciones de adultos mayores procedentes de otras instituciones.
- Familias que no aceptaron participar en el estudio.

Operacionalización de variables

Situaciones particulares de las familias: estados familiares que inciden en la decisión de la internación de los adultos mayores, entre ellos: situación económica, conformación familiar y características culturales.

Condiciones particulares de los adultos mayores: características de los adultos mayores que determinan la internación de los mismos, entre ellas: rol, dependencia y estado de salud.

Variables	Dimensiones	Indicador
Situaciones particulares de las familias	Situación económica	Características de la vivienda
		Ingresos económicos
		Sistema de atención de salud
	Conformación familiar	Cantidad de integrantes del grupo familiar
		Edades de los integrantes del grupo familiar
	Características culturales	Género del jefe de hogar
		Nivel de formación académica
		Tipo de familia

Condiciones particulares de los adultos mayores	Características del adulto mayor	Género
		Edad
	Rol del adulto mayor	Abuelo/Abuela
		Tío/Tía
		Suegro/Suegra
	Dependencia	Habitacional
		Económica
		Alteración del habla
		Alteración de la audición

	Estado de salud	Alteración del visión
		Alteración cognitiva
		Alteración motriz

Instrumentos y técnica para la recolección de datos

Como instrumento de recolección de datos se procedió a diseñar un cuestionario que respete las características de un instrumento de medición: validez, objetividad, replicabilidad, sensibilidad y especificidad, para lo cual se operacionalizaron las variables, determinando dimensiones e indicadores de las mismas.

Se comenzó el cuestionario con una breve introducción de la temática de estudio, aclarando la forma de dar respuesta a las preguntas.

Las preguntas demográficas fueron las primeras que se presentaron al encuestado, ya que se consideran de fácil respuesta por los mismos, para luego ir adentrando a los participantes en la temática planteada, insertando en aquellas en que fueran necesarias, las instrucciones para dar respuesta a las mismas.

Una vez diseñado el instrumento, se aplicó la prueba piloto a una familia que durante el período de estudio concretó la internación de un adulto mayor en una institución privada de la ciudad de Paraná. Por lo que no formó parte de la población en estudio (Anexo I)

Con las observaciones realizadas, se plasmaron las siguientes modificaciones sobre el instrumento:

- En todas las preguntas que decía sexo, se cambió por género.

- Pregunta 4: se amplió el primer rango de edad, comenzando con 18 años.
- Pregunta 8: se agregaron las opciones de teléfono móvil e internet.
- Pregunta 13: se modificó la presentación visual de la pregunta.
- Pregunta 14: se incorporó a las principales causas de internación, la propia decisión del adulto mayor. (Anexo II)

Recolección de datos

La recolección de datos se realizó tomando como referente familiar a la persona a cargo del adulto mayor o a aquella persona que fuera el familiar responsable de los trámites institucionales.

La modalidad se sirvió de la utilización de formato digital, con la salvedad de aquellos casos donde el destinatario no poseía manejo del medio propuesto. Como instrumento de recolección de datos, se procedió a diseñar un cuestionario elaborado por el autor, que respete características de un instrumento de medición: validez, objetividad, replicabilidad, sensibilidad y especificidad, para lo cual se operacionalizaron las variables determinando dimensiones e indicadores de las mismas

Se comenzó el cuestionario con una breve introducción de la temática de estudio aclarando la forma de dar respuesta a las preguntas y la denominación del instrumento y el propósito del estudio resaltando la importancia de la participación en el mismo y explicitando de forma breve el fin que se le dará a los datos como así también se dejó asentado la confidencialidad de lo obtenido. Dentro de la encuesta se comenzó con preguntas demográficas fueron las primeras que se

presentaron al encuestado, ya que se consideran de fácil respuesta por los mismos, para luego ir adentrando a los participantes en la temática planteada, incorporando en aquellas que sean necesarios las instrucciones para dar respuesta a las mismas.

De igual manera se procedió al diseño de un consentimiento informado, explicando el propósito del estudio, los principios éticos que resguardan la confidencialidad del participante como así también de su familiar institucionalizado. (Anexo III).

Plan de análisis

Una vez recolectados los datos se inició con el análisis estadístico. Se codificaron los mismos por categoría de los ítems.

Los valores registrados fueron transferidos a un archivo de SPSS (programa computarizado de análisis estadístico). Conocido por su capacidad de gestionar grandes volúmenes de datos.

Otra característica del mismo es que una vez ingresados los datos, dicho programa admite la posibilidad de ser modificados y utilizados de forma repetida lo que nos permitió analizar la relación entre las distintas variables.

5. MARCO TEÓRICO

Al visualizar los distintos posicionamientos que se han tenido acerca de la concepción del hombre a través de la historia, podemos partir de pensamientos como el platónico, que considera que el hombre tiene un alma unida al cuerpo y necesita mover a ambos simultáneamente. Ya en la Edad Media, con el teocentrismo encontramos una concepción de hombre en la que al cuerpo y al alma se agrega la espiritualidad. En la Modernidad, con la llegada del pensamiento cartesiano y su teoría racionalista, instituye en el hombre el saber, cuándo un conocimiento es verdadero o no lo es, por tanto, todos los hombres tienen conciencia de sí mismos y a esa conciencia se le llama alma.

En la Edad Contemporánea, Kant establecerá que la persona es el único ser del universo sometido a leyes propias y prácticas establecidas a su propia razón. Dichas leyes morales se las da el ser racional a sí mismo.

Al observar la situación actual, con los cambios que se dan día a día de las concepciones que se tienen del ser humano, surge la definición de un ser racional capaz de relacionarse, pero que, a su vez, debe ser sujeto de derechos, donde algunas personas se reconocen como tal y a su vez se enrolan en procesos participativos en los que garantizar los derechos es prioritario.

De las concepciones que han existido del adulto mayor a través de la historia, podemos distinguir distintos momentos. En contraposición a las pruebas que se han hallado, el promedio de vida ha aumentado paulatinamente, partiendo desde los 30 años en sociedades prehistóricas y llegando a los 65 en algunos grupos primitivos contemporáneos.

La organización en las sociedades nómadas, donde la supervivencia se basaba en el trabajo colectivo, el lugar de la persona más vieja era asimilable a una carga para el grupo, por las limitaciones físicas para el trabajo. Confluyendo en prácticas de gerontocidio. La muerte del viejo era, incluso, celebrada.

En la antigua Grecia, la utilización de armas portadas por los jóvenes permitía la defensa y obtención de nuevos territorios. Esta asignación de roles hacia los jóvenes no iba en desmedro de los más viejos, lo que sí ocurría era una reubicación del anciano en relación a su posición económica, generando lugares de privilegio. Algo similar se daba en la cultura romana.

En cuanto a la situación socio-económica, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Instituto Merck para el Envejecimiento y la Salud, realizando un estudio en Latinoamérica y el Caribe¹, lograron proyección de un incremento respecto a la producción de ingresos en mayores de 60 años, hallando que el 40% de hombres y 8% mujeres continúan en el mercado laboral.

Visualizando la trayectoria en la cual se ha intentado reconstruir la valoración del ser humano, podemos considerar que en la actualidad sucede algo bastante similar, coexistiendo algunas personas que valoran y protegen a los adultos mayores con otras que los maltratan y los abandonan en instituciones de larga estadía.

En cuanto al aspecto demográfico, se evidencia un cambio de corriente de pensamiento respecto a lo recabado del movimiento primitivo, evidenciándose una actitud humanizadora, donde el valor de la persona y el derecho a la vida son

¹ ONU (2004) <https://news.un.org/es/story/2004/01/1028491>

primordiales. Acerca de ello, ya el Papa Paulo VI (1967), desde una perspectiva religiosa, buscó que todos los hombres “pasen de condiciones de vida menos humanas a condiciones más humanas” (part II, 20)².

Sin embargo, históricamente, las diversas representaciones sobre la vejez han sido objeto de una profunda ambivalencia, en tanto estas miradas fluctúan “entre el reconocimiento y la sabiduría, por una parte, y la decadencia y el desagrado, por otra”. (Serna de Pedro, 2003, p.2).

Respecto a la conceptualización, la denominación tercera edad surge en Francia en 1950, designada por Huet, uno de los iniciadores de la Gerontología³. En 1994 la Organización Panamericana de la Salud, filial de la Organización Mundial de la Salud, decidió emplear el término adulto mayor.

José Enrique Gómez Álvarez (2019), en su artículo Reflexiones Bioéticas se acerca de la ancianidad desde el Estoicismo de Séneca y considera la vejez como digna y valiosa en sí misma, que se mantiene en los ámbitos de la razón y plantea que la vejez no es necesariamente decadencia de las personas.

La medicina, en particular la occidental, se ha ocupado de instalar discursivamente la manera en que se concibe al “*viejo*”. Con la sistemática práctica de patologizar los cuerpos que son atravesados por enfermedades y con la consecuente disminución de capacidades. Cuerpos que, en su calidad de viejos, no han cesado de ser “sometidos a los encuentros” con el mundo (Pál Pelbart, 2009). Es decir, hablamos de personas que aun cursando una etapa etaria que

² Encíclica Populorum Progressio – PRIMERA PARTE, I, 20.

³ <https://www.clinicamente.com.ar/articulos/viejo-yo.htm>

acarrea un desgaste físico lógico, tienen muchas veces mayores capacidades de las reconocidas por la sociedad, las cuales quedan sometidas al olvido por el hecho de que un sector de la medicina entiende que deben ser considerados enfermos, sin tener en cuenta las particularidades de cada caso en específico. La filosofía de Baruch Spinoza, la cual defiende la idea de la potencia intrínseca de todos los cuerpos. Esta potencia estaría determinada por los afectos (los efectos que los cuerpos tienen unos sobre los otros), es decir, los cuerpos viejos son capaces de potencia en tanto están sujetos a diversos y continuos afectos, y, por tanto, no podríamos hablar de cuerpos impotentes desde esta perspectiva (Baruch Spinoza, citado por Veloza Torres, 2018).

Aun cuando mayoritariamente es el adulto mayor quien se ha encargado del bienestar familiar, su papel comienza a tomar relevancia recién con posterioridad a la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), lo cual, junto con la porción demográfica que representa en la actualidad y el porcentaje poblacional (a nivel mundial) que ocupará el adulto mayor en un futuro no tan lejano, es que se evidencia la importancia del reconocimiento de sus derechos y la necesidad de admitir la esencial contribución que prestan a la sociedad.

El incremento de la ancianidad constituye hoy un serio problema de salud mundial, especialmente en los países desarrollados y los que van emergiendo en subdesarrollo, pues durante los últimos años todas las sociedades del mundo que han alcanzado un nivel próspero han experimentado cambios demográficos.

Dicho esto, se evidencia la necesidad de especiales controles y atenciones acordes a esta franja etaria; lo cual desemboca generalmente, en situaciones de dependencia, tanto en el plano físico como económico y afectivo.

De ahí lo fundamental de aportar a la sociedad herramientas que contribuyan a propiciar el bienestar general de los adultos mayores, traspasando las barreras de afecciones físicas, para lograr una ayuda que tienda a realizar una verdadera mejora en la calidad de vida.

En suma, se podría enunciar que en la actualidad encontraremos variadas y complejas comprensiones de la vejez, que fluctúan “entre el reconocimiento y la sabiduría, por una parte, y la decadencia y el desagrado, por otra”. (Serna de Pedro, 2003)

Tanto la filosofía como la antropología como disciplinas académicas que se asemejan, cada una con un enfoque de la humanidad diferente, pueden brindarnos una construcción de concepción del ser humano. En palabras de Daniel Calva (2013): “No sólo como un ser racional o como un ser biótico, sino como un ente que ama, que siente, que forja su destino”.

El envejecimiento en la actualidad

En este comienzo de siglo XXI se denotan cambios en las formas de vivir y encarar la vida, la tecnología ha mostrado avances y la ciencia médica aporta nuevas investigaciones, desarrollos, permite prevenir y enfrentar problemas de salud.

También el entorno físico y social ofrece mejores condiciones para nuestra evolución, mejores viviendas y caminos, transporte seguro y hábitos saludables, lo que se traduce en más tiempo de vida en el mundo.

Según la OMS⁴, gran parte de la población mundial tiene una esperanza de vida igual o mayor a 60 años y se prevé que el número de personas alcance los 2000 millones de aquí al 2050. Para entonces habrá cerca de 400 millones de personas con 80 años o más.

En el documento “Envejecimiento en América Latina y el Caribe” (2002) se asegura que el envejecimiento demográfico está más avanzado en Uruguay, Argentina, Cuba y Chile y en países del Caribe donde más de un 10% de la población es mayor de 60 años.

En la provincia de Entre Ríos, con una población total de 1.235.994 habitantes, el 14% tiene más de 70 años (INDEC, 2010).

Más allá de esta proyección, lo importante es entender qué es envejecer en la actualidad. En este sentido, la OMS (2022) señala que envejecer “desde el punto de vista biológico es consecuencia de la acumulación de gran cantidad de daños moleculares y celulares en un tiempo determinado, que lleve a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, incrementando riesgo de enfermedad y finalmente la muerte”. Aunque cierra el concepto señalando la no uniformidad y no linealidad.

⁴ <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Características del adulto mayor

Barrantes Monjes (2006) afirma que existen desigualdades en relación con el género y la edad, ya que la mayoría de la población que envejece son mujeres que alcanzan más de 80 años. La variable género es crucial para estudiar la enfermedad, la salud y la calidad de vida; esto revela que no son iguales los desafíos que la sociedad impone a hombres y mujeres.

En tanto, Sánchez y Pérez (2008) describen que las dificultades de atención junto con la pérdida de memoria en el adulto mayor son un indicio de deterioro cognitivo.

La investigación realizada por Isaac, Comollonga e Izquierdo (2002) destaca que la pérdida de la autonomía e independencia, afecta principalmente las actividades de tipo instrumental, entre las que se incluye el desplazamiento fuera de su ámbito o entorno donde vive. Pero si esta pérdida es progresiva, como ocurre con la disminución de la visión, las dificultades en la audición o las alteraciones cognitivas y motrices, afecta la independencia y autonomía para actividades básicas de la vida diaria, que tienen relación con el autocuidado: levantarse, lavarse, vestirse, comer y desplazamientos dentro del hogar.

En general, la persona mayor supone dependencia y resulta una carga social, pero si el entorno es propicio, el intercambio podría ser enriquecedor, de allí la importancia de hábitos saludables.

Javier Fernández Mouján (2019), psicólogo, coordinador de la carrera de Consultoría Psicológica de la Universidad Maimónides, dirá que definir la ancianidad remite a los cambios físicos y tienen que ver con el paso del tiempo.

En este caso, la ancianidad coincide con la última etapa del ciclo vital. Puntualiza en la importancia que se generen garantías de un sistema sanitario y social.

Por lo tanto, las posibilidades del entorno condicionan el envejecimiento: puede ser esperanzador o de padecimiento por carencias. De tal modo, la dificultad puede vincularse a una cuestión cultural de la imagen y la ideología de la juventud. La palabra viejo se usa con connotación negativa.

Características culturales

Para Fernández Mouján (2019) se nos ha educado bajo la idea de cultura negadora de la finitud y la muerte en la que vivimos y ello facilita caer en depresión, si le agregamos pobreza, soledad y diversas formas de exclusión.

El cambio demográfico será más rápido e intenso en países de ingresos bajos y medianos, son ejemplo de ello Brasil y China, que duplicaron el número de habitantes de más de 65 años.

Muchos ancianos de edad avanzada pierden la capacidad de vivir independientemente porque padecen limitaciones de la movilidad, fragilidad u otros problemas físicos y mentales.

La capacidad funcional de una persona aumenta en los primeros años de la vida, alcanza la cúspide al comienzo de la edad adulta y, naturalmente, a partir de entonces empieza a declinar. Incluso en los países pobres, la mayoría de las personas de edad mueren de enfermedades no transmisibles. (Battistella, s.f., p.2)

La vejez a través de la historia

La vejez como etapa del ser humano ha sido interpretada de diversas maneras conforme el contexto en el cual se analice. En el siglo XXI se impone una reflexión espacio-temporal, para tener mayor comprensión de este complejo fenómeno en la vida del hombre, como un hecho ligado a la cultura y no sólo biológico. (Martínez Ortega, Polo Luque, Carrasco Fernández, 2002).

El deseo de perdurar es una tendencia atemporal del hombre, por lo que la vejez representará un llamado a la reflexión.

En la Edad Media, dado que el cuerpo del anciano no resiste las duras tareas físicas, tanto laborales como bélicas, se empezó a despreciar su valor. Durante este período, no había lugar para una edad media, sino que se pasaba de la juventud a la vejez de forma inmediata. La única excepción a contemplar era quienes no tenían recursos, los cuales quedaban obligados a continuar trabajando hasta que sus fuerzas se lo permitieran.

A finales de esta etapa, aún existía una mirada negativa del adulto mayor, con gran desprestigio hacia el sector femenino, que sólo menguó vaga y pasajeramente durante los siglos XIV y XV.

Pasando a la Edad Moderna, encontramos un contexto similar, que, al vanagloriar las bondades de la juventud, excluye y ataca la vejez con una violencia sin precedentes. Esto puede notarse en los discursos políticos de la época.

Aun con lo dicho, puede observarse curiosamente que muchos cargos políticos, económicos, artísticos e incluso religiosos eran desempeñados por ancianos.

Ya en el siglo XVII se atenúa la imagen negativa que se otorgaba a la vejez, pero, aun así, en la creciente burguesía no era al anciano a quien se reconocía, sino a quienes poseían riquezas.

A mediados del siglo XIX, junto con una transformación demográfica, social, económica y política devenida de fenómenos tan trascendentales como la Revolución Industrial, el éxodo rural y el nacimiento del proletariado como clase social surgente, se verifica un retroceso en lo poco que se había reconocido al “viejo”, volviendo a antiguas posturas, que ahora se verán agravadas no sólo por la imposibilidad de desempeñarse cuando su vitalidad ya no lo permitía, sino por la falta de acompañamiento, tanto por parte del Estado como por parte del empleador. Lo único positivo que acarreó este período para la vejez fue la evidente necesidad de experiencia, que era tan importante como la audacia e inventiva que podía aportar la juventud.

Es durante este período que comienza a hacerse indudable la necesidad de disposiciones legales que contemplen y protejan a los ancianos, tan parte de la sociedad como la juventud, pero mayormente excluidos. Aun con instituciones como la jubilación, planteadas con el objetivo de coadyuvar a la supervivencia del anciano, se lo empuja a la marginalidad de no ser parte del sector productivo, aun cuando esté en condiciones de seguir activo en la sociedad.

En este último tiempo hemos sido testigos de una extensión en el promedio de vida humana.

Sin embargo, la figura del anciano dentro de la familia, esa figura patriarcal, de consulta, ha desaparecido. ¿Qué le queda entonces? La respuesta es casi obvia: lectura, trabajo, participación, sociabilidad, etc., parámetros que harán la vida más placentera y posiblemente más larga. (Pérgola, 2014, p.6)

Problemas a resolver

Concordando con el pensamiento del historiador Ernst Gombrich (citado por Federico Pérgola, 2014), un problema fundamental que la sociedad mundial debería pensar en resolver es el del aumento exponencial de la población, resaltando el incremento en la natalidad y la disminución de muertes prematuras. Esta situación comenzó con las guerras mundiales del siglo pasado y lejos de perfilar hacia una solución, parecen agravarse a ritmo acelerado. Los puntos fundamentales de esta situación, a nivel económico – financiero se dan en jubilaciones con haberes extremadamente bajos que a nivel particular establecen una escasa o inexistente posibilidad de supervivencia, y que, en cuanto al Estado, suponen una asunción de erogaciones extra, tanto en el ámbito asistencial como de salud.

A nivel país, lejos de existir un respeto hacia el adulto mayor, nos encontramos con que suelen ser blanco fácil de delitos, que devienen cada vez más violentos. Este ensañamiento tiene raíz en la actual situación del núcleo

familiar, en el apartamiento de roles morales, en la ausencia de un vínculo con los padres y abuelos.

Al referirnos a esta etapa de la vida, hablamos de una situación que nos confronta necesariamente a la posibilidad de la muerte, del desvanecimiento de posibilidades, de aptitudes, de la propia autonomía en virtud del paso de los años (Dimidier de Vicente, 2016a); todo lo cual importará un constante re-aprender a vivir, no sólo con las vicisitudes propias del cuerpo, sino también con la mirada ajena y las exigencias de un mundo que aún está comprendiendo la importancia social del adulto mayor. Todo esto, dado en un escenario social en el que encontramos mucho más que dos generaciones, donde comienza a invertirse el rol pasivo que ocupaba hasta hace no mucho tiempo atrás, para intervenir ahora en los núcleos familiares como un pilar fundamental en los cuidados de los demás miembros.

Según el Observatorio de la UCA, 1 de cada 3 ancianos carece de amigos íntimos; 7 de cada 10 personas mayores no se reúnen habitualmente para desarrollar actividades recreativas o lúdicas. Y sólo 1 de cada 10 personas mayores participa en clubes sociales o deportivos y/o centros de jubilados. El adulto mayor atesora un enorme potencial fecundo de valores incalculables para la vida de los demás, que puede transmitir en cada palabra impregnada de calor humano y de esperanza⁵.

⁵ “Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores. Hacia una Argentina para todas las edades. Observatorio de la Deuda Social Argentina — Serie del Bicentenario (2010-2016) / Año II.

Situaciones familiares en Argentina

Aun cuando en nuestro país se entiende a los vínculos familiares como un aspecto relevante de la vida, es muy bajo el porcentaje que integra dentro de ese núcleo a los abuelos. De cualquier manera, un importante número de argentinos sostiene que es fundamental la contribución a sus padres cuando estos ya se encuentran en una etapa de vulnerabilidad Y no limitándose a un aspecto económico, reclaman un encuadre legal que incluya y equipare el cuidado de los padres al de los hijos, lo cual supondría la inclusión de aquellas situaciones que salen del estereotipo familiar imperante. (Dimidier de Vicente, 2016b).

El Dr. Berenstein (2002) realiza una distinción en tres áreas, al solo efecto de ordenarlo y no separarlo, puesto que están imbricadas. Las tres tienen orden de determinación sin que remitan uno al otro. Es imposible conocer lo que se da en la propia época ya que está siendo incluido, generado y determinado en un transcurso o devenir, donde uno mismo está siendo modificado. La forma nueva no tiene una teoría que explique las condiciones de producción, que entre otras cosas genera eso que está ocurriendo, que no es más ni menos que la caducidad de la forma social y familiar anterior.

Ante la posible añoranza y deseo que perpetúen, la incertidumbre es lo más probable al desconocer qué depara el nuevo panorama. Lo que se sabe es algo del pasado y otorga algo de certeza, con la transición el saber pierde vigencia, pues el hacer es incierto, que ya no puede cubrirse con el saber anterior, previo al hacer. Por tanto, el saber será producto y efecto del hacer en la cotidianidad de las situaciones familiares.

Corresponden a las nuevas familias, las monoparentales -categoría surgida hacia 1970 (Cichelli, Peugeot y Cichelli, 1999, citados por Berestein, 2002)-, las parejas de homosexuales con deseos o no de adoptar hijos, las nuevas formas de procreación asistida, clonación.

También tenemos a las familias recompuestas, que corresponden a lo que llamamos en Argentina, ensambladas, categoría aparecida al final del decenio 1980.

Otras son las familias que han sido afectadas en algún grado por guerras u otras formas de exterminio, como en nuestro país y otros países de Latinoamérica; por migraciones, por hambrunas o discriminación política (EEUU). Las que han sido desplazadas de su fuente laboral y dan paso a nuevas formas de trabajo informal, que subsumen a estos grupos sociales llevándolos a la marginalidad, colocándolos en procesos de descalificación social. *“El sujeto que perdió su trabajo pierde la frontera con el que lo tiene y ello lo envía a un espacio interior equivalente a ser suprimido como sujeto.”* (Berenstein, 2002).

Trasladado al objeto de estudio de este trabajo, queda aún la (casi) imposibilidad de recuperar el status, quedando en la marginalidad total de un sistema que exige cierta *“vitalidad”*, y esto necesariamente impactará no solo en la esfera privada, íntima del sujeto, sino también en su ámbito familiar.

Los vínculos familiares

Al hablar de “núcleo” familiar debemos concebir este término con el significado que hoy día tiene.

El término “núcleo familiar” nació de incluir en él sólo a la pareja e hijos y, consecuentemente, excluir a cualquier otro lazo, sanguíneo o no, que esté por fuera. Más tarde, evolucionó al contemplar cambios en las parejas de los progenitores o por la exclusión de alguno de ellos (fuera por abandono o por muerte). Pero siempre, como expresa Berenstein (2002) *“el sistema familiar es considerado como una red intersubjetiva que implica filiación y transmisión, a cargo de la socialización primaria, que se produce en su seno”*; ya que la familia es pilar fundamental del humano, sobre todo si tenemos en cuenta que llegamos al mundo en desamparo total y necesitados de protección para poder desarrollarnos.

Familias percibidas son aquellas que incluyen personas que consideramos familia en sentido próximo, más allá de los vínculos de sangre. Pero, cualquiera sea el caso, es en la familia en donde forjamos nuestros pilares como persona y lo que nos da una base para insertarnos en la sociedad. Pero, cuando ésta falla, el daño que se produce no impactará solamente a nivel individual, sino también en la comunidad (Baeza, 2009).

Así, podemos observar que, en la actualidad, los jóvenes tienen una manera de vivir individualista y hasta hedonista, que dista de la mirada de vida que existía en generaciones anteriores. El estilo de vida actual, de tiempos escasos y acelerados, conlleva a su vez mayores frustraciones, que no sólo se plasmarán en la persona en particular, sino que se trasladarán a las personas a su alrededor, quedando nuevamente marginados los adultos mayores, a quienes costará más el adaptarse a una era que no permite “darse el tiempo para vivir”.

Pero no todo es negativo, pues la relación entre generaciones puede también ser óbice a un envejecimiento activo, es decir, el compartir, la escucha y transmisión, no sólo serán beneficiosas para el joven, sino que aportarán al adulto mayor nuevas ideas, nuevas formas de ver la vida y aun de vivirla; lo cual supondrá que su edad ya no es un inconveniente para seguir aprendiendo y desencadenará un conjunto de nuevos proyectos a realizar, y de mejoras tanto físicas como psicoemocionales. Esto sólo será posible si se comprende la capacidad de la familia de mutar constantemente, de evolucionar para sortear las vicisitudes de la realidad, pero conservando siempre sus objetivos. (Serrano, 2013).

Volviendo al eje de nuestro trabajo, el proceso de envejecimiento, podría decirse, comienza por el retiro del trabajo y la reducción del grupo familiar, pasando a una segunda etapa que puede establecerse rondando los 80 años, momento en que se evidencia una vulnerabilidad mayor, y que requerirá mayores atenciones y cuidados (Alergui, 2009).

En nuestro país, entre los años 2004 y 2006 encontramos que los hogares pueden clasificarse en unipersonales (sólo con adultos mayores de 60 o más años), unigeneracionales (los convivientes son de esa franja etaria), multigeneracionales o, por último, hogares sin adultos mayores.

Al decir de Micaela Urdinez (2014), la necesidad de institucionalización de un adulto mayor genera angustia en la familia o responsable de ese otro, que denominamos adulto mayor.

Es interesante la línea de posicionamiento que expresa, ya que revaloriza al adulto mayor poniendo en tensión la problemática de internación y el deseo de cómo quiere el adulto mayor (padre o madre) vivir los últimos días de su vida o etapa.

Un imaginario que abraza a la figura de personas independientes, fuertes; “imaginario” que niega el inexorable paso del tiempo, que se traduce nada más ni nada menos en un deterioro que se presenta a nivel físico, orgánico, biopsicosocial, emocional y psíquico, pero que da un crédito para que pese a esos “achaques”, aún tiene vida por disfrutar.

¿Por qué institucionalizar al adulto mayor?

La realidad a nivel mundial nos dice que se incrementó la cantidad de personas de más de 80 años que viven con dificultades o limitaciones en sus capacidades de valerse por sí mismas, acciones de autocuidado a otros más complejos, como manejo de dinero, trasladarse, usar dispositivos electrónicos, etc.

En comentarios de Julieta Oddone, coordinadora del Programa Envejecimiento de Flacso Argentina (Urdinez, 2014), las investigaciones señalan que un 5% de la población adulta mayor requiere de algún tipo de acompañamiento, de parte de un tercero, que en general no es especialista. En tanto, un 2% se encuentra internado en sistemas geriátricos.

Sin embargo, en las instituciones referenciadas para este trabajo, circunscritas en la provincia de Entre Ríos, observamos que los porcentajes son disímiles, debido a distintos condicionantes.

Debemos señalar que la configuración de los adultos mayores hoy institucionalizados se corresponde con los colonos que llegaron a distintos puntos de la provincia, procedentes de Europa, en busca de nuevas oportunidades tras las catástrofes provocadas por la guerra, el hambre y la pérdida de las posibilidades en sus lugares de origen. Innumerables barcos los trasladaron hasta Brasil, Blumenau y de allí, muchos de los hoy residentes y fundadores de las aldeas distribuidas en Entre Ríos, fueron conformando distintos urbanismos.

Gonzalo Abramovich (citado por Urdinez, 2014) menciona la importancia de la existencia de hábitos saludables en la alimentación, desarrollo de algún tipo de actividad física y la existencia de proyectos como modo de mantener alerta la capacidad de proyección. Esta concepción también aparece como lo deseable, ya que muchos de los adultos mayores de nuestra población perciben un haber jubilatorio que mayoritariamente está por debajo del índice de la canasta básica, con lo cual queremos posicionar que se torna tedioso intentar alcanzar esos hábitos referidos por Abramovich y muchas veces va calando en restricciones que llevan a una depresión por tantas limitaciones. (Oddone, citada por Urdinez, 2014).

Ricardo Iacub (citado por Urdinez, 2014), doctor en psicología y profesor asociado de la materia Psicología de la Tercera Edad y Vejez de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires este propone "...darle el mayor rango de autonomía a los adultos mayores para que estas decisiones no se tomen por encima suyo...".

En ese escenario, es válido reflexionar qué resultaría mejor para el adulto mayor. Es decir, ponderar si éste debe continuar viviendo solo, con determinados

soportes externos; integrarlo a un sistema familiar con sus hijos o incorporarlo a un sistema de internación colectiva.

Por otra parte, la decisión de institucionalizarse es compartida con los hijos, un 75% lo han expresado así. El tema del “adulto mayor institucionalizado”, es central en la sociedad de hoy en día. (Cifuentes Reyes, 2005)

Es necesario que se tome en serio la realidad de un número de personas que está siendo cada vez mayor como consecuencia directa de las crisis económicas, sociales y culturales que han venido atravesando nuestro país y la provincia a lo largo de la historia, acentuándose sobre todo en las familias por distintos factores como la reducción del tamaño de la vivienda, la disminución del número del grupo familiar, que resulta insuficiente e incompetente para la tarea de cuidado, siendo necesario buscar otras personas que cumplan estas funciones.

En este sentido, la integración del adulto mayor no pasa sólo porque se integren a organizaciones de adultos mayores, sino que el conjunto de la sociedad y que el tejido social de su entorno los acoja y valore por sus experiencias de vida y su sabiduría, reconociéndolos como uno más de la comunidad, situación que hoy en día es bastante deficitaria y más bien, se podría decir que están segregados socialmente.

Ante esta disyuntiva es imperante que la familia consulte al adulto mayor, es decir que la resultante no sea consecuencia de intromisiones que restan protagonismo a una de las partes y que también distorsiona la resolución al dilema. Ya que incrementan la incertidumbre que abona un fantasma frente al

hecho de optar por una internación. También por otra parte, no debemos dejar de considerar que surge la culpa en quien tome esa decisión.

Entonces, es fundamental pensar en la búsqueda de ayuda externa de profesionales que faciliten dirimir con mayor rango de objetividad esa situación que termina entrapando a la familia o referente y al adulto mayor.

En Argentina existe una tendencia a pensar que las familias se van a hacer cargo de su adulto mayor con dependencia.

En tanto, Cevallos Serrano (2011) determina que la problemática del abandono familiar es una temática recurrente en los usuarios de dichas instituciones, puesto que parece haberse hecho presente tanto antes de la institucionalización como también después de ésta.

En cuanto a la participación de los hijos en la decisión de la institucionalización del adulto, Rose Marie Blieszner y R. Hamon (1990) expresan que en los hijos adultos suele surgir un sentimiento, sentido, de “deber filial” hacia los padres ancianos, que se externaliza en la protección y el cuidado hacia ellos. Este puede provocar roces cuando el cuidado que se le ofrece es más de lo que el individuo de la tercera edad espera, pues coarta su independencia, o bien cuando este cuidado que le ofrecen sus hijos no es lo suficiente como para satisfacer lo que él espera y exige.

En este modelo de familia, el amor no se manifiesta tanto en las uniones físicas de los miembros y en la solidaridad, sino que se expresa en un mayor respeto a las decisiones y elecciones personales. Esta independencia de los integrantes les permite preocuparse de encontrar soluciones personales en esta

nueva etapa de la vida, pero en ellas desampara a los miembros ancianos. Por tanto, el adulto mayor queda separado del rol intrafamiliar, pues su presencia no tiene la misma relevancia tradicional.

Por el contrario, gran porcentaje de los institucionalizados por largo tiempo no fueron consultados, es decir, pasaron por alto su voluntad. Son los familiares quienes decidieron su internación, con base en que ellos “ya no pueden decidir por sí”. (Danel, 2008).

Otro aspecto que perjudica al concepto de geriátrico es asociar el ingreso al mismo con una decisión ajena al propio anciano, quien se vería forzado por la propia familia o por la imposibilidad de valerse por sí mismo (Martín Maraver, 2012). Más allá de esto, en la mayoría de los casos, la internación se traduce en una actitud egoísta, en la cual se evidencia un traslado de las obligaciones para con los antecesores a las instituciones, o bien en una necesidad devenida de la organización de la familia, o en otro polo, en el rechazo total al planteo del ingreso.

Contextos de las institucionalizaciones de los adultos mayores

Sin embargo, el contexto socioeconómico y también las variantes en las configuraciones de tipología de familia han determinado que la intervención del Estado como garante de una política social no se presenta en forma universalizada. Oddone (citada por Urdinez, 2014) señala que la no universalidad se da cuando una política solo contempla a los más vulnerables y de escasos recursos.

Por lo tanto, una política que distingue grados en la cobertura de sus prestaciones según sean poblaciones empobrecidas (aquellas que se encuentran fuera de sistema en términos que sus ingresos provienen en muchos casos de planes o subsidios) y que solo se vinculan a la economía en tanto consumidores de bienes de consumo, se encuadrarían en la categoría de “pobres o abandonados” ya que solo acceden a determinados servicios.

Por otro lado, distingue la categoría de aquellos denominados “clase media” a quienes el Estado incorpora por limitaciones o recursos acotados. Por último, pone en evidencia a quienes pueden por sus propios medios adquirir bienes y servicios sin necesidad de la intervención del Estado, los denomina clase alta.

La existencia de esas nuevas configuraciones determina nuevos roles en nuevos escenarios. La mujer, por ejemplo, se ha incorporado más activamente al mundo laboral, pero además debe ocuparse de la atención de sus hijos, se encuentra en franca disyuntiva ante el hecho de poder dedicar tiempo para la atención del adulto mayor.

En cierto modo Nérida Redondo (citada por Urdinez, 2014) marca una distinción que ubica al hombre desentendido de ese problema –el referido al cuidado del adulto mayor- y lo hace al deslindar en sus hijos y nueras dicho cuidado. Si bien planteamos una coincidencia, ésta es parcial, ya que también ponemos en consideración que en los cuidados domésticos donde conviven adultos mayores con necesidad de cuidados, observamos la figura del hijo o hija no heterosexual que sí se ocupa de garantizar mediante su quehacer este cuidado. No obstante, el 85 % de quien cuida recae en el género femenino.

Ante la fragilización o empeoramiento de la situación del adulto mayor, la familia debe procurar una decisión, sobre todo cuando se presentan imponderables que requieren celeridad, tales como enfermedad o discapacidad inhabilitante, al decir de Abramovich (citado por Urdinez, 2014), *“la internación aparece como la mejor solución”*.

El parámetro de alerta es el incremento en forma exagerada de niveles de dependencia. Otros aspectos que emergen se traducen en una mejor calidad de cuidado, el alivio frente a una carga de cuidado a la familia y en términos económicos, es menor el costo de sostener cuidadores en tiempo de 24 hs diarias.

Iacub (2012) apunta a generar modelos que propicien más el respeto por los derechos humanos del adulto mayor, antes que la banalización de una residencia de lujo.

La marginalización social del adulto mayor, como se dijo anteriormente, impactará no sólo en él mismo, volviéndolo vulnerable y necesitado de ayuda, sino que esto acarreará consecuencias al ámbito social, no solamente con la pérdida de un miembro valioso, sino que a la larga terminará constituyéndolo en una *“carga”*. Lo antedicho, sumado al dinamismo propio de la vida actual, será el disparador de las institucionalizaciones, devenidas tanto de la imposibilidad de cuidado del adulto mayor, como de la falta de voluntad para hacerse responsables de ellos. (Cifuentes Reyes, 2005).

En cuanto a los establecimientos de larga estadía, si bien contribuyen a la contención y cuidado de los adultos mayores, no excluye que existan situaciones que escapen a sus posibilidades. Así, cuando el núcleo familiar actual excluye a

sus ancianos, estos quedan separados de la sociedad toda, y más allá de los cuidados que este tipo de instituciones brindan, no debe perderse de foco que psico-emocionalmente afectará casi de forma necesaria a la persona.

En tanto, en palabras de Cevallos Serrano (2011), *“la problemática del abandono familiar es una temática recurrente en los usuarios de dichas instituciones, puesto que parece haberse hecho presente tanto antes de la institucionalización como también después de ésta.”* (p.100)

Al tomar la decisión de una internación, debe establecerse cuál será el mejor lugar, y para ello debe sopesarse si el adulto mayor posee o no un hogar. De no ser así, es preciso determinar si requiere de cuidados especiales o si solamente necesita un lugar donde poder desarrollarse. También debe tenerse como opción la posibilidad de una internación parcial, sea a modo diario o periódico. Todo esto, atendiendo siempre al gran estrés que genera en la persona algo tan trascendental como la radicación en un lugar que no es su hogar. (Tedeschi, s.f.)

Según Ludi (2017), “cuidar” se relaciona con asistir, prevenir, interesarse, dar afecto y proteger. Está estrechamente ligado a la protección que la familia realiza o debiera realizar. Acercándonos a nuestro eje de estudio, para avizorar cómo nació la idea de internación de larga estadía, podemos partir entendiendo que, para muchos, estos “cuidados” devienen de un mandato; a lo que se suma, como dijéramos anteriormente, los cambios que el dinamismo del presente acarrea a la sociedad toda.

Los factores que inciden en su situación de segregación son múltiples, sin embargo, en opinión de Ludi (2017) uno de los más significativos es una consecuencia más del cambio que está experimentando la familia en Latinoamérica. Dichos cambios han alterado las relaciones sociales tradicionales, y las antiguamente existentes en el seno familiar. Uno de estos cambios es la disminución de los integrantes de la familia, por ejemplo, y la incorporación de la mujer al trabajo fuera del hogar. Ambos aspectos han contribuido a transformar la estructura familiar, de extensa a nuclear y al rol socializador que ésta poseía antiguamente, en el cual los abuelos tenían un rol importante que cumplir.

En la actualidad, esta función es compartida con otros tipos de espacios educativos institucionalizados como son los jardines infantiles, los colegios, etc. Producto de estos cambios sociales y por ende familiares. A nivel de las familias, se puede ver que hay cambios en su estructura, en su ciclo y evolución, en los roles tradicionales, en la aparición de nuevos roles y en las relaciones intergeneracionales, producto de lo cual el adulto mayor ha ido perdiendo su significación social y familiar.

Este trabajo comprende a los adultos mayores en contextos de institucionalización, con cuidadores formales, es decir pertenecientes a instituciones gerontológicas y geriátricas colectivas de residencia permanente, en nuestro caso, las pertenecientes a la órbita público estatal y sin fines de lucro. Con servicio a prestación para autoválidos, semidependientes y dependientes.

Es importante rescatar lo señalado por Ludi (2011) al decir los modos de trabajar conceptualmente y nombrar la vejez y a las personas que envejecen, no

solo por lo meramente teórico sino para develar lo que subyace como concepción de sujeto, de mundo, de vejez, de imaginarios.

Los conceptos más usados son ancianidad, tercera edad, cuarta edad senidad, adulto mayor, personas jubiladas, jóvenes de la tercera edad, etc. Son conceptos, construcciones teóricas, socioculturales, que en su forma de nombrar están connotando, significando algo y en los que subyacen supuestos desde donde se originan.

También suele utilizarse el concepto de abuelo/a en las instituciones de internación, lo que lleva a que estos sujetos se encuadren en una despersonalización.

No obstante lo señalado, el concepto más usado es el de tercera edad y más recientemente, adulto mayor. En este sentido, también cobra relevancia visualizar no solo el modo de nombrar sino también todo lo que se genera en torno de esta forma de designar.

Problemas a considerar

Salvarezza⁶ dirá que el desafío es llamar a la vejez por su nombre, para con ello quitar ese grado de negatividad y discriminación que surge al nombrarlos con eufemismos, es decir otorgarle respeto y actitud. La vejez es un tema conflictivo, representa un grado de conflictividad en cada uno y en las conductas defensivas que se adopten para evitarlo están determinados por la historia personal, fantasías y represiones.

⁶ Red latinoamericana de gerontología (2007)

Guita Debert (Ludi, 2011), sostiene que la investigación antropológica es rica en ejemplos que sirven para demostrar que fases de la vida como la infancia, la adolescencia, la vejez, no se constituyen en propiedades sustanciales que los individuos adquieren como avance de la edad cronológica, sino que un proceso biológico es elaborado simbólicamente con ritos que definen fronteras entre edades por las cuales los individuos pasan y que no son necesariamente las mismas en todas las sociedades. Mecanismos fundamentales de distribución de poder y prestigio al interior de las clases sociales tienen como referencia la edad cronológica,

Salvarezza (Ludi, 2011) remarca que una importante masa de la población mundial, culturalmente hablando, tiene conductas negativas hacia las personas viejas, inconscientes o conscientes, y activas. Se advierte una actitud segregadora y discriminatoria, utilizando el término viejísimo. Encuentra un narcisismo corrosivo, la incapacidad de aceptar nuestro destino futuro. Estamos enamorados de nosotros jóvenes”. (Martínez, H., Mitchell, M., Aguirre C., s.f.)

Oswaldo Barros Myriam (Ludi, 2011) dirá, en relación a las representaciones, que la vejez asusta. Toma la asociación entre la vejez y la muerte ya conocida, pero se detiene en que se da en distintas épocas y culturas.

Por lo antes referido, decimos que la dimensión simbólica cobra preponderancia en la vida cotidiana de la persona. El proceso biológico como proceso de envejecimiento también será elaborado simbólicamente, inclinándose en forma positiva o negativa, según el deseo de proyección de vida, influyendo así en los modos de envejecer.

Con todo lo visto, se evidencia que parámetros, modelos y todas las aristas que van cambiando en la sociedad y cultura, atraviesan al adulto mayor, tanto de forma directa, al impactar en la imagen que tendrá de sí mismo, como de manera indirecta, en el trato que le propiciará la sociedad. Así, conforme el contexto sociocultural que lo rodee, el adulto mayor se encontrará abandonado a su suerte, condenado a la marginalidad por ya no ser útil a la comunidad; sobreprotegido, invalidando sus capacidades y las posibilidades de contribución; o en el mejor de los casos, estará protegido, contenido para su desarrollo por sus propios medios en la medida de lo posible. (Ludi, 2011)

6. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

En el presente apartado se exponen los resultados obtenidos de las encuestas realizadas y el análisis e interpretación de los mismos.

El cuestionario fue completado por 270 responsables de adultos mayores. De los cuales, el 82,59 % fueron hombres y el 17,40 % mujeres.

Variable: Situaciones particulares de las familias

Dimensión: Sistema económico

- Características de la vivienda

Con respecto a las características de la vivienda, según datos recabados se observa que los servicios básicos de luz, gas y agua se encuentran cubiertos casi en su totalidad.

Un 79,63% cuenta con cloaca y un 20,37% carece de este servicio, contando con pozo ciego. Un 71% posee asfalto y un 29%, no cuenta con él. Dispone de conexión de telefonía, el 100%; un 86%, un servicio de Internet y un 14% no cuenta con el mismo.

El 82% de las familias relevadas, en su distribución espacial o física tienen al menos cocina, comedor, habitación, baño y sector verde. En tanto, sólo el 18% adiciona un garaje.

Tabla N° 1: Constitución del principal ingreso familiar - Sistema de salud utilizado

Constitución del principal ingreso familiar - Sistema de salud utilizado por el grupo familiar						
		Sistema de salud utilizado por el Grupo Familiar		Total	%	
		Sistema Publico	Sistema Privado			
¿Cómo se constituye el principal ingreso familiar?	Sueldo	99	11	110	40,74	
	Jubilación	95	16	111	41,11	
	Pensión	31	7	38	14,07	
	Benef. y Prog. Sociales	7	4	11	4,07	
Total		232	38	270	100	
%		85,92	14,07	100		

Fuente: Encuestas realizadas a familiares que en el período de estudio internaron al menos a un adulto mayor en una institución ESCIETE de la provincia de Entre Ríos.

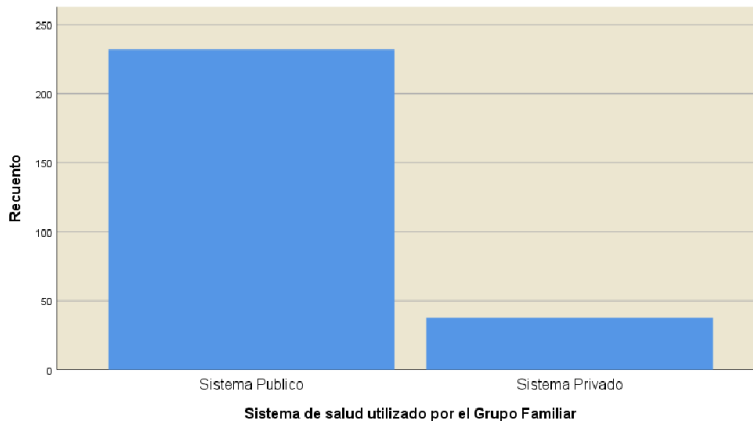
Análisis e Interpretación

De los indicadores analizados se extrae que los sistemas públicos de salud son los más utilizados, constituyendo un 85,92% de los casos estudiados, sea cual fuere la fuente de ingreso principal del grupo familiar.

Es necesario mencionar que un 81,85% de los supuestos en estudio poseen como principal ingreso un sueldo o una jubilación. Esto demuestra la crisis económica del último período década/tiempo, que se acentúa en la dinámica familiar (Reyes, 2005), lo que lleva a elegir el servicio público de salud sobre el privado, aun contando con sueldo o jubilación.

- Sistema de atención de salud

Gráfico N° 1: Sistema de Salud utilizado por la familia del adulto mayor internado en un ESCIETE de la provincia de Entre Ríos en período 2015- 2018



Fuente de datos: Encuestas realizadas a familiares que en el período de estudio internaron al menos a un Adulto Mayor en una institución ESCIETE de la provincia de Entre Ríos

Análisis e Interpretación:

En el presente gráfico, los datos reflejan la propensión mayoritaria al sistema público de salud y en porcentaje muy inferior, al privado, en concordancia con lo que revela el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (citado en: 2013), que indica que el 79,6% tiene cobertura en salud del sub sector de la seguridad social integrado por obras sociales, mayoritariamente PAMI, y un 10,5% con cobertura en lo privado.

Dimensión: Conformación familiar

- Integrantes del grupo familia por edades

De la dimensión Conformación Familiar y lo que refiere a cantidad de integrantes de éstas, los datos arrojan que dentro de los rangos indagados existe mayor prevalencia en los que van de 19 a 40 años y de 41 a 60 años.

El rango de 61 años y más en contraste las edades que inician de recién nacido hasta los 5 años con marcada disminución en tanto que los que van de 6 a 12 años y de 13 a 18 años guardan mayor paridad.

Dimensión: Características culturales

- Género del jefe de hogar - Nivel de formación académica

Tabla N° 2: Género del jefe de hogar - Formación educativa

Género del jefe de hogar/ Formación educativa del jefe de hogar						
		Formación educativa del jefe de hogar			Total	%
		Primario	Secundario	terciario/ universitario		
Género del jefe de hogar	Femenino	8	33	6	47	17,40
	Masculino	34	141	48	223	82,59
Total		42	174	54	270	100
%		15,55	64,44	20	100	

Fuente: Encuestas realizadas a familiares que en el período de estudio internaron al menos a un adulto mayor en una institución ESCIETE de la provincia de Entre Ríos.

Análisis e Interpretación

Al relacionar las variables de "género del jefe de hogar" y "formación educativa del jefe del hogar", podemos decir que el más significativo número de adultos mayores internados involucran núcleos familiares en que el jefe de hogar es un masculino y tiene una educación secundaria.

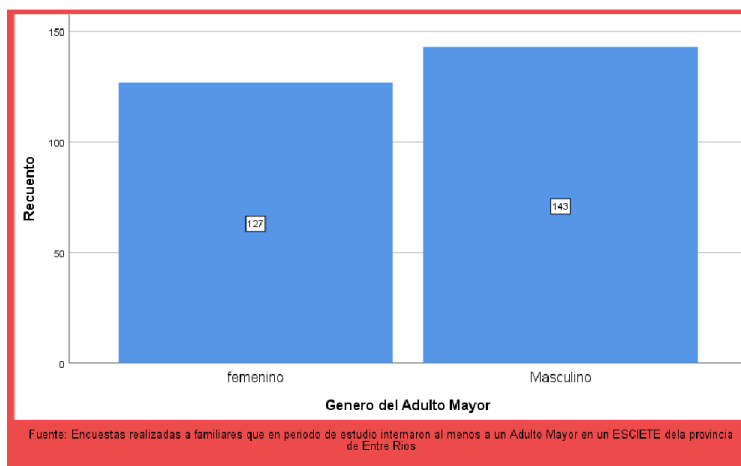
El segundo lugar es ocupado por aquellos hogares en que la persona a cargo es también un masculino, pero con estudios de nivel terciario/universitario. Con un número considerablemente menor entre las personas estudiadas encontramos el tercer lugar, compartido por viviendas en que el jefe es un hombre con estudios primarios y aquellos dirigidos por mujeres con niveles de estudio secundario. Por último, y con un marcado descenso porcentual, encontramos los hogares dirigidos por mujeres con estudios primarios y terciarios/universitarios.

Variable: Condiciones particulares de los adultos mayores

Dimensión: Características particulares del adulto mayor

- Género del adulto mayor

Gráfico N° 2: Género del adulto mayor internado en un ESCIETE de la provincia de Entre Ríos en el período 2015- 2018.



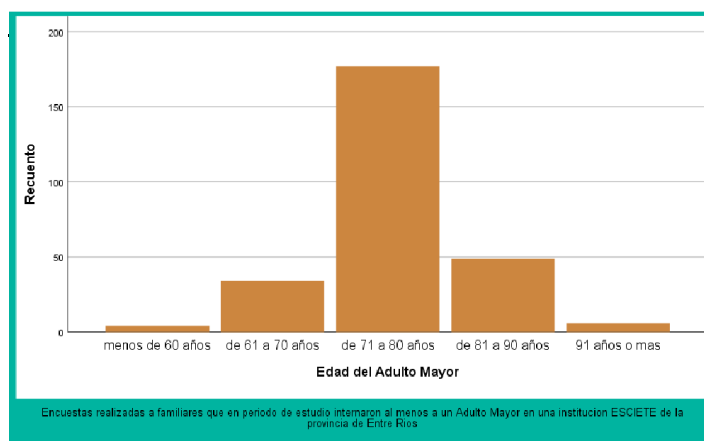
Análisis e interpretación:

Al realizar el análisis del indicador “Género del adulto mayor”, se observa que no presenta mayores diferencias entre sus indicadores “Femenino” y

“Masculino”. Estudios realizados señalan que, en Argentina, como también en el resto del mundo, se da el fenómeno de que el envejecimiento de la población tiene una particular dimensión de género, ubicando a las mujeres como género de mayor longevidad, afirmándose que el envejecimiento resulta mayoritariamente femenino (OISS, 2013).

- Edad del adulto mayor

Gráfico N° 3: Edad del Adulto Mayor internado en un ESCIETE de la provincia de Entre Ríos en período 2015- 2018



Análisis e Interpretación:

En el presente gráfico se considera la Edad del adulto mayor, arrojando los siguientes resultados:

El mayor porcentaje de ingresados contiene a personas de entre 71 y 80 años. En segundo lugar, a aquellos institucionalizados de entre 81 y 90 años de edad; seguidos por la franja etaria de entre 61 a 70; y por último, los internos de 91 años y mayores.

El análisis de este indicador se corresponde con lo expresado por la OMS/OPS (2012) que menciona que el número de personas con más de 60 años se ha duplicado desde 1980 y se prevé que alcance los 2000 millones de aquí al 2050. Para entonces, habrá cerca de 400 millones de personas con 80 años o más.

Tabla N° 3: Edad del adulto mayor - Género del adulto mayor

Edad del adulto mayor - Género del adulto mayor					
		Género del Adulto Mayor		Total	%
		Fem.	Masc.		
Edad del Adulto Mayor	menos de 60 años	3	1	4	1,48
	de 61 a 70 años	16	18	34	12,59
	de 71 a 80 años	84	93	177	65,55
	de 81 a 90 años	22	27	49	18,14
	91 años o más	2	4	6	2,22
Total		127	143	270	100
%		47,03	52,96	100	

Fuente: Encuestas realizadas a Familiares que en el período de estudio internaron al menos a un Adulto Mayor en una institución ESCIETE de la provincia de Entre Ríos.

Análisis e Interpretación

En la presente se consideran los indicadores de edad y género del adulto mayor, arrojando los siguientes resultados: el mayor porcentaje de ingresados contiene a personas de entre 71 y 80 años. En segundo lugar, a aquellos

institucionalizados de entre 81 y 90 años de edad; seguidos por la franja etaria de entre 61 a 70; y por último los internos de 91 años y mayores.

Es pertinente aclarar que en todos los supuestos se observa que el porcentaje de masculinos es levemente superior al de femeninas. Se observa en esta tabla lo expuesto en “El adulto mayor institucionalizado” (Reyes, 2005), que expone que es cada vez mayor el número de personas que están siendo insertas en familias que resultan insuficientes e incompetentes para su cuidado, siendo necesario buscar otras personas para esto.

Tabla N° 4: Género del adulto mayor y Rol familiar del adulto mayor

Género del adulto mayor - Rol familiar del adulto mayor							
Rol familiar del adulto mayor		Madre/padre	Abuelo/abuela	Tío/tía	Suegro/suegra	Total	%
Género del Adulto Mayor	Femenino	103	10	4	10	127	47,03
	Masculino	101	14	8	20	143	52,96
Total		204	24	12	30	270	100
%		75,55	8,88	4,44	11,11	100	

Fuente: Encuestas realizadas a Familiares que en el período de estudio internaron al menos a un Adulto Mayor en una institución ESCIETE de la provincia de Entre Ríos.

Análisis e Interpretación

En esta tabla relacionamos los indicadores de género y rol familiar del AM, la cual arroja que la principal causa de internación está relacionada a la existencia de un vínculo inmediato ascendente en línea recta, casi sin diferencia de género.

Seguidamente a estos casos, aquellos en los cuales el internado ocupa el lugar de suegro (aquí se denota una marcada diferencia respecto del género, pues en el caso de la suegra cae a un 50%).

El tercer caso más resonante es el de aquellos institucionalizados que ocupan el rol de abuelos, encontrando también aquí una diferencia de género. En tanto que tíos y tías representan el menor porcentaje de casos, observándose nuevamente una diferencia de género.

Tabla N° 5: Edad del adulto mayor – Rol familiar del adulto mayor

Edad del adulto mayor - Rol familiar							
		Rol Familiar del Adulto Mayor				Total	%
		Madre/padre	Abuelo/ a	Tío/tía	Suegro/a		
Edad del Adulto Mayor	menos de 60 años	4	0	0	0	4	1,48
	de 61 a 70 años	29	2	1	2	34	15,59
	de 71 a 80 años	126	15	11	25	177	65,55
	de 81 a 90 años	42	6	0	1	49	18,14
	91 años o mas	3	1	0	2	6	2,22
Total		204	24	12	30	270	100
%		75,55	8,88	4,44	11,11	100	

Fuente: Encuestas realizadas a Familiares que en el período de estudio internaron al menos a un Adulto Mayor en una institución ESCIETE de la provincia de Entre Ríos

Análisis e Interpretación

Relacionando la edad del adulto mayor con el rol que éste ocupa dentro del núcleo familiar, es notablemente superior el porcentaje de institucionalizados que ostentan el lugar de madre/padre. Dentro de ellos, en primer lugar, se encuentran quienes tienen entre 71 y 80 años; seguidos, aunque con una marcada disminución de casos, por aquellos de entre 81 y 90 años. En tercer lugar, con un porcentaje sensiblemente menor, los adultos mayores de entre 61 y 70 años de edad.

“La decisión de institucionalizar es compartida con los hijos”, incrementándose a nivel mundial las personas de más de 80 años que viven con dificultades o limitaciones en sus capacidades, tal lo expresa Julieta Oddone en la publicación de La Nación (2016) titulada “Cuando los mayores ya no pueden solos”.

Dimensión: Dependencia

- Habitacional - Económica

Tabla N° 6: Casa propia del adulto mayor - Ingreso

Casa propia del adulto mayor/ Ingreso del adulto mayor						
		¿Cuál es el ingreso del adulto mayor?			Total	%
		no tiene	jubilado	pensión		
¿El adulto mayor posee casa propia?	no	13	109	24	146	54,07
	si	11	90	23	124	45,92
Total		24	199	47	270	100
%		8,88	73,70	17,40	100	

Fuente: Encuestas realizadas a Familiares que en el período de estudio internaron al menos a un Adulto Mayor en una institución ESCIETE de la provincia de Entre Ríos.

Análisis e Interpretación

Vinculando el ingreso del adulto mayor con la posesión de una vivienda, se extrae que el mayor número de institucionalizados percibe una jubilación, pero no tiene acceso a una casa propia; seguido (pero con una gran disminución) por aquellos jubilados que sí la tienen. Luego encontramos a quienes son titulares de una pensión, en paridad porcentual entre los que poseen una vivienda y los que no.

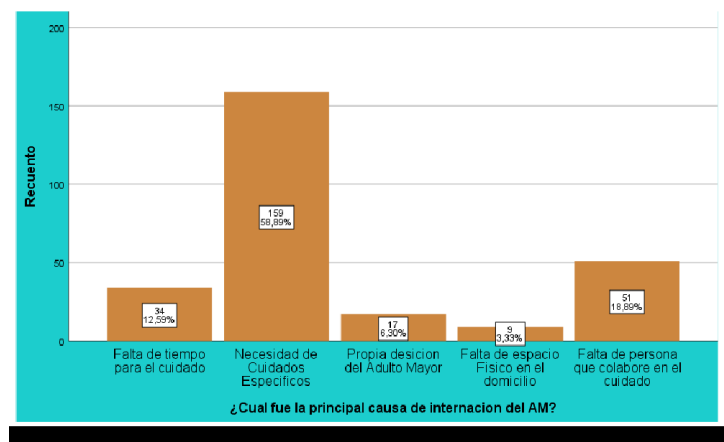
Argentina cuenta con una alta proporción de adultos mayores que están incluidos en el sistema de jubilaciones y pensiones, siendo el 90% varones y el 95% mujeres. Cabe acotar que en este universo de procedencia de orden público se incluyen pensiones contributivas y no contributivas (OISS, 2013).

Por último, y al igual que en el caso anterior, entre aquellos adultos mayores que no tienen un ingreso, casi la mitad es propietaria de una casa.

Dimensión: Estado de salud

- Alteraciones del habla, audición, visión, cognitiva, motriz

Gráfico N° 4: Causa principal de internación del adulto mayor internado en un ESCIETE de la provincia de Entre Ríos en el período 2015- 2018



Análisis e Interpretación:

Relacionando las variables condiciones particulares de los adultos mayores con la principal causa de internación del adulto mayor se observó que la mayor confluencia de casos se distribuye entre:

Aquellos en que la internación está vinculada a alteraciones motrices y el adulto mayor requiere cuidados específicos. Supuestos en que teniendo limitaciones motoras no existe una persona que colabore en los cuidados que este necesita.

Por otra parte, están quienes poseen alteraciones relacionadas a lo cognitivo. Al respecto, la OMS la define como una clasificación de funcionamiento

“como una relación compleja o interacción entre las condiciones de salud y los factores contextuales (ambientales y personales)”.

Adicionalmente, Sánchez y Pérez (2008) expresan que el déficit de atención sumado a la pérdida de memoria en el adulto mayor, resultan una alarma del deterioro cognitivo. Por último, y en cantidades sensiblemente reducidas, encontramos las demás situaciones descritas en la tabla *ut supra*.

Tabla N° 7: Estado de salud y causa de internación

Estado de Salud / Principal causa de internación								
		¿Cuál fue la principal causa de internación del adulto mayor?					Total	
		Falta de tiempo para el cuidado	Necesidad de Cuidados Específicos	Propia decisión del Adulto Mayor	Falta de espacio físico en el domicilio	Falta de persona que colabore en el cuidado		
¿El adulto mayor presenta alteraciones en su estado de salud?	No	0	3	0	0	1	4	1,48
	r/ habla	2	16	1	0	9	28	10,37
	r/ audición	8	12	0	0	7	27	10
	r/Visión	0	11	0	0	1	12	4,44
	r/Cognición	4	27	2	2	5	40	14,81
	r/Motricidad	20	90	14	7	28	159	58,88
Total		34	159	17	9	51	270	100
%		12,59	58,88	6,29	3,33	18,88	100	

Fuente: Encuestas realizadas a familiares que en el período de estudio internaron a al menos a un adulto mayor en una institución ESCIETE de la provincia de Entre Ríos.

Análisis e Interpretación

Relacionando las variables condiciones particulares de los adultos mayores con la principal causa de internación de adulto mayor se observó que la mayor confluencia de casos se distribuye entre:

Aquellos en que la internación está vinculada a alteraciones motrices y el adulto mayor requiere cuidados específicos. Supuestos en que teniendo limitaciones motoras no existe una persona que colabore en los cuidados que este necesita.

Por otra parte, están quienes poseen alteraciones relacionadas a lo cognitivo. Al respecto la OMS define una clasificación de funcionamiento "como una relación compleja o interacción entre las condiciones de salud y los factores contextuales (ambientales y personales)".

Discusión

Los resultados de los indicadores analizados en la presente investigación son coincidentes con los hallados en otros trabajos consultados para la presente investigación, lo cual pone en evidencia que determinadas situaciones familiares desencadenan la institucionalización del adulto mayor. (Reyes, 2005. Sugimoto, 2008).

Los resultados de las encuestas realizadas señalan algunas tendencias que cabe analizar y discutir en esta sección.

Al analizar el género de la persona a cargo del adulto mayor y la formación educativa del jefe de hogar, podemos decir que el más significativo número de adultos mayores internados involucran núcleos familiares en que el jefe de hogar es un masculino con distintos niveles educativos, mayoritariamente secundario. En contraste a los datos hallados, Nélica Redondo (citada por Urdinez, 2014) refiere que el cuidado del adulto mayor recae en el género femenino en un 85%. Así mismo, nuestro estudio reveló que al ser el jefe de hogar un masculino y no pudiendo desarrollar las tareas de cuidado como plantea Nélica Redondo, es que la alternativa se orienta a la búsqueda de una institución que cumpla con dicho cuidado.

En cuanto al recurso económico del grupo familiar y su vinculación con el sistema de salud utilizado, encontramos que la tendencia que prima es la de utilización de los servicios públicos de salud y que no guarda relación con los ingresos económicos del sistema familiar. Estudios realizados por el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (2013), dan cuenta que el 79,6% tiene cobertura

en salud del sub sector de la seguridad social, integrado por obras sociales y, PAMI y un 10,5% tiene cobertura en lo privado. Por otro lado, Cifuentes Reyes (2005) refiere que la crisis económica de los últimos tiempos se acentúa en la dinámica familiar, lo que lleva a elegir el sector público por sobre el privado, aun contando con sueldo o jubilación, estudio que resulta coincidente con los hallados en el presente.

Respecto de la edad y el género del adulto mayor, encontramos que el porcentaje de masculinos está por sobre el femenino en las distintas franjas etarias consideradas. En contraposición al dato antes citado, Barrantes Monjes (2006) afirma que existen desigualdades en relación con el género y la edad, donde la mayoría de la población que envejece son mujeres que alcanzan más de 80 años. La variable género es crucial para estudiar la enfermedad, la salud y la calidad de vida, lo que determina, por tanto, que no son iguales los desafíos que la sociedad impone a hombres y mujeres.

En cuanto a la edad de los internados, coinciden con los datos expuestos por la OMS al enunciar que en proyección alcanzarán para el año 2050 personas con 80 años o más. Así mismo, en el estudio ya mencionado, "Envejecimiento en América Latina y El Caribe" (2002), se asegura que el envejecimiento demográfico está más avanzado en Uruguay, Argentina, Cuba y Chile y en países del Caribe, donde más de un 10% de la población es mayor de 60 años. Además, según datos que arroja el INDEC (2010), en la provincia de Entre Ríos, con una población total de 1.235.994 habitantes, el 14% tiene más de 70 años.

Al analizar la posesión de un bien inmueble por parte del adulto mayor y su vinculación al ingreso económico, encontramos que la totalidad de la población objeto de nuestro estudio cuenta con un ingreso económico, pero no tiene acceso a una casa propia. En tal sentido, según OISS (2013) la Argentina cuenta con una alta proporción de adultos mayores que están incluidos en el sistema de jubilaciones y pensiones, siendo el 90% varones y el 95 % mujeres. Cabe acotar que en este universo de procedencia de orden público se incluyen pensiones contributivas y no contributivas. En ese mismo contexto, Abramovich (2014) refiere que muchos de los adultos mayores de nuestra población perciben un haber jubilatorio que mayoritariamente se encuentra por debajo del índice de la canasta básica, lo que imposibilita el acceso a una vivienda propia o alquiler.

Respecto a las alteraciones en la condición de salud del adulto mayor vinculado al motivo de su internación, encontramos que la misma aparece ligada en primer lugar a la existencia de problemas motrices, necesitando cuidados específicos; en grado intermedio se ubican adultos mayores con limitaciones motrices que carecen de personas o familiares que colaboren con su cuidado y, en menor grado, las internaciones se vinculan a adultos mayores con deterioro cognitivo. Precisamente, la OMS señala que el envejecimiento trae consigo la acumulación de gran cantidad de daños moleculares y celulares en un tiempo determinado, que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales. En tal sentido, la investigación realizada por Isaac, Comollonga e Izquierdo (2002) destaca que la pérdida de la autonomía e independencia lesiona principalmente las actividades de tipo instrumental, donde se incluye el

desplazarse fuera de su ámbito o entorno donde vive, pero si ésta pérdida es progresiva, afecta la independencia y autonomía para actividades básicas de la vida diaria que tienen relación con el auto cuidado: levantarse, lavarse, vestirse, comer y desplazamientos dentro del hogar.

Teniendo en cuenta los aspectos antes mencionados, será necesario abrir nuevas investigaciones donde se profundice y se conozca cuáles son las representaciones que operan en los sujetos al decidir la internación de sus adultos mayores en instituciones ajenas a sus cotidianidades.

En este sentido, se debería actualizar la legislación referida a los adultos mayores, promoviendo leyes más integrales que garanticen más derechos a los adultos mayores que han prolongado el rango de vida y que, en consecuencia, los protejan ante contingencias que conlleven a su internación prolongada. Nos interesa fomentar que los cuidados de los adultos mayores sean en domicilio, junto o no, a sus familiares convivientes, según sea el caso, resguardando circunstancias donde no existe otra posibilidad cuando atañe a la salud mental con diagnóstico de riesgo para sí o terceros.

De este modo se someterían a revisión muchas de las admisiones de esta población objetivo, evitando también que el adulto mayor sea objeto de transacción comercial, puesto que, a mayor demanda, más instituciones serán necesarias para este fin.

7. CONCLUSIONES

En el presente trabajo se intentó determinar las situaciones particulares de las familias de la provincia de Entre Ríos y las características específicas del adulto mayor que generaron, durante los años 2015 a 2018, la internación de éste en instituciones geriátricas, como forma de brindar cuidados y atención para garantizar su calidad de vida.

Para analizar este fenómeno se indagó en las situaciones socio familiares, que también han sido alcanzadas por los distintos condicionantes como al conjunto de la humanidad. Se puntualizó en quienes vehiculizan la internación de larga estadía como modo posible de resolver esa problemática que emerge de repente en un contexto familiar determinado.

Se tomaron como marco referencial a las instituciones geriátricas de residencia permanente, cuya misión es brindar atención y cuidado del adulto mayor basados en formación especializada, para con ello intentar establecer un hilo conductor entre los conceptos de mayor preponderancia: el adulto mayor referenciado en un sistema familiar, cualesquiera sean sus variantes, e internación en instituciones de larga estadía por acción concreta.

Lo más importante en la identificación de las situaciones particulares de las familias seleccionadas en este estudio, fue que la internación está vinculada a alteraciones motrices y el adulto mayor requiere de cuidados específicos que el núcleo familiar no tiene la capacidad para llevarlos a cabo.

El incremento en la edad de los adultos mayores se presenta como otro aspecto decisivo y vinculante a la hora de concretar una internación. Lo que

guarda linealidad con la idea de que la prolongación del rango de vida del adulto mayor se incrementa exponencialmente con el número de internaciones de esta población en instituciones geriátricas para su continuidad de vida, sin que el género de la persona resulte objeto de tal acción.

Otro hallazgo se dio en cuanto al ingreso económico del adulto mayor, estableciéndose que la existencia de dicho recurso no guarda relación alguna con la decisión de exclusión del sistema familiar para su internación en una residencia geriátrica de larga estadía.

También se pudo establecer que el nivel socio-educativo del jefe de hogar, quien representa la medida de internación de adulto mayor, no resulta categórico para tal decisión.

Al momento de la internación los adultos mayores cumplen un rol materno-paterno filial dentro del sistema familiar, siendo su edad promedio entre 71 a 80 años.

Surge además que la posesión de un inmueble con titularidad del adulto mayor no es determinante para decidir la internación en una institución geriátrica/gerontológica de larga estancia.

Más allá de las razones que dan cuenta que la opción es la internación, surgen, trascienden al sujeto, nos trascienden como sujetos y nos interpelan en tanto cuál es la forma de ser y estar en el mundo. Un mundo que ha de continuar reconfigurando modos, formas, razones, opciones, visiones hasta en el mismo momento en que se redacta este proceso.

Por todo lo expuesto, en relación a la hipótesis “Las situaciones particulares

de las familias y las condiciones particulares de salud de los adultos mayores, determinan su internación en instituciones geriátricas de larga estadía en la provincia de Entre Ríos, en el período 2015- 2018”, podemos decir que la misma no se rechaza.

Considerando la importancia que tiene esta investigación y en función de los resultados obtenidos, se formulan algunas sugerencias a nivel micro para el recurso humano que interviene en forma directa en el proceso de admisión y/o tratamiento en instituciones geriátricas de larga estadía. Y macro, para quienes tienen la responsabilidad de legislar con el solo fin de promulgar leyes y normas que resguarden al adulto mayor en su totalidad.

Consideramos que la legislación deberá contemplar recursos humanos con saber calificado para la tarea de atención, lo que podría garantizarse mediante capacitaciones planificadas.

A su vez, deberían someterse a exhaustiva revisión los procesos en que se dan las admisiones, permitiendo ello una selección adecuada de la persona adulta mayor a incorporar. Dichas regulaciones deberían contemplar procesos de internación del adulto mayor por fuera de ámbitos de residencias como las existentes, habilitando continuidad en los contextos ya conocidos por la población objeto de este estudio.

Por otro lado, entendemos que los resultados hallados no resultan definitivos y por tanto podrán ser tenidos en cuenta para futuros estudios donde se interese la profundización de alguno de los datos emanados.

Limitaciones:

- Al tratarse de un estudio cuantitativo en el que se abarcó un número significativo de Unidades de Análisis, no se logró conocer en profundidad las situaciones particulares de las familias que institucionalizan a sus adultos mayores.
- No se incluyó un instrumento de recolección de datos dirigido al adulto mayor ni a otros autores familiares en el cual se plasmaran sus percepciones sobre las causas de institucionalización.
- No se consideraron al momento del análisis los significativos cambios cualitativos que se presentan actualmente en las constituciones familiares.

8. BIBLIOGRAFÍA

Aguilar-Hernández, R., Félix-Alemán, A., Martínez-Aguilar, M., Vega-Alanis, M., Quevedo-Díaz, M., Gutiérrez-Sánchez, G. (2018) Caracterización del binomio adulto mayor-familiar de convivencia. *Enfermería Universitaria*;6(4).

Disponible: <https://revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/321>

Alergui, M. A. (2009). *Situación de los adultos mayores en la Argentina. Activos y capacidad de respuesta frente a la vejez en contextos vulnerables*. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología. Disponible:

<https://dds.cepal.org/redesoc/publicacion?id=1087>

APA. (2021). Manual de publicaciones de la American Psychological Association. 4ª ed de la 7ª ed. en inglés. El Manual Moderno.

Arias Soto, M. P., Amador Anguiano, J. D., Preciado Jiménez, S. A. (s.f.). *Situación familiar del adulto mayor institucionalizado*. Disponible eventos.ucol.mx/content/micrositios/241/file/memoria/pdf/85.pdf

Argentina. Ministerio de Salud (2011). *Garantía de calidad de la atención médica: Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGC)*.

Disponible: <http://www.msal.gob.ar/pngcam/institucional.htm>

- Argentina. Dirección Nacional de Población. (2021) *Reporte de Envejecimiento Poblacional a nivel nacional y provincial. Argentina 1991-2010*. Disponible: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/10/reporte de envejecimiento poblacional a nivel nacional y provincial.pptx .pdfsegún](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/10/reporte_de_envejecimiento_poblacional_a_nivel_nacional_y_provincial.pptx.pdfsegún)
- Baeza, S. (2009). Las nuevas configuraciones familiares y su impacto en la subjetividad de niños y adolescentes. *Signos Universitarios*, Vol. 28, Núm. 44 (2009). Disponible: <https://p3.usal.edu.ar/index.php/signos/article/view/2150/2696>
- Barrantes Monjes, M. (2006) Género, vejez y salud. En *Acta Bioethica* 2006; 12(2), Disponible: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2006000200008
- Battistella, G. (s.f.). *Salud del adulto mayor*. Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. UBA Disponible <https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2018-02/salud.pdf>
- Berenstein, I. (2002). Problemas Familiares Contemporáneos o Situaciones Familiares Actuales: Invariancia y Novedad. *Psicología USP* 13 (2). Disponible: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642002000200003>
- Blieszner, R.M. y Hamon, R. (1990) Filial Responsibility Expectations Among Adult Child–Older Parent Pairs. *Journal of Gerontology*, Volume 45, Issue 3. Disponible: <https://doi.org/10.1093/geronj/45.3.P110>

Calva, D. (2013). *El problema de la naturaleza del ser humano*. Antropología filosófica (s.d.e.)

Cevallos Serrano, G. (2011). *Consecuencias psíquicas del abandono familiar en los ancianos de la Institución Hogar de Vida Patronato San José*. Universidad Politécnica Salesiana. Quito, Ecuador. Disponible: <https://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/1975>

Cifuentes Reyes, P. (2005). *Adulto mayor institucionalizado*. Tesis para optar al título de Asistente Social y al grado académico de Licenciada en Trabajo Social. Universidad Académica de Humanismo Cristiano. Disponible: <http://bibliotecadigital.academia.cl/xmlui/handle/123456789/176>

Chile. MINSAL. Departamento de Estudio y Desarrollo Superintendencia de Salud. (2008). *Dependencia de los adultos mayores en Chile*. Disponible: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-4471_recurso_1.pdf

Chile. Superintendencia de Salud, MINSAL, MIDEPLAN (2008). *Dependencia de los adultos mayores en Chile*. Superintendencia de Salud Disponible: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-4471_recurso_1.pdf

Comollonga, M. I., Izquierdo Zamarriego, G. (2020). Fisiología del Envejecimiento. En: Salgado, A. *Manual de Geriatría*. Masson.

- Danel, P. (2008). *Adultos mayores institucionalizados: Objetos de protección, cuidado y rentabilidad* (Ponencia). Jornadas de Cuerpo y Cultura de la UNLP, La Plata, Argentina. Disponible: https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.654/ev.654.pdf
- Dimidier de Vicente, D. (2016a). *Conferencia de cierre del Congreso*. Pre Congreso y Congreso "Descartes vs. Inclusión". Universidad Austral. Disponible <https://www.teseopress.com/3congreso2016/back-matter/271-2/>
- Dimidier de Vicente, D. (2016b). *El dilema de ser anciano en el siglo XXI*. La Nación. Disponible <https://www.lanacion.com.ar/comunidad/el-dilema-de-ser-anciano-en-el-siglo-xxi-nid1942902/>
- Entre Ríos (2007). *Ley N° 9823 Reglamentación de prestaciones y servicios gerontológicos y geriátricos de la Provincia de Entre Ríos*. Disponible: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/16577.html>
- Fernández Mouján, J. (2019). Entrevistado por TN.com.ar. *En Envejecer en el siglo XXI: crece la esperanza de vida pero con más desafíos sociales y tecnológicos* Disponible: <https://tn.com.ar/salud/noticias/2019/01/11/envejecer-en-el-siglo-xxi-crece-la-esperanza-de-vida-pero-con-mas-desafios-sociales-y-tecnologicos/>
- García Castañeda, S. (s.f.) *La importancia de las relaciones familiares en la Tercera Edad*. Disponible: <https://psicologiayfamilia.org/la-importancia-de-las-relaciones-familiares-en-la-tercera-edad/>

Gómez Álvarez, J. E. (2019). Reflexiones bioéticas acerca de la ancianidad desde el estoicismo de Séneca. *Medicina Y Ética*, 31(1). Disponible: <https://doi.org/10.36105/mye.2020v31n1.01>

Gómez Juanola, M., López Zamora, A. Moya Rodríguez, M. y Hernández Jiménez, O. R. (2005). influencia de algunas variables en las relaciones familiares del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral* vol. 21, (1-2). Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100003

González Méndez, L. S. (2014). *Trabajo de cuidado y vejez: condiciones laborales, dinámicas organizacionales y devaluación social*. Universidad de los Andes, Centro Interdisciplinario de Estudios sobre Desarrollo. Disponible: https://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/cider-uniandes/20170727035211/pdf_513.pdf

Guerra Peña, N. L. (2014). *Dignidad en la vejez. El caso de personas mayores institucionalizadas en el Centro de Protección Social Bello Horizonte*. (Tesis de Maestría) Universidad de los Andes. Disponible <https://repositorio.uniandes.edu.co/bitstream/handle/1992/12749/u703039.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Guzmán, J. M. (2002) Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). División de Población Santiago de Chile. Disponible:

<https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/e345daf3-2e35-4569-a2f8-4e22db139a02/content>

INDEC. *Censo* 2010

https://www.indec.gob.ar/ftp/censos/2010/CuadrosDefinitivos/P2-P_Entre_rios.pdf

Iacub, R. (2012). El poder de la vejez. PAMI. Disponible <https://comunidad.pami.org.ar/wp-content/uploads/2021/05/el-poder-en-la-vejez-copy.pdf>

Ludi, M. del C. (2011). Envejecer en el actual contexto. Problemáticas y desafíos. Revista *Cátedra Paralela* N° 8, Disponible: <https://rephip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/5136/Ludi.pdf?sequence=3>

Ludi, M. del C. (2017). *Aportes de la investigación universitaria al proceso de envejecimiento*. Agendaabierta.com.ar. Disponible: <https://www.agendaabierta.com.ar/2017/10/aportes-de-la-investigacion-universitaria-al-proceso-de-envejecimiento/>

Ludi, M.C. (2011). Envejecer en el actual contexto. Problemáticas y desafíos. Revista *Cátedra Paralela*, N° 8. UNER. Disponible: <https://rephip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/5136/Ludi.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Martín Maraver, M. A. (2012). *Representaciones y significados acerca de la vejez institucionalizada*. TFC Humanidades UOC. Mundo Actual. Universitat Oberta de Catalunya. Disponible:

<https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/14641/6/olimargoTFC0612memoria.pdf>

Martínez Ortega, M.P., Polo Luque, M.L., Carrasco Fernández, B. (2002). Visión histórica del concepto de vejez desde la Edad Media. En *Cultura de los cuidados*, 1º Semestre 2002, Año VI, N° 11. Disponible: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4889/1/CC_11_08.pdf

Martínez, H. D., Mitchell, M. E., Aguirre, C. G. (s.f.) *Manual de Medicina Preventiva y Social I: Unidad N° 5. Salud del Adulto Mayor. Gerontología y Geriatría*. UNC. Facultad de Ciencias Médicas.

Molero, M. del M., Pérez-Fuentes, M. del C., Gázquez, José J. y Sclavo, E. (2011). Apoyo familiar en mayores institucionalizados. En *EJIHPE: European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, Vol. 1, N° 1, 2011. Disponible: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3935992>

Montes de Oca Peña, M., Santana González, A., Martínez Romero, M., Collado Montes de Oca, M. (2009). Acciones capacitantes en familiares cuidadores de adultos mayores dependientes. *Revista Información Científica*. Vol. 71, N° 3 (2011). Disponible <https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/612>

Naciones Unidas (2004). *OPS publica perfil de adultos de la tercera edad en América Latina y El Caribe*. Disponible <https://news.un.org/es/story/2004/01/1028491>

Oliveira Pires, F. R., García Deitos, B., Dornelles Schoeller, S., Azevedo dos Santos, S. M., Oliveira Vargas, M. A. y Maciel Silva, K. (2014). *Barreras y facilitadores arquitectónicos: un desafío para la independencia funcional*. *Índex de Enfermeria*, 23(3), 124-128. Disponible: <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000200002>

Pál Pelbart, 2009. *Filosofía de la deserción: Nihilismo, locura y comunidad*. Buenos Aires: Tinta Limón.

OMS (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Disponible: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf

OMS (2022). *Envejecimiento y salud* Disponible: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

OMS/OPS (2001) *Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud CIF. Versión abreviada*. Disponible: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf

Martínez Ortega, M.P., Paolo Luque, M.L., Carrasco Fernández, B. (2002). Visión histórica del concepto de vejez desde la Edad Media. *Cultura de los Cuidados*.1º Semestre, Año VI, N.º 1. Disponible: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4889/1/CC_11_08.pdf

Pablo VI, Papa. (1967). *Populorum Progressio*. Vaticano. Disponible: https://www.vatican.va/content/paul-vi/es/encyclicals/documents/hf_p-vi_enc_26031967_populorum.html

PAHO (2011). *Regulación de la enfermería en América Latina 2011*. Disponible <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/nursing-regulacion-alaratina-2011-esp.pdf>

Pérez Porto, J., Gardey, A. (2012). *Cuidados de enfermería - Qué es, definición y concepto*. En Definicion.de. Disponible: <http://definicion.de/cuidados-de-enfermeria/>

Pérgola, F. (2014) El Anciano del siglo XXI: una mirada antropológica. *Voces en el Fénix*, N° 36. Disponible <https://vocesenelfenix.economicas.uba.ar/el-anciano-del-siglo-xxi-una-mirada-antropologica/>

Red Latinoamericana de Gerontología (2007). *La vejez desprovista de eufemismos. Contra el estigma de llamarse "viejo"*. Disponible: <https://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=941>

Reyes, G.J., Aguilar, N.S. (2009). Evaluación geriátrica global. En: D'Hyver, C.; Gutiérrez, R. L. *Geriatría*. 2ª ed. El Manual Moderno.

Rodríguez Riscart, M., La Rosa Mustelier, M., Reyes González, M. (2006). Interrelación de la familia con el adulto institucionalizado. *Revista Cubana*

de *Enfermería*, v.22 n.1, ene.-mar. 2006 Disponible:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000100004

Sepúlveda R., Catalina; Rivas R., Edith; Bustos M., Luis; Illesca P., Mónica (2010).

Perfil socio-familiar en adultos mayores institucionalizados. Temuco, Padre de las Casas y Nueva Imperial. *Ciencia y Enfermería*, vol. XVI, núm. 3.

Universidad de Concepción, Chile. Disponible

<https://www.redalyc.org/pdf/3704/370441853007.pdf>

Serrano, J. A. (2013). *Informe TFW 2013-2 El papel de la familia en el*

envejecimiento activo. The Family Watch. Instituto Internacional de Estudios

sobre la Familia. Disponible [https://thefamilywatch.org/wp-](https://thefamilywatch.org/wp-content/uploads/Informe2013-2.pdf)

[content/uploads/Informe2013-2.pdf](https://thefamilywatch.org/wp-content/uploads/Informe2013-2.pdf)

Serna de Pedro, I. (2003) *La vejez desconocida*. Ediciones Diaz de Santos.

Retrieved from [https://www.perlego.com/book/3546917/la-vejez-](https://www.perlego.com/book/3546917/la-vejez-desconocida-pdf)

[desconocida-pdf](https://www.perlego.com/book/3546917/la-vejez-desconocida-pdf)

Sosa Sosa, M. J. (2016) *Deterioro cognitivo de la vejez: ¿fenómeno normal?*

Universidad de la República de Uruguay. Facultad de Psicología.

Disponible: <https://es.scribd.com/document/369140291/tfg-m-jose-sosa>

Sugimoto, P. N. (2008). *Aportes para la gestión institucional de servicios*

gerontológicos: Manifestación de conflictos en la convivencia en residentes

adultos mayores autoválidos institucionalizados en un Hogar Municipal de la

C.A.B.A. Tesis de Maestría en Gestión de Servicios de Gerontología.

Universidad

ISALUD.

Disponible:

<http://repositorio.isalud.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/1/249/T362.609%20821%201%20Su35.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Tedeschi, V. (s.f.) *¿Cuándo la internación geriátrica es una necesidad?*

Gerontogeriatría. Asociación Gerontológica Argentina.

TN.com.ar (2019) *Envejecer en el siglo XXI: crece la esperanza de vida pero con*

más desafíos sociales y tecnológicos Disponible:

<https://tn.com.ar/salud/noticias/2019/01/11/envejecer-en-el-siglo-xxi-crece-la-esperanza-de-vida-pero-con-mas-desafios-sociales-y-tecnologicos/>

Urdínez, M. (2014). *Cuando los mayores ya no pueden solos*. La Nación.

Disponible: <https://www.lanacion.com.ar/comunidad/cuando-los-mayores-ya-no-pueden-solos-nid1740484/>

Veloza Torres, N. E. (2018). *Cuerpos viejos y cultura de la paz: una visión desde*

la potencia Spinozista. Pontificia Universidad Javeriana. Disponible:

http://dx.doi.org/10.25267/Rev_estud_socioeducativos.2018.i6.11

Vera, M. (2007). *Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y*

para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina*. 68(3). Universidad

Nacional Mayor de San Marcos. Disponible:

<http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3>

Villalobos Curtis, A. (s.f.) Gestor de caso del adulto mayor en riesgo de dependencia. Chile: Ministerio de Salud. Disponible: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/c2c4348a0dbb9a8be040010165012f3a.pdf>

Vizcaíno, Y. F., Solano, M. (2017). *Adaptación a la adaptación a la institucionalización de los familiares de ancianos residentes en el Hogar Geriátrico Semillitas de Fe (Barranquilla)*. Universidad Cooperativa de Colombia. Facultad de Psicología. Disponible <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/ae72170e-6a23-40eb-8217-af460fe15101/content>

Para su atención de salud el grupo familiar utiliza

Sistema Público (Hosp./Centros de Salud)

Sistema Privado (Clínicas Sanatorios)

Cantidad de integrantes del grupo familiar por edades (en cada rango de edad enumere la cantidad de integrantes)

0-5 años

6- 12 años

13- 18 años

19-40 años

41-60 años

61 y + años

- **Condición del adulto mayor** (responda de acuerdo a las características del Adulto Mayor Institucionalizado)

Sexo	Femenino			Edad	Menos de 60	
	Masculino				De 61 a 70 años	
					De 71 a 80 años	
					De 81 a 90 años	
					91 años o mas	

Rol dentro de la estructura familiar	Madre/Padre	
	Abuelo/ abuela	
	Tío/ Tía	
	Suegro/ Suegra	

	Otros ¿Cuál?	
--	--------------	--

Dependencia Habitacional y Económica	Casa Propia	SI	
		NO	
	Situación Económica	Jubilado	
		Pensionado	
		Otros ¿Cuál?	

Alteraciones en la interacción social

Del Habla. ¿Cuál?

De audición. ¿Cuál?

De visión. ¿Cuál?

Cognitivo. ¿Cuál?

Motrices. ¿Cuál?

¿Cuál considera que fue la causa principal que generó la internación del Adulto Mayor?

Falta de Tiempo para el cuidado		Falta de espacio físico	
Necesidad de cuidados específicos del adulto mayor		Familia pequeña, no hay quien colabore en el cuidado	
Otros. ¿Cuál?			

ANEXO II Cuestionario aplicado

Situaciones particulares de las familias y situaciones particulares del adulto mayor que derivan en la internación

Agradecemos su colaboración en esta investigación; a través de ella, se buscará identificar cuáles son las realidades particulares que atraviesan las familias de la provincia por las que necesitan disponer de lugares de estadía prolongada para sus Adultos Mayores, teniendo en cuenta las situaciones particulares de los mismos. Responda con una X la respuesta que considere apropiada **Persona a Cargo del Adulto Mayor** (quien realizó la internación del Adulto Mayor, encargada de responder el instrumento)

1-	<u>Género</u>	Femenino	2-	<u>Edad</u>	18- 40 años
		Masculino			41- 50 años
					51- 60 años
					61 años o +

Grupo Familiar a Cargo del Adulto Mayor (grupo familiar de procedencia del Adulto Mayor)

3-	<u>Genero jefe de hogar</u>	Femenino	4-	<u>Edad</u>	18- 40 años
		Masculino			41- 50 años
					51- 60 años
5-	<u>Formación Educativa</u>	Primario			61 años o mas
		Secundario			

Ter/ Univ.

Analfabeto

6- **Para su atención de salud el grupo familiar utiliza:**

Sist. Público (Hosp. / Centros de Salud).....

Sist. Privado (Clínicas Sanatorios)....

7- **Cantidad de integrantes del grupo familiar por edades**
(en cada rango de edad enumere la cantidad de integrantes)

0-5 años

6- 12 años

13- 18 años

19-40 años

41-60 años

61 y + años

8- **Características de la vivienda familiar**

Cuenta con	Si	No
Gas		
Luz		
Cloaca		
Agua potable		
Asfalto		

Posee	Si	No	Cantidad
Cocina			
Comedor			
Living			
Habitación			
Baño			

Telefono		
Internet		

Garaje			
Espacio verde			

9- **Ingresos Económicos del Grupo Familiar**

- Sueldo
- Jubilación
- Pensión
- Ben. Social
- Otros Cual?

10- **Condición del Adulto Mayor** (responda de acuerdo a las características del Adulto Mayor institucionalizado)

Genero Femenino
Masculino

Edad Menos de 60
De 61 a 70 años
De 71 a 80 años
De 81 a 90 años
91 años o mas

11- **Rol dentro de la estructura familiar**

- Madre/Padre
- Abuelo/ abuela
- Tío/ Tía
- Suegro/ Suegra
- Otros ¿Cuál?

12- **Dependencia**

Habitacional y

Económica

Casa Propia

SI

NO

Situación

Jubilado

Económica

Pensionado

Otros ¿Cuál?

Alteraciones en la interacción social

Relacionados con	Si	No	¿Cuál?
El habla			
La audición			
La visión			
La cognición			
La motricidad			
Otros ¿Cuál?			

12 ¿Cuál considera que fue la causa principal que generó la internación del Adulto Mayor?

Falta de Tiempo para el cuidado

Falta de espacio físico

Necesidad de cuidados específicos del adulto mayor

Familia pequeña, no hay quien colabore en el cuidado

Por Propia decisión del Adulto Mayor

Otras ¿Cuál?

ANEXO III Consentimiento informado

Consentimiento Informado

“Situaciones particulares de las familias y situaciones particulares del adulto mayor que derivan en la internación”.

Agradecemos su colaboración en esta investigación; a través de ella se buscará identificar cuáles son las realidades particulares que atraviesan las familias de la provincia por las que necesitan disponer de lugares de estadía prolongada para sus Adultos Mayores, teniendo en cuenta las situaciones particulares de los mismos.

Período de estudio año 2015 – 2018 en Instituciones Geriátricas dependientes del Ministerio de Salud de Entre Ríos.

Introducción y propósito:

El Lic. Ángel Adrián Huber, estudiante de la Maestría en Administración de Servicios de Enfermería, de la Universidad Nacional de Rosario, me ha solicitado participar en su estudio de investigación titulado “Situaciones familiares que derivan en la internación del adulto mayor”.

Me ha informado que los datos que yo le proporcione serán utilizados con fines científicos. Me ha explicado el propósito del estudio y que participarán instituciones geriátricas dependientes del MS.

El estudio en el cuál participaré no tiene riesgos para mí, ya que solo me harán algunas preguntas.

Participaré en el presente estudio por decisión propia y podré retirarme cuando yo así lo desee.

Se me explicó que los datos obtenidos serán tratados de manera confidencial por el investigador. Una vez finalizado el estudio, los cuestionarios se resguardarán por meses y posteriormente serán destruidos.

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR

El Lic. Ángel Adrián Huber, me ha explicado en qué consiste el estudio y que puedo elegir participar o dejar de hacerlo cuando lo desee. Abalo con mi firma haber comprendido:

Firma del participante:..... Fecha:

Firma del investigador: Fecha:.....

ANEXO IV Ley N° 9823 Sistema de tipificación, normalización y reglamentación de Prestaciones y servicios gerontológicos y geriátricos de la Provincia de Entre Ríos

LEY N° 9823

La Legislatura de la Provincia de Entre Ríos, sanciona con fuerza de LEY:

PARTE GENERAL

Art. 1º - Créase el sistema de tipificación, normalización y reglamentación de Prestaciones y servicios gerontológicos y geriátricos de la Provincia de Entre Ríos, los cuales se regirán por las disposiciones de la presente Ley y su reglamentación.

Art. 2º - Entiéndase por Instituciones y/o Servicios Gerontológico de residencia permanente o no permanente a aquellos que, salvo la prestación de atención médica integral, tienen como objetivo brindar todos o algunos de los siguientes servicios: alojamiento; alimentación; asistencia médica de primer nivel; recreación; laborterapia u otros servicios relacionados en forma exclusiva a necesidades e intereses de ancianos autoválidos.

A los mismos fines, se entiende por Instituciones y/o Servicios Geriátricos, los que además de los servicios enunciados estén destinados a la atención biopsíquica de ancianos que padezcan enfermedades que requieran de atención médica y de enfermería permanente o no permanente.

Art. 3º - El presente sistema se aplicará a toda organización institucional estatal, privada, mixta o cualquier otra figura que surgiera como entidad jurídica; con o sin fines de lucro, que se incluya en los alcances del Artículo 2º.

Art. 4º - En las Instituciones y/o Servicios Gerontológico el Organismo específico relacionado a la vejez que designe el Ministerio de Acción Social de la Provincia,

será el encargado de la habilitación, control y supervisión de los mismos y de velar por la observancia de la presente Ley. En las Instituciones y/o Servicios Geriátricos la misma función estará a cargo de la Secretaría de Salud de la Provincia.

Cada Organismo competente deberá conformar un Equipo Profesional Interdisciplinario Básico integrado por: Médico Geriatra, Trabajador Social, Enfermero, Terapeuta Ocupacional y Nutricionista, con capacitación en la temática problemática de la vejez, el que tendrá a su cargo el proceso de habilitación, Contralor y supervisión mencionada, además de la implementación de instancias de capacitación en apoyo a las entidades estatales y civiles sin fines de lucro. Ambos Equipos deberán trabajar en coordinación. Para la conformación, funcionamiento e implementación de acciones de los mismos, deberá elaborarse y aprobarse el presupuesto correspondiente.

Art. 5º - Los Organismos mencionados en el Artículo 4º, podrán delegar en los Municipios de la Provincia el ejercicio del contralor de funcionamiento de las Instituciones y/o Servicios. La delegación deberá hacerse mediante convenio – renovable previa evaluación– para lo cual el Municipio deberá contar con un Área de Acción Social y/o de Salud y personal capacitado, pudiendo los organismos competentes provinciales, realizar la capacitación necesaria de recursos humanos a tal fin.

Art. 6º - Las Personas físicas o jurídicas que deseen la habilitación de Instituciones y/o Servicios comprendidos en el Artículo 2º, deberán presentarse ante el organismo competente acompañando a su solicitud la documentación que acredite el cumplimiento de las condiciones establecidas en la presente Ley y aquellas que estén contempladas en la reglamentación correspondiente.

Art. 7º - La habilitación para el funcionamiento de las Instituciones y/o Servicios gerontológicos y/o geriátricos deberá realizarse mediante un acto administrativo expreso producido por la autoridad competente, previa actuación del Equipo

Interdisciplinario Básico, en donde constarán las condiciones de habilitación, las áreas autorizadas a funcionar, servicios que prestará y toda otra característica que haga al correcto funcionamiento de las mismas. La habilitación será permanente mientras la Institución acredite anualmente el cumplimiento de los requisitos establecidos para ello, siendo responsabilidad de los Organismos competentes la constatación de su funcionamiento de acuerdo a la presente Ley y su reglamentación.

Art. 8º - Cuando las Instituciones contraten servicios fuera del edificio (alimentación, lavandería y/u otros) como complemento de los que ofrecen, éstos deberán ser suministrados por empresas que se adecuen a la presente norma y posean la habilitación correspondiente.

Art. 9º - Cuando una misma Institución posea servicios que funcionen en distintos edificios, se deberá analizar cada uno de ellos en forma separada y se hará constar en la habilitación esta situación. La Acreditación también será individual.

Art. 10º - En todos los casos los establecimientos deberán respetar las normas de edificación y construcción establecidas por el Municipio de su jurisdicción o por el que constituya cabecera de departamento.

Art. 11º - Los Organismos competentes llevarán un Registro Público donde se detallen las características principales de cada una de las Instituciones y/o Servicios habilitados para quienes la inscripción será obligatoria.

Art. 12º - Cualquier modificación en la estructura del edificio y/o áreas de funcionamiento y/o servicios que presta y/o en aspectos administrativo-legales, deberá ser comunicada en forma fehaciente al Organismo responsable correspondiente dentro de los treinta (30) días de producido el hecho, revisándose las condiciones atinentes a su habilitación.

Art. 13º - Los Organismos competentes percibirán una Tasa de Habilitación y de Acreditación de acuerdo a lo que establezca la reglamentación, exceptuándose de este requerimiento a las entidades estatales, privadas o mixtas sin fines de lucro.

Art. 14º - Los Organismos competentes abrirán una cuenta bancaria especial en la cual se depositarán los montos recaudados por Tasa de Habilitación y Acreditación y por Sanciones, los que serán destinados con exclusividad a la implementación de programas, proyectos y/o actividades específicas relacionadas a la presente Ley. Si hubiere remanente al vencimiento del ejercicio, pasará al ejercicio siguiente.

Art. 15º - Los Organismos competentes mencionados en el Artículo 4º, propiciarán que la capacidad de los establecimientos gerontológicos no supere la cantidad de cuarenta (40) camas.

Art. 16º - Se propiciará que los Municipios de diferentes localidades apoyen o se responsabilicen de la generación de Servicios y/o Instituciones Gerontológicas, que respondan a un diagnóstico específico, que exprese necesidades y recursos existentes en cada lugar y en relación con la Provincia, tendiendo a la regionalización de los mismos.

Art. 17º - Se fomentará la creación de Servicios y/o Unidades de Geriátrica en los hospitales generales dependientes de la Secretaría de Salud de acuerdo a un Diagnóstico específico que exprese necesidades y recursos existentes en cada lugar y en relación con la Provincia, tendiendo a la regionalización de los mismos.

Art. 18º - La Secretaría de Salud de la Provincia será responsable y deberá arbitrar los medios necesarios para brindar un adecuado servicio a personas mayores y ancianos con problemas psiquiátricos y/o demencias que requieran atención médica permanente y que pertenezcan a sectores de escasos recursos

que no puedan acceder a Instituciones privadas.

Art. 19º - Se propiciará que los Órganos provinciales competentes en la Temática y Problemática de la Vejez, en articulación con las diferentes Universidades de la Provincia, brinden la posibilidad de formación de recursos humanos especializados y capacitación a personas que deseen iniciarse y a quienes ya se encuentren trabajando en la misma, para una mejor calidad de atención a los ancianos de nuestra Provincia.

CAPÍTULO I

- De las Instituciones Gerontológicas de Estadía Permanente:
- Planta Física

Art. 20º - Los establecimientos dedicados a la atención de ancianos autoválidos o semi dependientes deberán realizarla en forma exclusiva y no podrán compartirla con otros usos a excepción de la vivienda del personal que intervenga directamente en la atención de los mismos. En todos los casos deberá resolverse la habitabilidad, el acceso y la libre circulación interna, de acuerdo a lo que estipula la Ley Nacional N° 24.314, de Accesibilidad de personas con movilidad reducida (modificatoria de la Ley N° 22.431) Decreto Reglamentario N° 914/97.

Art. 21º - Las habitaciones/dormitorios deberán poseer aberturas que aseguren ventilación e iluminación natural directa e iluminación artificial adecuada además de apropiadas condiciones de higiene y seguridad.

Cada dormitorio tendrá una capacidad máxima de tres (3) camas simples – Instituciones con fines de lucro– y cuatro (4) –cuando se trate de Instituciones sin fines de lucro–.

También podrán disponer de habitaciones con cama doble para matrimonios o parejas residentes.

Art. 22° - Cada establecimiento deberá contar, como mínimo, con un sanitario cada seis (6) camas que pueden ser internos o contiguos a los dormitorios con acceso cubierto y cerrado, con equipamiento completo (lavamanos, inodoro, bidé y ducha) y agua fría y caliente. Piso antideslizante y asideros correspondientes.

Art. 23° - Los establecimientos deberán disponer de locales de uso común para actividades de distinta índole: comedor, sala de estar, otros, los que deberán tener características de confortabilidad, higiene y seguridad. Estos ambientes deberán estar provistos de equipamiento adecuado acorde al grupo de internos. Todos los ambientes deben poseer calefacción en invierno y ventilación apropiada en verano, así como ventilación e iluminación natural suficientes.

Art. 24° - Los establecimientos deberán poseer espacios verdes adecuados para el esparcimiento y realización de diferentes actividades. Se considerará factible la utilización de galerías cubiertas y cerradas (hasta dos lados) para solario y descanso con vista a espacios verdes.

Art. 25° - Los establecimientos contarán con locales de servicios y apoyo necesario (cocina, lavadero, despensa, vestuario y sanitarios del personal; otros) cuya cantidad, dimensiones y equipamiento estarán en proporción a la cantidad de internos y usuarios.

Art. 26° - Los establecimientos deberán contar con un local adecuado, destinado a consultorio interno y a la atención de enfermería de los ancianos.

- Servicios Básicos

Art. 27° - La atención integral del anciano interno estará basada en la prestación de servicios que contemple lo preventivo-asistencial, para lo que la Institución deberá brindar:

1) Un hábitat que satisfaga las necesidades mínimas indispensables para vivir

dignamente, que contemple aspectos socio-culturales relacionados a la identidad del grupo de internos y de cada uno de ellos.

- 2) Alimentación adecuada a la fisiología de cada uno y del grupo de internos y a sus hábitos culturales, asegurando un apropiado estado de nutrición.
- 3) Condiciones funcionales que brinden seguridad y fácil integración.
- 4) Actividades que procuren el bienestar psico-físico y social de la población de la Institución de acuerdo a necesidades, intereses, aptitudes y posibilidades del interno, facilitando la convivencia y el encuentro con familiares, allegados y comunidad.

- Recursos Humanos

Art. 28º - Cada establecimiento deberá contar con:

- 1) Un (1) personal Directivo o Responsable de la organización y funcionamiento de la Institución, el que deberá ser profesional universitario con capacitación en la Temática-problemática de la Vejez.
- 2) Una (1) mucama como mínimo cada doce (12) internos por turno diurno.
- 3) Un (1) enfermero y un (1) Auxiliar de enfermería o Cuidador de Ancianos, cada cuarenta (40) internos por turno diurno.
- 4) Una (1) persona (nochera) en el turno noche cada cuarenta (40) internos, la que deberá ser Cuidador de Ancianos o Auxiliar de Enfermería.
- 5) Personal de cocina y lavandería de acuerdo a las necesidades de la Institución.
- 6) Personal de mantenimiento de acuerdo a las necesidades de la Institución.
- 7) Servicio médico para la atención de primer nivel – control y seguimiento del estado psico-físico de los internos– para lo que deben arbitrarse los medios necesarios: concurrencia a un servicio externo de atención médica y/o para recibir atención en la Institución.
- 8) Servicio médico de urgencia, estatal o privado, que asegure la atención de la salud.

Además como Recursos Humanos permanentes –para una mejor atención de los residentes– deberá contar con: Nutricionista, Trabajador Social y personal idóneo

para actividades de recreación y ocupación del tiempo libre.

En todos los casos se requerirá que el personal tenga capacitación específica en la Temática-Problemática de la Vejez

CAPÍTULO II

- De las Instituciones Geriátricas de Estadía Permanente:

- Planta Física

Art. 29º - Además de lo establecido en el Capítulo I – Planta Física– deberán tener:

1) Un consultorio de enfermería separado del consultorio interno y una estación de enfermería cada veinte (20) camas, todos equipados en forma adecuada a las necesidades de los internos.

2) Alojamiento para el personal de guardia en cantidad proporcional al número de personas afectadas al servicio con sanitario propio e interno.

3) Todas las camas deberán ser ortopédicas y se debe contar con la cantidad de sillas de ruedas necesarias para los internos incapacitados.

4) La planta física debe estar dimensionada y equipada (dormitorios, sanitarios y otros) para uso de internos en silla de ruedas.

5) Además de la luz central de las habitaciones cada cama deberá contar con luz y llamador de enfermería individual.

- Servicios Básicos

Art. 30º - Además de los servicios establecidos en el Capítulo I –Servicios Básicos– deberán prestar un servicio integral de salud, interdisciplinario y acorde a la patología que padece cada uno de los internos, tendientes a su rehabilitación y/o recuperación.

- Recursos Humanos

Art. 31º - Cada establecimiento deberá contar con:

- 1) Un (1) personal Directivo o Responsable de la organización y funcionamiento de la Institución, el que deberá ser profesional universitario con capacitación en la Temática-problemática de la Vejez.
- 2) Un (1) médico geriatra.
- 3) Enfermeros y Auxiliares de Enfermería, en turnos diurno y nocturno, de acuerdo a lo establecido en las normas de organización y funcionamiento de los Servicios de Enfermería en establecimientos de atención médica de la Provincia, vigentes al momento de reglamentación de la presente Ley.
- 4) Una (1) mucama cada doce (12) internos o fracción mayor de tres (3).
- 5) Psicólogo y/o médico psiquiatra acorde a las necesidades.
- 6) Terapeuta Ocupacional acorde a las necesidades.
- 7) Kinesiólogo acorde a las necesidades.
- 8) Personal de cocina y lavandería acorde a las necesidades de la Institución.
- 9) Personal de mantenimiento acorde a las necesidades de la Institución.

Además como Recursos Humanos permanentes, deberá contar con: Nutricionista, Trabajador Social y personal idóneo para actividades de recreación, ocupación del tiempo libre y terapia ocupacional de acuerdo a necesidades y estado de salud de los internos.

En todos los casos se requerirá que el personal tenga capacitación específica en la Temática-Problemática de la Vejez.

CAPÍTULO III

- Del Régimen de Funcionamiento

Art. 32º - Todas las Instituciones Gerontológicas y Geriátricas involucradas en la presente Ley deberán exigir para la institucionalización, que los ancianos cuyas facultades mentales se lo permitan, expresen su consentimiento por escrito. En su defecto lo hará algún integrante de su grupo familiar en el caso que lo tuviere.

Art. 33º - Tanto las Instituciones Gerontológicas como las Geriátricas deberán

llevar un Registro Institucional, el que contendrá básicamente una Ficha personal e Historia clínica periódicamente actualizada de cada residente; la programación correspondiente de acciones relacionadas a actividades recreativas, de ocupación del tiempo libre y/o de rehabilitación psico-física y su grado de realización, y toda otra documentación necesaria que establezca la reglamentación.

El régimen de visitas y salidas deberá ser amplio, posibilitando la participación activa y conjunta con familiares, allegados y la comunidad.

Art. 34° - Los Directivos de las Instituciones Gerontológicas y/o Geriátricas sin fines de lucro, a través de la Administración de las mismas, estarán autorizados a requerir de los internos un aporte económico mensual entre el cincuenta por ciento (50%) y el setenta por ciento (70%) de su haber Previsional o No Previsional. En el caso que la Obra Social a la que pertenecen se haga cargo del costo del servicio, no podrá requerirse el citado aporte.

CAPÍTULO IV

- Otros Servicios Gerontológicos

Art. 35° - Son aquellos servicios que implementan Instituciones estatales, privadas o mixtas, destinados a la satisfacción de necesidades e intereses de ancianos tales como:

- 1) Transporte.
- 2) Atención domiciliaria de diferentes tipos.
- 3) Asistencia alimentaria.
- 4) Recreación, Turismo, Deporte, Tiempo Libre.
- 5) Centros Diurnos.
- 6) Hogares "sustitutos".
- 7) Otros creados o a crearse no enumerados en el presente artículo.

Art. 36° - Estos servicios deberán brindar a los ancianos beneficiarios de los

mismos: seguridad, higiene y atención adecuada a la situación de la población que atiende además de la cumplimentación de las disposiciones legales y reglamentarias correspondientes al servicio de que se trate.

Art. 37º - Su habilitación y acreditación se realizará de acuerdo a lo dispuesto en los artículos correspondientes a la parte general de la presente Ley.

CAPÍTULO V

- De las Sanciones

Art. 38º - Las infracciones e incumplimiento a la presente Ley y a sus disposiciones reglamentarias, harán pasible a los responsables de las siguientes sanciones:

- 1) Apercibimiento y emplazamiento para regularizar la situación que dio motivo.
- 2) Multa, cuyo monto se graduará de acuerdo a la gravedad y reiteración de la acción encuadrada por este artículo, siendo su falta de pago perseguible por la vía del apremio establecida en el Código Fiscal de la Provincia.
- 3) Clausura temporaria o permanente, total o parcial de la institución, sin exclusión de las penas que cupieren en el orden penal y de los respectivos Tribunales de Disciplina de los Colegios Profesionales que pudieran intervenir.

En todos los casos de incumplimiento, cualquiera sea la sanción que corresponda, se deberá emplazar a la Institución para regularizar la situación que dio motivo a dicha sanción.

CAPÍTULO VI

- Disposiciones Complementarias y Transitorias

Art. 39º - Las Instituciones y/o Servicios Gerontológicos y Geriátricos que ya se encuentren en funcionamiento a la fecha de vigencia de la presente Ley, podrán ser excepcionalmente habilitadas por el Organismo Competente aunque algunos

de los requisitos exigibles no sean cumplidos en su totalidad, siempre y cuando ésto no afecte la calidad de vida de los residentes, debiendo adecuar su estructura, organización y funcionamiento a las condiciones establecidas por la presente Ley, en los plazos que fije la reglamentación correspondiente. En el caso de las Asociaciones Civiles sin fines de lucro, los Organismos Competentes deberán arbitrar los medios necesarios para su adecuación en forma gradual.

Art. 40° - A efectos de la habilitación y posteriores trámites, los edificios existentes contarán con una tolerancia del diez por ciento (10%) en menos para la consideración de superficies mínimas establecidas para los locales que los componen.

Art. 41° - A efectos de la habilitación y posteriores trámites, los establecimientos existentes que no tengan planos de instalaciones de electricidad, sanitarios y gas, podrán indicar en la Planilla de locales, el número de bocas por ambiente.

Art. 42° - El Poder Ejecutivo a través de los Organismos competentes reglamentará la presente Ley en un período máximo de sesenta (60) días, convocándose a tal fin, a asociaciones científicas y civiles con trayectoria en la temática.

Art. 43° - Comuníquese, etcétera.

Sala de Sesiones, Paraná 21 de noviembre de 2007

Orlando Víctor Engelmann Presidente H. Cámara Diputados

Ramón A. De Torres Secretario H. Cámara Diputados

Pedro G. Guastavino Presidente H. Cámara Senadores

Sigrid Kunath Secretaria H. Cámara Senadores

Paraná, 13 de diciembre de 2007

POR TANTO:

Téngase por Ley de la Provincia, cúmplase, comuníquese, dése al Registro Oficial

y oportunamente archívese.

SERGIO D. URRIBARRI

Adán H. Bahl

Ministerio de Gobierno, Justicia, Educación, Obras y Servicios Públicos, 13 de diciembre del 2007. Registrada en la fecha bajo el N° 9823. CONSTE -- Adán Humberto Bahl.