Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü **http://kimelu.mdp.edu.ar/**

Licenciatura en Trabajo Social Tesis de Trabajo Social

2003

Servicio social para adultos mayores : caracterización y análisis

Garcia Chorén, María Mercedes

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/606

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.

FRAGA
Lugr.

SERVICIO SOCIAL PARA ADULTOS MAYORES

Caracterización y Análisis

Autora: María Mercedes García Chorén

Director: Lic. David Zolotow

Co- Directora: Lic. Norma Palermo

Biblioteca C.S. y S.S.
Inventario 2513
Signatura top
Vol.
Ejemplar 1
Universidad Nac. de Mar del Plata

Septiembre 2003

Dedicado a:

Catalina, Tomás, Sol y Mariano

Por la eterna paciencia

Agradecimiento:

Muy especialmente a Norma Palermo y Laura Cabero por todo

Al profesor David Zolotow

A los adultos mayores entrevistados que me ofrecieron su tiempo y su experiencia

Y a todos los que de alguna manera colaboraron para que este trabajo esté concluído

INTRODUCCIÓN

La vejez, para los que aún no han llegado a ella, suele ser "la vejez de los otros" y no su futura vejez. Esto hace ver con indiferencia y poca objetividad el proceso de envejecimiento tanto a nivel individual como social.

El interés por el tema de adultos mayores surge de haber realizado mi práctica del último año en dicho ámbito en el Programa Gerontológico Municipal.

La singularidad del momento en que me incorporo al Programa (abril de 2000 a abril de 2001) me permitió observar y participar de la definición de la política social para los adultos mayores en el Partido de General Pueyrredón, destacando el rol del Servicio Social en la formulación de dicha política.

Es por ello que me propongo realizar un análisis cuanti-cualitativo del funcionamiento del mismo que permita una aproximación evaluativa y propuestas de acción concretas desde la perspectiva del trabajo social.

Para ello, se ha recurrido a las fuentes escritas disponibles; el análisis cualitativo se realiza a partir de la opinión de las personas atendidas por el Servicio Social.

En la primer parte del trabajo, Capitulo uno, se presenta la descripción del *marco contextual global*, económico, social y político y las consecuencias que el actual modelo de desarrollo ha tenido para nuestro país.

En el Capítulo dos se describe el marco teórico a partir del cual se han desarrollado los objetivos planteados.

Dentro de éste se abordan los siguientes temas: *Envejecimiento poblacional, Envejecimiento individual, Definición de anciano y adulto mayor, Los adultos mayores en riesgo social, Los adultos mayores en la ciudad de Mar del Plata y una aproximación a la concepción de la política social en el modelo neoliberal.*

El capítulo tres ofrece la descripción del *Programa Gerontológico Municipal*, dentro del cual se inserta el Servicio Social de Adultos mayores que se está evaluando.

Y el capítulo cuatro trata específicamente dicho Servicio Social. Dentro de éste se especifica la *relación del Trabajo Social y la Gerontología*, la importancia de la *evaluación social* en el abordaje de la vejez, se describe *el Servicio Social de Atención al Adulto Mayor* especificando objetivos, población, financiamiento y actividades y recursos

La parte segunda del presente trabajo comienza con la explicitación de los *aspectos metodológicos*, donde se incluye el tipo de investigación, la metodología implementada, la unidad de análisis y las técnicas de recolección de datos.

En el capítulo dos, de la segunda parte, se analizan las *intervenciones* de las profesionales Trabajadoras Sociales del Servicio Social de Atención al Adulto Mayor.

Luego, capítulo 3, se expone la *caracterización de la población usuaria* del Servicio Social. En base a los datos cuantitativos disponibles se procura establecer cual es el perfil de demandante teniendo en cuenta variables tales como edad, sexo, grupo familiar, haber previsional, obra social, patologías y demandas.

Por último, en el capitulo cuatro de la segunda parte se describe la *modalidad operativa* del trabajo de campo, el *análisis del proceso de entrevista* y el *análisis cualitativo de los resultados* de las mismas, finalizando con las conclusiones y aportes con el fin de contribuir al mejor funcionamiento del Servicio Social.

Consideraciones

Se considera oportuno señalar que si bien no se desconocen los criterios de evaluación de proyectos sociales (efectos, impacto, insumos, procesos, resultados, cobertura, utilización, eficacia, eficiencia, efectividad[1]) y dado que la documentación que se posee acerca de los diferentes proyectos es insuficiente, se ha realizado una evaluación cuali cuantitativa tratando de contemplar todos los aspectos posibles.

Por otra parte se quiere dejar constancia de la dificultad que ha significado obtener datos estadísticos actualizadas sobre los adultos mayores. Si bien a nivel nacional ya se encuentran los datos del censo del 2001, para la ciudad de Mar del Plata solo existe la base estadística de 1991 y algunas proyecciones.

---

[1] **Cohen y Franco. "Evaluación de proyectos sociales". Ed S XXI. Mejico, 2000.-**

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

"Analizar el funcionamiento del Servicio Social de Atención al Adulto Mayor en el Pdo. de Gral. Pueyrredón"

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ***Realizar la caracterización de la población usuaria del servicio social a fin de conocer el perfil de demandante.***

- ***Describir los recursos con que cuenta el Servicio Social de atención al adulto mayor.***

- ***Sistematizar y describir las modalidades de intervención profesional implementadas.***

- ***Conocer la opinión de los usuarios acerca del funcionamiento del Servicio.***

- ***Aportar propuestas de acción desde la perspectiva del trabajo social.***

PRIMERA PARTE

CAPITULO 1

MARCO CONTEXTUAL

La situación de los mayores no se puede desligar de la situación de la sociedad en general y del modelo socioeconómico imperante, en el que la inequidad, los altos niveles de desempleo y la exclusión social afectan a vastos grupos sociales.

La instauración del modelo de desarrollo vigente está significando transformaciones que muestran una creciente tensión en todos los planos de la vida social y en torno a significativos –por no decir mayoritarios– sectores de estratos medios y bajos de la población.

Esta tensión se manifiesta y hace evidente en diferentes planos de la vida social:

• En el plano estrictamente económico, se destacan –entre otros– los cambios experimentados en la relación capital-trabajo, la flexibilización del empleo, la demanda creciente y restrictiva de mano de obra calificada y la consecuente precariedad de inserción laboral de importante número de población económicamente activa y la existencia de un clima poco favorable para el funcionamiento e inserción en los aparatos productivos y el mercado de unidades productivas de micro, pequeña y mediana envergadura. Todas ellas son expresiones de esta nueva situación.

• De igual manera, en el plano social, las dificultades de acceso a los servicios sociales, y la limitada vigencia y rol de las organizaciones sociales (particularmente sindicales y políticas), son también –entre otras- expresiones contemporáneas de las transformaciones y el clima de tensión de la vida social a propósitos de los cambios a los que la sociedad esta hoy expuesta. En este plano se incorpora al menos, la disminución relativa del gasto social público, y la consecuente incapacidad de los Estados Nacionales para responder a la creciente demanda social existente.

• En el plano político se destaca el nuevo rol de los Estados y la abdicación que hacen –principalmente en favor del mercado y de la gestión privada– de funciones consideradas históricas: particularmente en torno a la administración y gestión de sectores como la educación, la salud y salubridad, la previsión social, entre otros.

Todas estas situaciones y realidades terminan por construir el clima creciente de tensión social, ya que impactan en torno a personas y grupos de personas de manera directa.

A escala macrosocial, se destacan los acelerados cambios que se producen en los basamentos mismos del sistema socioeconómico: la importancia otorgada al mercado, la globalización, el nuevo rol del Estado, la prioridad otorgada a la eficiencia en la asignación de recursos y la búsqueda a ultranza de competitividad y el consumo.

En este mismo contexto, desde un punto de vista de la acción social, el Estado desproteje a los grupos medios y focaliza su acción en los grupos de extrema pobreza; paralelamente, se presencia una pérdida de peso relativo de las organizaciones sociales.

En esta dimensión, los cambios del modelo de desarrollo promueven y generan una mutación social profunda cuya dirección esencial produce un paso de la protección y seguridad relativa pre-existente a la competencia y a la incertidumbre de numerosos actores sociales (Rodríguez 2000 y Pizarro 1999).

Debemos agregar en este sentido el rol que en el nuevo esquema de desarrollo están asignando los Estados a las autoridades locales y a los Gobiernos Locales, quienes comienzan a asumir responsabilidades administrativas acerca del desarrollo de sus propias comunidades, sin los recursos para hacer frente a un nuevo cuadro de demandas.

A escala microsocial, las unidades domésticas (hogares y familias) y las personas con desventajas económicas (capitales y habilidades limitadas para el manejo de recursos), con desventajas socioculturales (educación, capacitación, información, etc.) con desventajas organizacionales (relaciones y pertenencia a redes sociales y organizaciones sociales), engrozan las franjas de vulnerables al enfrentarse cotidianamente a un medio que les exige y presiona más allá de sus capacidades de respuesta.

El trabajo, es identificado como uno de los principales "espacios de riesgo", hoy acorralado por las formas de producción (basada en núcleos modernos) que disminuyen relativamente la generación de nuevos empleos, que expulsan y/o no incorporan mano de obra de baja calificación y baja productividad, y que se norma con políticas de flexibilización y de inseguridad que terminan por mostrar un mapa de precariedad asociada al mundo de asalariados y trabajadores en general.

La indefensión de las personas también se muestra en torno al denominado capital humano, dimensión que da cuenta principalmente a los cambios negativos en educación y salud, y la privatización –total o parcial– de estos sistemas, con el

consecuente deterioro ante quienes no acceden a un mercado privatizado, que oferta mejores servicios.

Así como se constata la segmentación –según niveles de ingresos– de la educación privada, y el consecuente deterioro de la educación pública; también las tecnologías precarias, ineficiencia administrativa y escasos recursos destinados a la salud pública, han colocado a las personas de bajos ingresos en condiciones de absoluto riesgo.

En torno a las relaciones sociales se evidencia que el modelo de desarrollo vigente ha impactado de manera negativa y concreta en los sistemas de redes sociales y estructuras de organización y participación social y política.

Estamos frente a una suerte de "desintegración de la vida social", donde se perciben afectadas las formas tradicionales de organización y participación social, y de representación social y política por medio de sindicatos, partidos políticos o movimientos sociales tradicionales.

Incluso las relaciones familiares se ven impactadas incrementando la situación de indefensión y vulnerabilidad de los hogares. Algunas ideas fuerzas del modelo de desarrollo (privatización, consumo, competencia, etc.) socavan los hábitos solidarios y la responsabilidad social de los individuos, y por el contrario alimentan nuevos estereotipos sociales (consumismo, individualismo, etc.) que promueven los estados de indefensión en las personas y grupos más debilitados.

Se destaca el rol secundario que han asumido el Estado y la sociedad civil en la asistencia económica y el cuidado de los adultos mayores en la región, delegando o depositando esta responsabilidad al entorno familiar de los propios ancianos y las "redes" sociales que ellos logran acceder .

Esta situación deviene tanto por el hecho de que un amplio universo carece de ingresos vía jubilaciones, pensiones como porque aquellos que tienen este tipo de ingresos, ellos resultan ser insuficientes. Luego, al abandonar la vida laboral activa, los estándares de vida se resienten y deterioran y ello obliga a las familias hacer frente a estas insuficiencias.

CAPITULO 2

MARCO TEORICO

- ***Envejecimiento poblacional***
- ***Envejecimiento individual***
- ***Anciano- adulto mayor***
- ***Adultos mayores en Mar del Plata***
- ***Política social***

ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL

Se entiende como envejecimiento de la población al "proceso de transformación de la estructura de edad de la población por el cual aumenta la proporción de la población de edades avanzadas"[2] en la población total.

Es un proceso demográfico, condicionado por una baja importante y duradera de la tasa de fecundidad, la disminución de la tasa de mortalidad en la segunda mitad de la vida (aumento de la esperanza de vida) y los movimientos migratorios: la emigración de los jóvenes y la inmigración de los viejos.

En nuestro país, según datos del INDEC del censo de 2001, el 9,9% de la población total del país (3.587.620 habitantes sobre un total de 36.260.130 censados) pertenecen a lo que se ha denominado "población adulta mayor", uno de cada diez argentinos pertenece a ese grupo; son hombres y mujeres de 65 años y más que conforman este segmento de la población que va en progresivo aumento.

El fenómeno del envejecimiento poblacional tiende a acentuarse, sobre todo en la Capital Federal y en las provincias de Santa Fe, Buenos Aires y Córdoba.

La Ciudad de Buenos Aires, es la que tiene la mayor proporción de mayores: el 17,2 por ciento.

Las otras provincias que superan el promedio nacional son Sta. Fé con un 12% y Córdoba y Buenos Aires, ambas con el 11%.

En otras provincias, la causa de que haya una población con mayor porcentaje de jóvenes es una mayor fecundidad o bien el aporte de inmigrantes, como es el caso de las provincias del noroeste donde tienen menor proporción de población mayor.

La provincia más rejuvenecida por efecto de la inmigración es Tierra del Fuego, con el 2,9 % de su gente con 65 años y más.

---

[2]Recchini de Lates, Z. "Situación sociodemográfica de la población adulta mayor" en "Informe sobre el envejecimiento"

Las proyecciones para Argentina indican que el proceso se acelerará nuevamente en las próximas décadas y que la proporción de personas de 65 años y más sobrepasará a la población menor de 15 años en el 2040.

Esta observación se sostiene con las estadísticas del INDEC: mientras que en 1991 el 30,% de la población era joven, en el último censo, los jóvenes fueron el 28,3 %. Esto se llama envejecimiento por la base; cuando se prolonga el lapso de la vejez, se denomina envejecimiento por la cúspide.

Se estima, además, que el segmento de los más viejos entre los ancianos aumentará más rápidamente que el total de los ancianos durante los próximos decenios, produciendo un efecto de "envejecimiento de los ancianos".

Otro dato importante es que en nuestro país hay 105 mujeres por cada 100 varones, pero esa relación aumenta en el sector de 65 o más años. En este grupo cada 100 varones hay 146 mujeres, mientras que en el grupo de 0 a 14 años, la relación es de 97 mujeres cada 100 varones, y en las personas de entre 15 y 64 años, la relación es de 104 mujeres cada 100 hombres.

La población adulta mayor de nuestro país está envejeciendo internamente. Si dentro de ésta se distingue a la población más joven (60-74 años) de la más vieja (75 y más) se ve que este ultimo grupo ha ganado importancia relativa desde 1930 hasta el presente, en que llega a casi el 28 % del total. Según las proyecciones del INDEC las personas de 75 años y más constituirán alrededor de una tercera parte de la población adulta mayor a mediados del presente siglo.

Lo distintivo de la población adulta mayor de los demás grupos definidos por edad, radica en que este grupo tiene como límite inferior 65 años (60 años en algunas fuentes estadísticas) y se extiende hasta la edad mayor de todas las personas en un momento dado; es el grupo más amplio definido por edad.

De esta manera se están considerando cinco décadas de edades, lo que significa que son personas que nacieron en cinco décadas diferentes y vivieron sus distintas etapas (nacimiento, educación, entrada al mercado laboral, casamiento, crianza de los hijos, etc.,) en épocas históricas diferentes.

Esta característica determina, entre otras, que al interior e la población adulta mayor se encuentre una gran heterogeneidad. "Cuanto más viejo sea el grupo de referencia mayor es el grado de diversidad. Por ejemplo el rango de capacidades físicas y psicológicas de un grupo de personas de 65 años es mayor que el que se

encuentra en un grupo de personas de 20 años de edad. En forma similar el grado de diversidad de capacidades físicas y psicológicas es mayor en un grupo de 80 años que el que se encuentra en un grupo de 60 años".[3]

[3] Zolotow, D."Documento para talleres de Tercera Edad del Programa de Atención a grupos vulnerables", marzo 1996.

ENVEJECIMIENTO INDIVIDUAL

La senescencia o proceso fisiológico de envejecimiento, implica la pérdida de la adaptabilidad de un organismo a medida que el tiempo pasa.

Los autores consultados coinciden en definir al envejecimiento como un proceso dinámico y multifuncional influidos por factores intrínsecos al ser humano (biológicos y genéticos) y por factores extrínsecos relacionados con el medio ambiente.

Las interacciones de estos factores permite plantear la noción de *envejecimiento diferencial*, dado que dicho proceso no es idéntico para todas las personas que lo transitan sino que "su resultado, la vejez, es tan heterogéneo en sus manifestaciones unitarias como lo son los seres humanos sujetos de las mismas"[4]

Por lo tanto, "el envejecimiento no es un proceso de causa única, sino el resultado de una compleja asociación de interacciones y modificaciones estructurales y funcionales entre lo biológico, lo psicológico y lo socio ambiental, es decir, entre lo genético intrínseco y lo ambiental extrínseco"[5]

Desde la concepción del envejecimiento como un proceso fisiológico diferenciado de la enfermedad se pueden distinguir cuatro variedades básicas de envejecimiento que "permiten un abordaje más práctico y útil en la atención de quienes envejecen, tratando de deslindar si los cambios observados tienen que ver con mecanismos patológicos, sobre los cuales se pueden ejercer acciones preventivas o correctivas, así como la factibilidad y la legitimidad de la promoción de la salud en la tercera edad."(Vasallo- Sellanes, 2000)

Los tipos de envejecimiento descriptos por estos autores son:

- Normal, primario o envejecimiento usual;
- Exitoso o envejecimiento óptimo;
- Patológico o envejecimiento secundario;
- Terciario.

El *envejecimiento usual* o *primario* es aquel que transitan aquellas personas que llevan habitualmente una vida activa en la comunidad, sin sufrir enfermedades o procesos patológicos diagnosticados, como demencias, depresiones u otros. Se

---

[4] Vasallo, C; Sellanes, M. "La salud en la tercera edad" en Informe tercera edad, año 2000.
[5] Rocabruno Mederos, J. "Tratado de Gerontología y Geriatría Clínica" Ed. Academia, La Habana. 1999

caracteriza por un deterioro orgánico gradual, fruto del efecto combinado de la enfermedad y del estilo de vida sobre el proceso de envejecimiento intrínseco, coincidente con el decremento común del estado de salud que usualmente se asocia con la vejez.

Los que se incluyen en esta variedad no están totalmente exentos en su mayoría de algunas dolencias crónicas, pero las mismas no tienen gran impacto en su capacidad funcional cotidiana, en tanto ha mediado una adaptación exitosa entre lo individual y lo social.

El *envejecimiento exitoso* se refiere a las personas con un envejecimiento óptimo, en el que se observa solo el decremento funcional y sensorial atribuible al proceso de envejecimiento per se, y ni la enfermedad ni los efectos adversos del medio ambiente y los estilos de vida incrementan o complican el deterioro esperable.

Abarca mínimamente tres aspectos: ausencia de enfermedad, mantenimiento de un alto nivel funcional tanto físico como cognitivo y participación en actividades sociales y productivas.

El *envejecimiento secundario o patológico* muestra la presencia de enfermedades usualmente relacionadas con la vejez y un deterioro marcado del estado de salud que acompaña al envejecimiento intrínseco. Si bien la vejez patológica está relacionada con la edad cronológica, ya que a medida que se tiene mayor edad hay mayor incidencia de enfermedades, no es dependiente de ella.

El *envejecimiento terciario* puede manifestarse hacia el final de la vida, como un deterioro funcional acelerado durante los meses que preceden a la muerte, cuando se observa un marcado déficit de funciones cognitivas, físicas y de ajuste al medio, diferenciables de la disminución habitual por edad avanzada. Este estado no se relaciona en principio con la edad cronológica sino más bien con la proximidad de la muerte.

ANCIANO - ADULTO MAYOR

A partir de la Asamblea Mundial acerca del envejecimiento (Viena, 1982), se denomina *anciano* a toda persona mayor de 60 años de edad.

"Teniendo en cuenta la edad cronológica, surge la que divide al grupo de las personas de mayor edad entre los *jóvenes viejos*- (60 a 74 años) y *los viejos-viejos* (75 años o más). Esta definición presupone distintos grados de autonomía ligados a la edad, comprensible cuando se explica que viejos-jóvenes son los mas activos y los viejos-viejos los mas dependientes y enfermos.

Las categorías de *autoválido, semidependiente y dependiente* denotan grados de habilidad de los adultos mayores para valerse por sí mismos y es un tipo de definición operativa utilizada frecuentemente por los servicios médicos y sociales en su tarea de atención y derivación"[6]

El término *Adulto Mayor* fue resuelto por la Organización Panamericana de la Salud en abril de 1994, significando personas de 65 años o más.

---

[6] **Odonne J. "Aspectos Sociales del envejecimiento" en "Tratado de gerontología y geriatría" Ed Academia, La Habana, 1999.**

ADULTOS MAYORES EN RIESGO SOCIAL

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud[7], los grupos de ancianos en situación de riesgo son:

- los muy ancianos (80 años y más);
- los que viven solos en una vivienda;
- las mujeres ancianas, sobre todo solteras y viudas;
- los que viven en instituciones;
- los que están socialmente aislados (individuos o parejas);
- los ancianos sin hijos;
- los que tienen limitaciones severas o discapacidades;
- las parejas de ancianos donde uno de los cónyuges es discapacitado o está muy enfermo;
- los que cuentan con muy escasos recursos económicos.

La noción-concepto de "vulnerabilidad social" intenta dar cuenta de factores o situaciones de desventaja social en el marco de la implementación del actual modelo de desarrollo.

En contraposición al concepto de "pobreza", que describe más nítidamente necesidades básicas insatisfechas, niveles de vida precarios, ingresos restringidos, incapacidad de satisfacción plena del consumo, etc.), este concepto de "vulnerabilidad social" ha ganado terreno como valioso instrumento teórico-descriptivo que permite dar cuenta de realidades sociales críticas y de conflicto en el contexto de los cambios políticos, económicos, sociales y culturales que marcan el desarrollo de la región desde finales de la década de los 80 y, más definitivamente, desde los años 90.

Según informes de la CEPAL, la condición socioeconómica de los Adultos Mayores de la región está deteriorada, entre otras razones, por la inexistencia generalizada de Sistemas de Seguridad Social de amplia cobertura al momento del retiro del mercado laboral ; por las debilidades y fragilidades de Sistemas de Salud que permitan hacer frente a las necesidades inherentes al avance de la edad; por la inexistencia de una política de vivienda que le otorgue la posibilidad –si así se

---

[7] OPS "La atención de los ancianos: un desafío para los años 90" 1994.

estima- de constituir un hogar independiente; y por la inexistencia de mecanismos de integración social e intergeneracional (CEPAL 2000).

En Argentina, la Secretaría de Desarrollo Social y la Subsecretaria de la Tercera Edad (año 1994) juntamente con la Organización Iberoamericana de Seguridad Social desarrollan una escala de vulnerabilidad a través de una serie de variables.[8]

Se consideran:

- *variable biológica*: edad
- *variable socioeconómica*: ingreso, tomando como base $400
- *variable habitacional*: vivienda, la propiedad de la misma es el grado relevante, la ocupación ilícita el mayor riesgo;
- *variable estudios*: escolaridad, ya que tiene una incidencia positiva el mas alto nivel de estudio en los procesos de envejecimiento;
- *variable de entorno y contención*: contempla la convivencia (para establecer la presencia de alguien a quien recurrir en caso de necesidad) y la recurrencia (mide la posibilidad a otros en diversas situaciones, familia, vecinos, amigos, o no tener a quien recurrir indica el más alto riesgo)
- *variable de cobertura social:* el mejor puntaje es para quienes cuentan con beneficios médicos sociales y viceversa.

Teniendo en cuenta las variables mencionadas se estableció un *índice de vulnerabilidad*, cuando el puntaje total es 100 significa el máximo de vulnerabilidad.

Se establecieron tres categorías:

1- *Poco vulnerables*: integrada por aquellas personas entre 60 y 69 años, con cobertura médica social adecuada, y buenas o muy buenas condiciones socioeconómicas y de contención social.

2- *Medianamente vulnerables*: ancianos entre 70 y 80 años, con cobertura médica social y el resto de condiciones adversas, o sin cobertura pero el resto de las condiciones favorables.

3- *Muy vulnerables*: incluye a los ancianos mayores de 80 años y la mayoría de las variables son adversas.

---

[8] **Extraído de "Documento para talleres de tercera edad" Zolotow, 1996**

Dentro de los grupos más vulnerables de ancianos es preciso considerar dos conjuntos heterogéneos: las personas que no tienen satisfechas sus necesidades básicas y aquellas que aún teniendo esta situación resuelta por haber gozado de una posición económica sin privaciones en el pasado, han visto reducida notablemente su capacidad adquisitiva ante una fuerte disminución de los ingresos que les restringió la capacidad para acceder a bienes y servicios indispensables.

Las sucesivas crisis económicas que afectaron al país en la década del 80 aumentaron el riesgo de ser pobre y anciano al mismo tiempo. Esta mayor vulnerabilidad surge de la menor posibilidad de las personas mayores de revertir este proceso en forma individual, ya que ahora se encuentran fuera del mercado de trabajo con escasa influencia en él y, al mismo tiempo, son más frágiles biológicamente para enfrentarse a la vida cotidiana.

Según las estadísticas de SIEMPRO[9] la población adulta mayor en la Argentina se caracteriza por presentar una menor proporción en situación de pobreza, es el sector de la población menos afectado por la pobreza.

La autora Recchini de Lattes sostiene que esto "se explica en parte porque en la actualidad, la población anciana tiene una proporción importante de jubilados y pensionados, que sería lo que colocaría a esa mayoría sobre la línea de pobreza"

Se plantea que ocurrirá con las poblaciones futuras de adultos mayores si continúa la tendencia a la precarización laboral en el mercado de trabajo, anticipando que probablemente se reducirá la proporción de jubilados, lo que tendrá como consecuencia un aumento de personas adultas mayores pobres.

La región del país que presenta mayor proporción de adultos mayores en situación de pobreza es la del Noroeste, mientras que en el extremo opuesto se encuentra el área metropolitana del gran Buenos Aires y los aglomerados de la región pampeana[10].

---

[9]-"Informe sobre tercera edad en la argentina", 2000

[10] Informe sobre Tercera Edad en argentina, año 2000..

LOS ADULTOS MAYORES EN MAR DEL PLATA

Considerando las fuentes estadísticas existentes, en la ciudad de Mar del Plata un 16% de la población total (83.095 sobre 532.845 habitantes) es mayor de 60 años de edad.[11] Las proyecciones indican un aumento significativo de estas cifras[♦].

Este grupo etáreo está constituido por 47.543 mujeres (57%) y 35.552 varones (43%), siguiendo la tendencia de que a mayor edad mayor proporción de mujeres, dado que la población femenina tiene menor mortalidad que la masculina.

De los 83.095 adultos mayores de 60 años, en nuestra ciudad 55.645 reciben jubilación o pensión, lo que constituye un 67 % de la población considerada. Por lo tanto, el 33% restante (27.450 personas) constituirían la población potencial a ser atendida por el Servicio Social municipal.

Sobre el total de adultos mayores, un 2,7% viven en instituciones de larga estadía (geriátricos, hogares, pequeños hogares y clínicas psiquiátricas.)

Cabe mencionar que el número de hogares de residencia geriátricos habilitados en nuestra ciudad asciende a 74, mientras que existen 77 pequeños hogares que albergan adultos mayores autoválidos.

Nuestra ciudad presenta características particulares con relación al establecimiento del grupo poblacional perteneciente a la tercera Edad. Mar del Plata, constituye uno de los principales enclaves del país, con mayor recepción de población añosa. Esta particularidad tiene su fundamento en los aspectos socio demográficos argentinos y su impacto en la comunidad local.

La presencia de este proceso migratorio de ancianos en la ciudad de Mar del Plata, se correlaciona con factores de tipo estructural: en primer lugar, una oferta destacada en lo referente a áreas que favorecen la calidad de vida, en muchos aspectos ampliamente superior a las comunidades de origen. Existe una importante red de servicios socio sanitarios y culturales dependientes de instituciones estatales y algunas privadas con convenio con el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, lo cual resulta de acceso gratuito para quienes perciben haberes previsionales.

---

[11] **Datos obtenidos del Departamento de Estadística de la Municipalidad de Gral. Pueyrredón. Censo 1991**

[♦] **los datos del Censo 2001 aún no están disponibles para la ciudad de Mar del Plata.**

En segundo lugar, un mito acerca de la oferta laboral económica, que se incrementaba en los meses de verano, la cual influía por lo general decidir acerca del traslado junto a todo el núcleo familiar. En estos casos, son poblaciones económica y socialmente desfavorecidas las cuales demandan además, una red asistencial de apoyo.

Otro factor para destacar también, es la presencia de un imaginario social, como constructor de un modelo de vejez, el cual se halla sostenido en una intensa publicidad a nivel nacional, consistente en posibilidades y características ofrecidas desde una ciudad turística y con una importante vida social y cultural durante todo el año.

Los programas de apoyo a adultos mayores resultan cada vez más necesarios, dado el importante número de población añosa que demanda los servicios. En la actualidad, los diferentes niveles gubernamentales Nacional, Provincial y Municipal tienen instaladas en esta ciudad, áreas especificas de atención a la Tercera Edad.

Si bien es importante la proporción de población mayor de 60 años que se halla jubilada o pensionada, resulta también importante el número de ellos que no gozan de este beneficio. Este es el sector que concurre a centros asistenciales estatales particularmente al Servicio Social de Atención al Adulto Mayor; donde demandan cobertura en lo social, ambiental, habitacional, alimenticio y sanitario.

Hay que considerar que existe un gran número de ancianos que no perciben haberes previsionales, ni tampoco poseen Obra Social, y son integrantes de familias que se encuentran en situación económica muy desfavorable.

Es oportuno mencionar que en la ciudad de Mar del Plata el 23,3 % de los hogares y el 30,1 % de los habitantes se encuentran por debajo de la línea de pobreza, mientras que el 10 % de los hogares y el 13,1 % de las personas están por debajo de la línea de indigencia, según registros del INDEC.

Otro grupo, donde se ubican los mayores de 70, ha accedido a una Obra Social por edad avanzada, pero no poseen ingresos económicos.

Por último cabe mencionar a aquellos que si bien perciben una Jubilación o Pensión, su monto es tan escaso que no alcanza cubrir sus necesidades básicas.

Estos grupos de ancianos mencionados, en su mayoría presentan serios déficit en la cobertura alimentaria, como también viviendas que no reúnen condiciones mínimas de habitabilidad.

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.

Esta situación se agrava aún más cuando no poseen un núcleo de relaciones primarias o una red social que los asista y atienda sus necesidades, fundamentalmente en casos de dependencia y /o pérdida de autonomía.

POLITICA SOCIAL

Carlos Montaño, en su ensayo sobre la génesis del Servicio Social, destaca que "las políticas sociales se presentan ante los individuos como aquellos mecanismos tendientes a disminuir las desigualdades sociales, redistribuyendo sus recursos escasos en un sentido contrario al del mercado: quien menos tiene será quien más recibirá de las políticas sociales"[12]

Este autor considera que las políticas públicas, en una doble lógica de consenso y coerción, desarrollan tres funciones: "una *social* (la prestación de servicios y la transferencia de recursos sociales a la población carenciada – redistribución), una *económica* (la reducción al capitalista de los costos de producción y reproducción de la fuerza de trabajo, y su socialización, la contratendencia al sub-consumo y la creación de condiciones para propiciar la acumulación ampliada de capital) y otra *política* (la disminución de la insastifacción popular, tendientes a la desmovilización y al control social, logrando así la legitimación y aceptación del estado y del sistema político económico)."

El deterioro de las condiciones de vida de la población y el riesgo de explosiones de violencia social que podrían conducir a situaciones de inestabilidad política han llevado a que los gobiernos y los organismos internacionales que impulsaron e impulsan las políticas de ajuste estructural, muestren un especial interés por la puesta en práctica de políticas sociales hacia los grupos más afectados por la crisis.

Desde 1989 en adelante, en nuestro país, se da un vuelco en la concepción de la política social estatal. Las principales transformaciones producidas son: la *focalización*, la *descentralización*, y la *desregulación*.

La *focalización* de la política social surge de la comprobación de que el gasto social del Estado no llega, salvo, en ínfima proporción, a los sectores más pobres. En consecuencia, se plantea que es necesario redireccionar ese gasto para concentrarlo en los sectores de mayor pobreza.

Esta orientación de la política social hacia grupos- meta determinados acarrea injusticias sociales, dado que si bien benefician a los más pobres, excluye de sus beneficio a otros sectores como la clase media empobrecida.

---

[12] **Montaño. C. "La naturalez del Servicio Social". Ed. Cortez, Sao Pablo, 2000.**

La *privatización* ha sido presentada como una respuesta que alivia la crisis fiscal, evita irracionalidad en el uso de recursos a las que induce la gratuidad de ciertos servicios públicos y aumenta la progresividad del gasto público al evitar que los sectores de mayor poder se apropien de beneficios no proporcionales a la contribución que realizan para financiarlos.

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID), en su concepto de reforma social para Latinoamérica, le adjudica una gran responsabilidad a la sociedad civil, a través de la transferencia progresiva, por parte del Estado, de la responsabilidad de facilitar y llevar adelante los servicios sociales[13].

Una estrategia de política social de este tipo se corresponde con las exigencias de la política económica neoliberal y de los programas de ajuste estructural, los cuales implican el repliegue del Estado de la economía y la sociedad y la acción subsidiaria de éste cuando los medios de actuación del individuo dejan de ser suficientes.

La *descentralización* está concebida, de igual manera que la privatización, como una herramienta que permite aumentar la eficiencia y eficacia del gasto, en este caso al acercar problemas y gestión.

Si bien esta estrategia es funcional en el marco de los programas de ajuste estructural del BID, encuentra apoyo en las organizaciones no gubernamentales y otros grupos sociales en virtud de su aproximación a las bases.

Objetivos principales de la descentralización en el área social son el logro de una mayor eficacia y eficiencia de los servicios sociales, así como una mayor orientación a las necesidades mediante la participación más amplia de las comunidades y de la población en general.

Pero ocurre, que la mayoría de las veces, el proceso de toma de decisiones en cuanto a los puntos esenciales de los programas sigue siendo central y solo prevé una participación marginal de los grupos beneficiarios.

Por otra parte, el traspaso de los programas sociales a los municipios ha significado esencialmente el traspaso administrativo y ejecutor, pero no así el traspaso de recursos económicos, que aliviaría las economías regionales o locales.

---

[13] **Sathl, Karin "política social en Acá. Latina. La privatización de la crisis", material cátedra Planificación del desarrollo, 2001.**

"Ante la situación de aumento de las necesidades sociales y demandas organizadas y la escasez de recursos para hacer frente a ellas, el aumento de la racionalidad en las políticas sociales ayudaría a que lleguen más recursos, y además multiplicaría el rendimiento de los que están disponibles. Esto solo será posible midiendo la eficiencia en su utilización y comprobando la eficacia con que se alcanzan los objetivos y, consecuentemente, la equidad"[14]

La equidad implica la satisfacción de las necesidades básicas de la población, priorizándolas según sus grados de urgencia relativa, sin descuidar la continuidad del desarrollo social; esto es, no solo destinar todos los recursos hacia los problemas más urgentes y generales, sino también transferirlos a otras áreas, como la educación o la salud, que aseguren, como plantean Cohen y Franco, una adecuada continuación de la sociedad, con lo cual se daría entrada a la eficiencia.

Como consecuencia de la falta de equidad en las actuales políticas sociales se observan importantes fenómenos de *exclusión*, donde un alto porcentaje de la población queda afuera de los beneficios; de *estratificación*, con acceso desigual a las prestaciones y de *regresividad*, dado que el financiamiento se da, en parte, a través de impuestos directos al consumo.

---

[14] **Cohen y Franco. "Evaluación de proyectos sociales". Ed. Siglo veintiuno. México, 2000.**

CAPITULO 3

PROGRAMA GERONTOLOGICO MUNICIPAL

- *Descripción*
- *Dependencia*
- *Acciones*

PROGRAMA GERONTOLOGICO MUNICIPAL*

- **Descripción**

El *Programa Gerontológico Municipal (PGM)* se diseña pensando en una reformulación de las funciones del estado con relación a las políticas para mayores. Se plantea como una transición entre un modo de organización y gestión tutelar (el existente) a otro que apunte al fomento y a la construcción de capacidades y a establecer una nueva relación entre estado y sociedad.

Se estructura cuidando de no destruir las organizaciones y capacidades existentes, atendiendo a las demandas sociales y tratando de dar a los modelos de organización y gestión una forma más flexible y de participación, que permita la innovación permanente.

- **Dependencia**

El PGM depende de la Dirección de Discapacitados y Adultos Mayores de la Secretaría de Desarrollo Social de la Municipalidad de Gral. Pueyrredón.

- **Acciones**

Los proyectos que se describen a continuación y que conforman el PGM, se encuentran integrados y articulados de manera tal de darle coherencia interna al programa y atender los diversos aspectos que conforman la problemática del adulto mayor en la ciudad.

Dichos proyectos o "acciones" (como las describe el documento del PGM) son:

1. Consejo Asesor de la Tercera Edad
2. Equipo Multidisciplinario
3. Area Tercera Edad o Area de Promoción del Adulto Mayor
4. Cuidadores domiciliarios

*** Basado en el documento: Programa Gerontológico Municipal". Dirección de Discapacitados y Adultos Mayores". MGP. Año 2000.-**

5. Hogares Convivenciales: hogar de internación, hogar autogestionado, hogar de día.

1) El **Consejo Asesor de la tercerad**es el organismo en el cual participan los adultos mayores representantes de las organizaciones que los nuclea: centros de jubilados, organizaciones barriales de la tercera edad, centros independientes y centros con pertenencia política partidaria.

Tienen una importante participación en el desarrollo de las políticas para adultos mayores, dado que muchas inquietudes surgidas en el seno del consejo han sido puestas en práctica.

El Consejo asesor desarrolla los siguientes proyectos:

- ***Banco de medicamentos y ortesis***: estos elementos son obtenidos a través de donaciones de la población y depositados en la sede del hogar de ancianos donde el personal médico verifica y clasifica dichas donaciones. La entrega y coordinación del sistema es realizado por personal de Area de Tercera Edad.
- ***Transporte para mayores***: esta propuesta se enmarca en el objetivo de sociabilización y uso del tiempo libre y tiene por objeto lograr el reconocimiento de un beneficio gratuito de transporte para los mayores de 70 años de edad con jubilación mínima para los días sábados, domingos y feriados.

  Se busca fomentar el esparcimiento para los mayores con menos posibilidades, evitar el aislamiento y facilitar el acceso a los distintos servicios, para que el costo de éstos no sea una barrera o una forma más de exclusión y aislamiento.
- ***Intercambio turístico:*** con el objeto de lograr un envejecimiento activo y mantener las capacidades plenas se instrumenta un sistema que permite, a través de las plazas del Complejo Chapadmalal, un intercambio turístico con otras ciudades.

  Con la puesta en práctica de este proyecto, a través de los centros que forman parte del Consejo Asesor, se espera brindar un servicio más a los adultos mayores y facilitar la integración y el intercambio de experiencias con la población mayor de otras regiones.

2)El **Equipo interdisciplinario,** está compuesto por dos asistentes sociales, una asesora previsional, un enfermero, dos médicos geriatras y un psicólogo, respondiendo a la complejidad de la problemática de los adultos mayores.

Este equipo participa tanto del diseño de políticas como en la atención, asistencia y prevención.

La composición interdisciplinaria permite tener un enfoque integral de la demanda y el tratamiento de las situaciones planteadas.

3)El **Area de Tercera Edad** se define como la vinculación del estado municipal con la población mayor activa y con las organizaciones civiles específicas de la materia.

Tiene por función la organización y promoción de actividades destinadas a Adultos Mayores y a las organizaciones que los nuclea, así como el contralor de los establecimientos geriátricos privados.

Funciona en el primer piso del edificio del Hogar municipal de ancianos.

Las acciones desarrolladas por el área de tercera edad son:

- ***Actividades de uso del tiempo libre***: se desarrollan 36 actividades relacionadas con cursos de manualidades, idiomas , danzas, gimnasia, pintura, música, dibujo, cerámica, fotografía, ajedrez, canto, biblioteca, teatro, etc.
- ***Actividades de promoción***: *a) Prejubileo:* esta actividad tiene por objeto que la persona que se encuentra próxima a jubilarse pueda ir adaptándose a la vida fuera del ámbito laboral.

Se proponen una serie de actividades para el adulto que le irán facilitando la adaptación al nuevo rol de jubilado y lo irán informando sobre los distintos servicios con los que cuenta.

El proyecto consta de una etapa inicial desarrollada exclusivamente para el personal municipal para luego pasar, mediante convenio con el ANSeSS Mar del Plata, a ofrecerse para la comunidad en general.

b) Credencial mayor: Aún no está en vigencia. Es un proyecto de una tarjeta destinada a obtener descuentos para los adultos mayores en los comercios adheridos.

Se otorgaría a los mayores que así lo soliciten y se regiría según el reglamento del proyecto.

c) Capacitación previsional: esta actividad pretende que los adultos mayores adquieran la capacidad de poder gestionar sus haberes previsionales y conozcan todo lo atinente a los trámites administrativos vinculados a los mismos.

Se realiza en conjunto con la ANSeS Mar del Plata y el Consejo Asesor de la Tercera Edad.

- ***Contralor de geriátricos:*** el área de la tercera edad tiene la responsabilidad de que los servicios de internación geriátrica sean adecuados y que se cumplan con las ordenanzas y leyes vigentes.

Dentro de éste ámbito, ha desarrollado un proyecto de ordenanza de Habilitación de Geriátricos que aspira a darle a estas instituciones un perfil más adecuado, considerando que ya no se conciben únicamente como lugares sanitarios sino como centros convivenciales donde gran cantidad de personas mayores pasan los últimos años de su vida.

Se incorpora al texto la regulación de los Pequeños Hogares, que conforman una alternativa más económica frente a las grandes instituciones. Los hogares de día también se incluyen en la ordenanza por primera vez y de esta manera quedarían bajo el contralor municipal.

Complementando esta tarea de contralor se ha propuesto, mediante convenio con el Colegio de Abogados de la ciudad, desarrollar la acciones de protección de los derechos de los ancianos institucionalizados.

Con esto se busca garantizar el ejercicio pleno de los mismos mediante el asesoramiento y la defensa gratuita.

Por último, dentro de las acciones antes mencionadas, se ha propuesto la capacitación en tareas de inspección y control de geriátricos.

Con el objeto de socializar dichas tareas, el área de la tercera edad impulsa un proyecto que capacita a los mayores del consejo asesor para que éstos acompañen a los inspectores y a su vez sirvan como difusores de los derechos que corresponden a los alojados en estas instituciones.

4)La **atención domiciliaria** impulsa el objetivo de evitar el desarraigo del anciano de su hábitat rescatando el entorno conocido y habitual, el que permite el

reconocimiento de su sitio propio: la casa y el barrio que evoca recuerdos de situaciones pasadas, gratificantes o no, pero reales y propias, siempre que se evalúa aconsejable su permanencia en el domicilio.

El servicio de atención domiciliaria actual consta de vianda de alimentos elaborados distribuidos por personal de enfermería, el que a su vez realiza un seguimiento y atención en cuanto a aseo e higiene personal, provisión y administración de medicamentos, curaciones, refacción de viviendas y cuidador domiciliario.

La vianda tiene una frecuencia de tres veces por semana con raciones reforzadas para los días restantes.

La provisión de alimentos y servicios se realiza desde las instituciones y proyectos existentes, coordinado por un profesional del equipo multidisciplinario.

Se ha implementado (actualmente no) el servicio de cuidadores domiciliarios, previa capacitación y formación del personal a través del PEL (Programa de Emergencia Laboral).

Se prevé la continuación de dicho servicio con beneficiarios del Programa Jefes de Hogar.

5)Los **Hogares convivenciales** existentes antes de la implementación del PGM, han sido modificados en el diseño de la política institucional, con el objetivo de dar respuestas a la demanda real que no puede ser contemplada por otros servicios o programas.

Cabe destacar que estos hogares respondían a criterios más asilares que a los de atención y rehabilitación.

Los hogares convivenciales son:

- ***Hogar de internación:*** sito en Cerrito y 12 de Octubre de esta ciudad, que aloja actualmente a 138 personas. Se caracteriza por ser de puertas abiertas.

En él trabajan 46 personas entre profesionales (médicos, trabajadora social, nutricionista, terapista ocupacional, enfermeros y psicólogo), técnicos auxiliares (auxiliar de enfermería, mucamas, cocineros, personal de ropería, podólogo, peluqueros, etc.) y administrativos.

Creado hace 65 años, el hogar venía cumpliendo una función exclusivamente tutelar y asistencial. En función de las nuevas necesidades

sociales y considerando la gran cantidad de servicios que ofrece se repensó la función de esta institución, que paradójicamente no aceptaba mayores con patologías físicas o mentales, y se flexibilizó su normativa para el ingreso de personas mayores no autoválidas.

Se acompañó este proceso una especialización en la atención médica incorporando dos médicos geriatras al plantel profesional.

Actualmente se proyecta crear dentro del predio del hogar un espacio para las internaciones de urgencia y para las internaciones preventivas que también pueda ser utilizado como centro de evacuación ante emergencias climáticas de la zona. Con esto se evitarán los riesgos que implican este tipo de internaciones compulsivas para la población estable del hogar.

Dentro del mismo se llevan a cabo proyectos que hacen a la participación de los mayores en la vida del mismo y que son impulsados por su equipo técnico y en coordinación con otras áreas: almorcemos juntos, reciclado de papel, actividades de recreación, hipodronia, educare, etc.

El Hogar Municipal de Ancianos, posee una comisión asesora de carácter participativo y representativo.

La misma está formada por un representante de los alojados en el hogar, un representante del personal de la institución y un representante del Consejo Asesor de la Tercera edad.

- ***Hogar autogestionado***: destinado a adultos mayores autoválidos, sin familiares o grupo de contención que no solo brinda alojamiento y comida, sino que siguiendo los postulados del envejecimiento activo, se los motiva a la participación en distintos emprendimientos productivos.

Funciona en Laguna de los Padres. Actualmente aloja a16 hombres y 12 mujeres.

En éste hogar los ancianos realizan las actividades diarias de limpieza y mantenimiento, articulando con beneficiarios del programa jefes de hogar desocupados la limpieza en profundidad una vez por semana.

Cuenta con un coordinador, una cocinera y un personal de enfermería.

Dentro de las actividades, los adultos mayores realizan restauración de muebles y , a través de un convenio con la Escuela Agraria se lleva a cabo un proyecto de huerta (para autoconsumo y comercialización) y cría de aves de corral.

Se ha implementado un "Proyecto Intergeneracional" con la visita y permanencia durante 4 horas de niños que asisten a instituciones municipales de atención al menor.

A futuro se prevé la creación de un servicio de hotelería con la habilitación de 2 cabañas para turistas y el alquiler de las parrillas existentes en el predio, donde los adultos mayores participen en la atención de los mismos.

- ***Hogar de Día:*** actualmente el municipio cuenta con un hogar de este tipo, con capacidad para 30 personas. Se encuentra ubicado en la calle Vértiz 3920.

  Éste es fruto de un convenio realizado con Iglesia Católica a través de Cáritas Diocesana.

  La función de este hogar es brindar servicios a los adultos mayores que, teniendo vivienda (propia o no) necesita recurrir a un lugar donde se le cubran las necesidades básicas alimentarias y de salud sin desarraigarlo de su entorno familiar.

  Se brindan actividades de socialización, logrando de esta manera, en forma preventiva, evitar el deterioro psicofísico a la vez que indirectamente se apoya y colabora con la familia o grupo de contención del adulto mayor, previniendo su abandono.

  Los profesionales con los que cuentan son una terapista ocupacional, una enfermera y profesora de teatro. El médico del Hogar de Ancianos concurre una vez por semana para realizar evaluación y seguimiento sanitario.

- ***Hogar de recuperación de adicciones:*** este hogar es fruto del convenio entre la Dirección de Adultos Mayores de la Municipalidad y ASAAR (Asociación de Ayuda al Alcohólico en Recuperación) en el cual la municipalidad pone el edificio y los alimentos y ASAAR el personal.

  En dicho convenio se estipula que el ingreso no es exclusivo de personas atendidas por el Programa Gerontológico.

  Actualmente se encuentran alojados tres personas del Hogar Municipal de Ancianos.

Funciona en la calle Brown 4648 de nuestra ciudad.

Es a partir del contacto con el Servicio Social que se gestiona el ingreso a los hogares; éste es evaluado, luego de una visita domiciliaria realizada por las trabajadoras sociales del equipo gerontológico.

CAPITULO 4

SERVICIO SOCIAL PARA ADULTOS MAYORES

- *Trabajo social y Gerontología*
- *Evaluación Social*
- *Descripción Servicio Social de Atención al Adulto Mayor*
- *Recursos*

SERVICIO SOCIAL DE ATENCION AL ADULTO MAYOR (SSAM)

- **SERVICIO SOCIAL Y GERONTOLOGIA**

La gerontología social hace referencia al impacto de los factores sociales y socioculturales en el proceso de envejecimiento. El envejecimiento tiene lugar en un contexto social que ayuda a determinar su significado como una experiencia individual y social. Nadie envejece de igual forma ni envejece por otro, resultando así una vivencia personal y única.

Comenzar conociendo y entendiendo al individuo, sus problemas, sus limitaciones individuales particulares, las fortalezas o debilidades que trae a la situación de interacción –entrevista- y los recursos disponible tendientes a una solución favorable, es el desafío cotidiano.

La práctica del trabajo social con la población adulta mayor, requiere una base de conocimientos sobre la vejez como punto de partida hacia el desarrollo de destrezas y habilidades específicas en la atención de ancianos.

Éstos se enfrentan a una variedad de situaciones y problemas para los cuales la intervención del trabajador social puede ser efectiva: la salida de los hijos del hogar, la pérdida de familiares y amigos por muerte, la presencia de limitaciones físicas o enfermedades, el retiro de la vida productiva que conlleva limitaciones económicas, pérdida del hogar o bienes personales, cambios de residencia, etc.

Estas situaciones, agravadas por los índices de pobreza e indigencia que afectan a los ancianos, requieren de un trabajo profesional complejo y comprometido que conozca, comprenda y aborde la situación de la vejez en la ciudad, tanto desde la asistencia, como de la prevención, promoción y elaboración de políticas públicas que favorezca la calidad de vida de los adultos mayores.

"La intervención con ancianos y ancianas y su familia puede estar orientada hacia la prevención y establecerse en tres niveles: primario, secundario y terciario. Estas intervenciones no son mutuamente excluyentes.

La prevención primaria conlleva acciones encaminadas a detener o prevenir algo de forma tal que le reste efectividad... la intervención secundaria o

remediativa está dirigida al manejo de una situación, problema o condición que ya existe... la intervención preventiva a nivel terciario pretende aminorar los efectos de una condición incapacitante y ayudar al individuo a recuperar a un máximo su nivel de funcionamiento"[15]...

El trabajo profesional con los adultos mayores requiere que la intervención no se focalize hacia cambios de personalidad, sino que dirija sus esfuerzos a la ayuda de la persona anciana y su familia en la resolución de problemas situacionales.

Hacer una teoría de las practicas cotidianas de esos sujetos sociales, incluyendo la relación del T.S. con ese campo específico, supone interrogarse sobre la práctica profesional misma, cuyo sentido viene dado por el campo al cual pertenece el trabajador social y la posición que ocupa en él.

Construir históricamente el campo problemático en la intervención, define la direccionalidad del accionar profesional.

Desde el Servicio Social se intenta recuperar la vinculación del trabajo social con las necesidades sociales, teniendo presente que la satisfacción de éstas, está ligada al desarrollo potencial, creativo del hombre en el despliegue de todas sus potencialidades como ser humano; es decir, en pleno ejercicio de su ciudadanía.

Si la práctica es la materia prima del quehacer intelectual, el esfuerzo del colectivo profesional estaría dado por la necesidad de un consenso teórico práctico que sustente la producción del conocimiento, como dice Ruth Parola[16], a partir de la investigación que posibilite el esfuerzo por objetivar la práctica profesional produciendo un conocimiento específico que aporte a la constitución y consolidación de un marco teórico propio del Trabajo Social.

---

[15] Sanchez Deldao, Carmen D. "Trabajo Social" Ed. Humanita, Bs As, 1990.-

[16] Parola, Ruth N. "Aportes al saber específico del Trabajo Social". Ed. Espacio, Bs. As.,1997.

- **EVALUACIÓN SOCIAL DEL ANCIANO**

La evaluación social constituye la parte de la evaluación geriátrica menos desarrollada teórica y prácticamente. La salud social se ha evaluado utilizando distintos tipos de mediciones, que de una forma u otra han tenido que ver, a la par o separadamente, con el ajuste social y el apoyo social.

El ajuste social puede definirse como la adecuada interacción entre el individuo y su ambiente. Las interacciones del individuo con los demás ocurren dentro de la familia, las asociaciones de amigos y la comunidad. Al valorar tales interacciones debe tenerse en cuenta su existencia, frecuencia e importancia subjetiva.

El apoyo social, por su parte, se define como la disponibilidad de las personas en quien confiar y que hacen al sujeto sentirse atendido y valorado como persona. El apoyo se obtiene a través de la red social; la cual, al decir de Lin, Dear y Ensel[17], "describe los lazos directos e indirectos que unen a un grupo de individuos, a partir de ciertos criterios como el parentesco, la amistad, las relaciones, que proporcionan el marco estructural dentro del cual el individuo puede o no tener acceso al apoyo",

Cuando se analiza la literatura actual sobre el tema, la mayoría coincide en que deben ser evaluados aquellos factores macrosociales y microsociales (familiares), que se asocian con un incremento de las susceptibilidades para que el anciano desarrolle enfermedades, pierda autonomía, se accidente, etc.

Desde el punto de vista macrosocial, en la evaluación del adulto mayor deben tenerse en cuenta factores como pérdidas, aislamiento, ausencia de confidentes, inactividad, inadaptación a la jubilación, insatisfacción con las actividades cotidianas, pérdida de roles sociales, institucionalización, condiciones materiales de vida (vivienda, recursos económicos), edad avanzada.

Desde el punto de vista microsocial, deben evaluarse los componentes básicos de la función familiar, que tiene relación con la satisfacción del anciano con la ayuda que recibe de la familia para su adaptación en caso de necesidad; la aceptación que tienen los miembros de la familia de los deseos del individuo de iniciar nuevas actividades y realizar cambios en su estilo de vida; la posibilidad de participación que la familia le brinda en la discusión de las cuestiones y la solución

---

[17] **Vega García, E. "Evaluación geriátrica". Cap. 5 en "Tratado de gerontología y geriatría" Ed. Academia, La Habana, Cuba, 1999**

de problemas de interés común; la comprensión que los miembros de la familia son capaces de brindar a las conductas y puntos de vista esenciales del anciano; la protección que la familia le brinda en dependencia de las limitaciones funcionales que pueda presentar el adulto mayor.

La valoración de estos factores, de índole macro y microsocial, debe ser lo suficiente extensa y profunda de tal manera de lograr un real conocimiento del estado social del anciano que favorezca a la evaluación geriátrica integral realizada por el equipo de trabajo.

- **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO SOCIAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR[18].**

Se *define* como un servicio de atención, asesoramiento y orientación destinado a los adultos mayores en estado de indigencia, del Partido de General Pueyrredón.

Se plantea el *objetivo* de dar respuestas a sus demandas, acordes a las problemáticas que plantean, en un marco filosófico y valorativo que privilegia el respeto de las singularidades, el desarrollo de las potencialidades, la movilización y fortalecimiento de las redes sociales, la mediación familiar e instancias de reflexión sobre los conflictos que los aquejan.

Desde este servicio se intenta recuperar la vinculación del trabajo social con las necesidades sociales, teniendo presente que la satisfacción de éstas está ligada al desarrollo potencial y creativo del hombre en el despliegue de todas sus potencialidades como ser humano; es decir, en pleno ejercicio de su ciudadanía.

El SSAM se pone en *funcionamiento* el 1 de febrero del año 2000, a partir de la convocatoria (en diciembre de 1999) de la Subsecretaría de Desarrollo Humano, Secretaría de Calidad de Vida de la Municipalidad del Partido de Gral. Pueyrredón.

Conformado en un principio por dos Lic. en Trabajo Social, se fueron integrando durante el primer año de funcionamiento, los miembros del equipo multidisciplinario.

---

[18] * Basado en el documento " Servicio de Atención al Adulto Mayor". Lic. N. Palermo y Lic. L. Cabero. Mayo 2001.

Anteriormente a la puesta en marcha de este servicio social, la política municipal destinada a los adultos mayores se centraba exclusivamente en dos Hogares de Día y el Hogar de Ancianos en las cuales se desempeñaban tres asistentes sociales respectivamente para la atención y seguimiento de los ancianos institucionalizados.

La mayor parte de la población adulta en riesgo social quedaba excluida de la política social municipal.

Esta situación da origen a la nueva propuesta de creación de un servicio social especializado e insertado en un Programa Gerontológico Municipal para lo cual son convocadas las Licenciadas en Trabajo Social. Previamente, la creación de una Dirección específica de Adultos Mayores ratifica la decisión política de intervenir en esta área.

Las *primeras acciones* llevadas a cabo para la puesta en marcha de la nueva propuesta desde el servicio social consistieron en el relevamiento de las demandas de la población adulta mayor, comparándolas con los servicios existentes en el municipio.

Se realizó un diagnóstico de situación, a partir del cual se planifica el modelo operativo de abordaje, en el marco de la política social existente.

A partir de este diagnóstico se evidenció que los servicios con los que se contaba no lograban cubrir la demanda en forma satisfactoria ni establecer políticas activas y preventivas que anticipen necesidades derivadas de la nueva realidad social.

Población meta: el servicio social de atención al adulto mayor está dirigido a adultos mayores en riesgo social, que no cuentan con cobertura médico asistencial. Con necesidades básicas insatisfechas, conflictos familiares o convivenciales. Abandono, maltrato físico o financiero por acción u omisión, desempleados, sin haber previsional.

Como así también a adultos mayores en general necesitados de orientación en temáticas que les competan.

Objetivos:

1. Participar activamente en el asesoramiento para el rediseño de las políticas sociales implementadas para los adultos mayores del Partido de Gral. Pueyrredón, a partir del 1° de febrero del 2000 y en adelante.
2. Participar de las cuatro reuniones mensuales del equipo multidisciplinario realizando los aportes de la especificidad profesional.
3. Realizar orientación, asesoramiento y derivación respetando la singularidad de la demanda en relación con la población meta.
4. Atender la demanda espontánea, priorizando las denuncias de alto riesgo social y actuando en consecuencia.
5. Articular y coordinar acciones con las distintas dependencias (intra e inter institucionales) abocadas a la problemática de igual tenor, para mejorar la atención y los servicios otorgados al adulto mayor.
6. Realizar evaluaciones en forma continua (diarias, mensuales y semestrales) elevando informes y propuestas a la superioridad para que ejecute las modificaciones acorde a las necesidades sociales.

Financiación: Municipalidad de Gral. Pueyrredón. Contaduría Municipal. Presupuesto año 2001.

Además del área asistencial, el SSAM se propone otras dos áreas de intervención: *el área preventiva y promocional y el área de docencia.*

Dentro de la primera actualmente se está desarrollando el proyecto "Los adultos mayores y su red comunitaria" y "Talleres de capacitación previsional"; éste se realiza en forma conjunta con al área de asesoramiento previsional.

"Los adultos Mayores y su red comunitaria" se trata de un proyecto de participación comunitaria, de base educativo social con el objetivo de formar actores sociales sensibilizados y comprometidos con la problemática de la vejez para que a partir de los conocimientos adquiridos, desarrollen actividades que tiendan a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores en su entorno comunitario.

El mismo se está implementando en dos barrios periféricos de nuestra ciudad, desarrolla encuentros semanales de capacitación en temas de vejez y envejecimiento, con la participación de los miembros del equipo interdisciplinario

como profesionales docentes del mismo, bajo la coordinación de una de las trabajadoras sociales del SSAM.

El proyecto de talleres de capacitación previsional está destinado a voluntarios de Cáritas en centros parroquiales, grupo de beneficiarios del Programa Jefes de Hogar, vecinos, disertación en Jornadas de la asociación de geriatría y Gerontología y a centros de Jubilados y Consejo Asesor de discapacidad.

Dentro del área de docencia, las profesionales del servicio social de atención al adulto mayor ofrecen información y orientación a estudiantes secundarios y universitarios de diversas carreras y al público en general sobre la temática del adulto mayor; realizan asesoramiento y dirección de tesis de graduación a estudiantes universitarios y son responsables de residentes del último año de la carrera de Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata en su pasantía de pre-grado.

- **RECURSOS**

Los recursos con los que cuenta el Servicio Social de Atención al Adulto mayor, podrían distinguirse en tres grupos:

Los *propios*: aquellos que pertenecen exclusivamente al Programa Gerontológico y que han sido descriptos anteriormente (Ver "descripción PGM")

Los *recursos municipales*: aquellos que dependen de la MGP y que son comunes a todos los servicios sociales y dependencias municipales, tales como la gestión de elementos varios (audífonos, lentes, bolsas de colostomía, pañales, etc.), la farmacia municipal, la bolsa de trabajo, los centros de salud, etc. y los programas de asistencia familiar directa (alimentos) y Programa Hábitat (chapas, tirantes, ruberoid).

Los *recursos institucionales:* conformados por aquellas entidades que conforman una infraestructura de servicios dedicados al bienestar de los ciudadanos. Forman parte de estas instituciones el Hospital Interzonal de Agudos, el ANSES, Organismo de Pensiones Asistenciales Nación, Instituto de Previsión Social, Poder Judicial, ASAAR, Cáritas, GAMA (Grupo de autoayuda para el mal de Alzehimer), PROFE, PAMI; asociaciones de jubilados, geriátricos privados, Colegio de Abogados, etc.

SEGUNDA PARTE

CAPITULO 1

ASPECTOS METODOLÓGICOS

- *Tipo de investigación*
- *Metodología*
- *Unidad de análisis*
- *Técnicas de recolección de datos*

ASPECTOS METODOLOGICOS

Tipo de investigación:

El presente trabajo presenta un diseño exploratorio-descriptivo.

Es exploratorio porque su propósito es el de permitir la familiarización o interiorización con parte de los conocimientos existentes dentro del ámbito que se pretende investigar.

Descriptivo, dado que consiste en comprender y explicar rasgos de la vida social, ya que lo que la gente dice y hace, es producto del modo en que define su mundo.

Metodología:

La metodología utilizada es cuanti-cualitativa.

"En los métodos cualitativos la investigación produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable. El investigador ve el escenario y a las personas en una perspectiva holística; las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo. En esta metodología se le asigna un papel importante al interaccionismo simbólico, es decir, a los significados sociales que las personas asignan al mundo que los rodea"[19].

Desde el paradigma cuantitativo[20] el uso de éste método supone la observación externa y controlada, lejano a los hechos con la mayor objetividad posible. Considera una realidad fija que ofrece datos confiable, duros y replicables y se basa en el estudio de múltiples casos.

---

[19] Taylor S. Y Bogan, R. "Introduccion a los métodos cualitativos de investigación". Ed. PAIDOS. España. 1998.
[20] Forni, F. "Formulación y evaluación de proyectos de acción social". Ed. Humanitas. Bs. As. 1988.

Unidad de Análisis:

La unidad de análisis está constituida por los usuarios del Servicio Social de Atención al Adulto Mayor, del Programa Gerontológico Municipal, dependiente de la Secretaría de Desarrollo Social de la Municipalidad de Gral. Pueyrredón,

Técnicas de recolección de datos:

- *Fuentes primarias:* entrevistas abiertas y semiestructuradas a usuarios del Servicio. Observación participante en reuniones de equipo interdisciplinario y en la sede del Servicio Social, los Hogares de Internación y el Hogar de Día.
- *Fuentes secundarias:* Fichas de registro diario, libro de actas, informes socioambientales, registro de estadísticas mensuales, bibliografía específica, documentos de Programa Gerontológico Municipal, documentos del Servicio Social de Atención al Adulto mayor

CAPITULO 2

INTERVENCIONES DEL SERVICIO SOCIAL

- *Abordaje interdisciplinario*
- *Mediación*
- *Trabajo con red vecinal*
- *Informe social para pronto despacho*

INTERVENCION DEL SERVICIO SOCIAL

En el aspecto práctico y fundamentado teóricamente, la intervención profesional se define concretamente por "el hacer", el cómo se hace, para que, con quien y sobre que se va actuar.

El fin último de la intervención es el modificar la situación inicial que plantea la persona, grupo o comunidad que se presenta ante el servicio social, mediado por la dinámica que se establece entre demandante, institución y trabajador social.

Para ello es fundamental construir y definir cual es el objeto de intervención profesional.

Margarita Rozas[21] define el/los objeto/s de intervención como *campo problemático*, en tanto entiende que "existen distintas problemáticas que expresan los actores sociales, dichas problemáticas son expresiones de necesidades sociales que tienen connotaciones ontológicas y antropológicas. El conjunto de estas diversas problemáticas constituye el objeto de intervención".

El objeto de intervención no es teoría pura, como así tampoco se basa solo en la realidad, sino que se construye a partir de conjugar los aspectos de la realidad cotidiana de los sujetos y una matriz teórica y metodológica específica.

Por lo tanto el campo problemático sobre el cual se interviene se construye desde "la reproducción cotidiana de la vida social de los sujetos, explicitada a partir de múltiples necesidades que se expresan como demandas y carencias y que estas llegan a las instituciones para ser canalizadas o no".[22]

"Generalmente, los adultos mayores buscan ayuda profesional porque tienen problemas en su sistema intrapersonal, interpersonal o en su ambiente. Los problemas intrapersonales están asociados a problemas de personalidad. Muchas personas de edad avanzada pueden sentirse ansiosas, extremadamente retraídas, hostiles, faltos de imagen positiva hacia sí mismos o en una depresión constante.

Los problemas interpersonales pueden surgir por dificultades con la pareja, los hijos u otros familiares, vecinos, amigos, entre otros. El ambiente donde se desenvuelve el individuo anciano puede estar plagado de privaciones que van desde la carencia de un techo hasta el poco acceso al sistema de servicios. Estas

---

[21] Rozas Pagaza , M. "Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en trabajo social". Ed. Espacio, 1998.-
[22] Idem anterior.

situaciones o la combinación de ellas, puede propiciar la búsqueda de ayuda de parte de la persona anciana"[23]

Como principio básico de la intervención, cada persona debe ser vista en su singularidad; historia de vida, personalidad, fortalezas y debilidades, con necesidades y satisfactores singulares.

La intervención con personas de edad avanzada supone la solución de problemas, la prevención de ellos, la promoción de la satisfacción y el bienestar personal y también la de cambiar o afectar la política pública en el área de trabajo.

En este sentido, en el SSAAM se ha venido trabajando desde su implementación, respetando y compartiendo los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad respecto a la independencia, la participación, los cuidados, la autorrealización y la dignidad.

Estos principios fueron aprobados en la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 1991 y reafirmadas durante la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en el año 2002. Se refieren a:

- **Independencia**

- Deberán tener acceso a alimentación, agua, vestuario y atención de salud adecuados mediante la provisión de ingresos, el apoyo de sus familiares y de la comunidad y su propia autosuficiencia.
- Deberán tener la oportunidad de trabajar.
- Deberán tener acceso a programas educativos y de formación adecuados.
- Deberán tener la posibilidad de vivir en entornos seguros ya adaptables a sus preferencias y a la evolución de sus capacidades.
- Deberán poder a residir en su propio domicilio tanto tiempo como sea posible.

- **Participación**

- Deberán permanecer integradas a la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten su bienestar.
- Deberán poder buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicios a la comunidad y de trabajar como voluntarios.

---

[23] Sanchez Delgado, Carmen D. "Trabajo Social y Vejez". Ed. Humanitas, Bs. As. 1990.

- Deberán poder formar movimientos o asociaciones de personas de edad avanzada.

- **Cuidados**

- Deberán poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad.
- Tener acceso a servicios de atención de salud que le ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar, así como retrasar o prevenir la aparición de enfermedades.
- Tener acceso a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado.
- Deberán poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residen en hogares o instituciones, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad.
- Deberán tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro.
- Deberán poder adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida.

- **Autorrealización**

- Deberán poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial.
- Deberán tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

- **Dignidad**

- Deberán poder vivir con dignidad y verse libres de explotación y de malos tratos físicos o mentales.
- Deberán recibir un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza, procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valoradas independientemente de su contribución económica.

Retomando el tema de la intervención del Servicio Social, la atención directa a los adultos mayores y sus familias (ejecución) se combina con las intervenciones profesionales en el área de la planificación estatal y el desarrollo de propuestas que buscan dar respuestas a las necesidades evaluadas durante el trabajo diario, en un marco valorativo que reivindica la concepción de vejez como recurso social.

El aporte específico del servicio social se visualiza en la revisión de la política existente en el municipio para los adultos mayores y la comprobación, a través de un diagnóstico de situación, de que la misma no se adecuaba a las necesidades existentes.

Por lo tanto se interviene flexibilizando dicha política y readecuándola a la situación evaluada.

Las acciones que se llevaron a cabo tienen que ver con la concentración de la demanda y administración de los servicios en un solo lugar (el servicio social) lo que permitió trabajar con criterios únicos, equidad y racionalidad de manejo de los recursos; la implementación del abordaje interdisciplinario con profesionales especializados de distintas áreas contemplando la multidimensionalidad del adulto mayor.

La flexibilización de criterios para el ingreso a los Hogares adecuándolos a la realidad social y poblacional de nuestra ciudad, permitió ampliar la cobertura institucional hacia aquellos adultos mayores y sus familias denominados "nuevos pobres" o "clase media empobrecida".

La creación de nuevos hogares responde a la importante demanda de internación y la emergencia social evidenciada por ancianos en situación de calle. Uno de estos hogares contempla patologías específicas como el alcoholismo, y busca la recuperación de ancianos alcohólicos para que puedan volver a convivir en su medio natural. El segundo de los hogares creados incorpora conceptos innovadores en el área de la tercera edad tales como autogestión, producción y envejecimiento activo.

Otras intervenciones del Servicio Social están destinadas a la creación de proyectos de atención domiciliaria que incluye el servicio de viandas, seguimiento médico, traslados, provisión de elementos varios (pañales, bolsa de alimentos, lentes, etc.) como alternativa para evitar la institucionalización.

La creación de un banco de medicamentos que funciona en el Hogar Municipal de Ancianos y la implementación de proyectos de promoción comunitaria son parte de las acciones interventivas profesionales tendientes a satisfacer las necesidades de la población mayor.

Considerando las intervenciones profesionales interinstitucionales, se destaca la conformación de una red de abordaje a la población añosa con las diversas instituciones que están involucradas en la atención a los adultos mayores, favoreciendo el trabajo coordinado de intervenciones a fin de no superponer acciones que entorpezcan la atención de los casos.

Dentro de ellas se encuentran PAMI, ANSES, Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales, Instituto de Previsión Social, Hospital Interzonal de Agudos, PROFE, FECLIBA, Defensorías judiciales, tribunales, Colegio de Abogados, Colegio de Escribanos, Cáritas.

En lo que respecta específicamente a la intervención profesional directa con los adultos mayores se describirán formas de intervención que el servicio social de atención al adulto mayor ha implementado y que en la práctica han dado resultados satisfactorios en tanto se ha logrado modificar la situación problemática inicial del anciano. Si bien estas intervenciones puntuales aparecen destacadas, están unidas por una misma concepción teórica y valorativa que, como se ha manifestado en párrafos anteriores, se corresponde con los principios de Naciones Unidas y con una concepción nueva, diferente de la vejez no ya como quietud, pasividad, lentitud o enfermedad, sino como ciudadanos sujetos de derecho y como participantes activos en los acontecimientos sociales donde se desenvuelven cotidianamente.

Las intervenciones profesionales que se describen son:

1. *abordaje interdisciplinario*
2. *mediación*
3. *trabajo con red vecinal*
4. *informe social para pronto despacho.*

Dentro de ellas, el *trabajo con la red vecinal y la mediación,* son aplicables en diversas circunstancias y la experiencia demuestra haber resultado útiles en situaciones donde se presentan las siguientes características: la primera en los casos de ancianos sin familia, que se encuentran en estado de abandono o semi abandono y la mediación en el extremo opuesto en cuanto al grupo familiar: se aplica en aquellos casos de adultos mayores con hijos que se encuentran abandonados por éstos o en casos en que la atención y manutención del anciano es desigual, es decir que recae en un solo integrante del grupo familiar.

1. Abordaje interdisciplinario

El tratamiento de la problemática del adulto mayor exige necesariamente el abordaje interdisciplinario para su atención. La multidimensionalidad del mismo demanda esta actitud de colaboración interprofesional.

"Entre las múltiples técnicas que se practican en gerontología el trabajo en equipo es imprescindible para poder desarrollar una buena acción gerontológica tanto desde la atención directa como desde la planificación".[24]

Desde el servicio social de adultos mayores de la municipalidad se privilegia este enfoque de tratamiento dada la interrelación indisoluble de los factores biológicos, psicológicos, funcionales y socioeconómicos.

El equipo interdisciplinario requiere la integración de las diferentes disciplinas contemplando la contribución de los miembros del equipo cuando hacen su aporte.

En el aspecto operativo, los casos de adultos mayores en riesgo social, abordados por el servicio social son siempre evaluados y atendidos por el equipo gerontológico.

Este equipo está formado por dos trabajadoras sociales, una asesora previsional, dos médicos geriatras, un psicólogo y un enfermero (estos tres últimos profesionales del hogar municipal de ancianos).

---

[24] Frabegat E. "Introducción al trabajo interdisciplinar en gerontología".

Es importante destacar que, además de los profesionales mencionados, participa de las reuniones el Director del área, lo cual favorece la rápida puesta en marcha de las decisiones tomadas.

El esquema de abordaje interdisciplinario comienza con la recepción de la demanda de intervención: ésta llega al servicio social, ya sea en forma personal, por derivación escrita, en forma de denuncia telefónica, etc.

Una vez que se cuenta con los datos básicos y con una descripción de la situación que se denuncia, la trabajadora social concurre a visitar y evaluar al anciano. En los casos en que se considera necesario se concurre con el médico geriatra.

Luego de esta primera evaluación en terreno, se plantea el caso en la reunión semanal del equipo gerontológico, el cual es abordado desde las diferentes disciplinas que participan en él, resolviendo la alternativa posible dentro de los recursos existentes.

Durante el transcurso de estas reuniones se van tomando decisiones de intervención desde una perspectiva interdisciplinaria; en los casos en que se considera necesario otros integrantes del equipo concurren a visitar al anciano (asesor previsional, psicólogo, enfermero).

El seguimiento del caso se realiza tanto en terreno como a través de las sucesivas intervenciones.

2. Mediación

Se entiende por *mediación* a "un procedimiento no adversarial en el que un tercero neutral, que no tiene poder sobre las partes, ayuda a éstos a que en forma cooperativa encuentre el punto de armonía en el conflicto"[25]

En este caso el conflicto está dado por la falta de acuerdo en la atención, cuidados, manutención y satisfacción de las necesidades del anciano; y las partes en controversia están representadas por los hijos quienes tienen la obligación legal de hacerse cargo de sus padres cuando éstos no son capaces de hacerlo por sí mismos.

---

[25] Highton, E. Alvarez, G. "Mediación para resolver conflictos". Ed Ad Hoc, Bs. As., 1996

El mediador o tercero neutral, está representado por el profesional del Servicio Social y un abogado (co-mediación)[26] cuya actuación se dirige a acercar a las partes, instando y facilitando la discusión y consiguiente resolución de la disputa, sin indicar cual debe ser el resultado pero aclarando desde un principio el objetivo de la reunión de mediación: acordar como, quienes y con qué se harán cargo de la situación de su/s padre/s.

Cabe destacar que esta instancia de mediación es planteada a los involucrados como la fase previa a la intervención judicial en aquellos casos que se verifica una real situación de abandono de persona.

La mediación como intervención del Servicio Social de Atención al Adulto Mayor se caracteriza por ser *pedida*, ya sea por el propio anciano o por alguno de sus hijos que, sobrecargado por la atención hacia aquel, solicita ayuda para que sus hermanos también se hagan cargo; u *ofrecida* por los profesionales de servicio social ante una situación que es evaluada como meritoria de este tipo de intervención.

La citación para los encuentros de mediación se realiza en forma escrita a través de una cédula de notificación que es entregada en mano por un agente municipal, de tal manera de asegurarse de que todos los involucrados hayan sido notificados en tiempo y forma.

Esta cédula contiene el nombre y dirección del destinatario; fecha, hora y lugar de la mediación y el motivo por el cual son citados.

El valor de la mediación radica en que el acuerdo proviene de las partes y en su carácter transformativo de una situación que si bien puede no ser una solución de fondo a los conflictos relacionales entre padres e hijos, es efectiva en cuanto los acuerdos a los que se llega, significan un beneficio y una mejora en la calidad de vida de los ancianos.

3. Trabajo con la red vecinal

Este tipo de intervención se ha aplicado fundamentalmente y no exclusivamente, en aquellos casos de adultos mayores solos, sin grupo familiar de referencia, que cuenten o no con vivienda, donde se han detectado situaciones de riesgo social en las cuales el anciano necesita ayuda diaria y de todo tipo (cobro de

---

[26] **idem anterior. Pag.199**

pensión, aseo, alimentos, acompañamiento, vivienda, traslados, realización de trámites, vestimenta, etc.) y, además, se evalúa como no apto para una internación geriátrica.

La red social se define como "un grupo de personas, miembros de una familia, vecinos, amigos y otras personas, capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan reales como duraderos a un individuo o una familia."[27]

La dinámica de las redes sociales se instituye por el contexto al que pertenece cada una.

Dicho contexto se define por el marco en el cual la conducta y los mensajes verbales y no verbales se hacen significativos. No es posible comprender la conducta y su dinámica si no es dentro de su contexto particular.

Por lo tanto, teniendo en cuenta este marco, las redes sociales se clasifican en: primarias, secundarias e institucionales.

Las redes sociales primarias "componen la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad"[28]

Fundan todos aquellos vínculos personales de un individuo. De todo el mapa relacional de una persona, las redes primarias son sus lazos dado que se constituyen en sus uniones más estrechas.

La autora citada explica este mapa mínimo donde se inscriben tres áreas:

"- un círculo interior de relaciones íntimas", tales como los miembros de la familia nuclear y la ampliada.

- un círculo intermedio de relaciones personales integrado por amigos y familiares intermedios.
- Un círculo externo de relaciones ocasionales, caracterizado por un menor grado de compromiso, sin intimidad, formado por relaciones profesionales o laborales, compañeros de estudio y vecinos."

El primer círculo mencionado pertenece al mundo interno familiar, mientras que los dos últimos al mundo externo familiar.

Dentro de las redes secundarias se pueden distinguir dos grupos: uno más cercano a las redes primarias, de relaciones significativas pero dichas relaciones se entablan de una manera más periférica respecto a la relación.

---

[27] Chadi, M. "Redes Sociales en el trabajo social".Ed. Espacio,Bs.As., 2000

Dentro de este grupo encontramos a los grupos recreativos, relaciones comunitarias y religiosas y relaciones laborales o de estudio.

El segundo grupo corresponde a las denominadas "redes institucionales" formadas por instituciones que brindan servicios educativos, asistenciales y de control social, cuya característica más destacable es que son creadas para amplificar los recursos de los sistemas naturales. Integran los mismos las escuelas, hospitales y sistema judicial.

Desde el trabajo social como disciplina, el trabajo en red no solo busca conocer cuales son los recursos en cada caso particular sino avivar los mecanismos que creen vías de contacto entre cada uno de los miembros de la red, reeditando así su contexto de operación, al sostener un accionar facilitador de conexiones que estimulan paralelamente grados de independencia.

La intervención con la red vecinal de los ancianos sin grupo familiar, busca fortalecer dicha red, acompañar y alentar a los vecinos; facilitarles acciones con el objetivo de lograr la máxima atención posible hacia el anciano que redunde en una mejora en su calidad de vida.

Concretamente se ofrecen recursos materiales, apoyo emocional, orientación, alternativas ante conflictos que surjan; se procura que los vecinos que conforman la red de apoyo del anciano no se sientan solos en la tarea solidaria que han encarado.

Cabe destacar dos situaciones que suelen darse, que influyen en la decisión de como intervenir.

1) Al momento de tomar conocimiento sobre un adulto mayor que necesita asistencia, la red primaria se halla "funcionando" naturalmente, pero comienzan a vislumbrarse disfuncionalidades que, por lo general y en la mayoría de los casos, tienen que ver con el agotamiento y cansancio (físico, económico, emocional, etc.) de esta red vincular que asiste y contiene al adulto mayor.

2) El anciano se encuentra realmente solo, posee escasos vínculos con algún vecino. En estos casos se busca reconstruir, reunir, articular la ayuda vecinal de manera tal que resulte mantenida en el tiempo.

Considero oportuno mencionar que las relaciones que una persona mantiene con otras, ya sean duraderas e íntimas o breves y distantes, influyen significativamente en la definición de su personalidad y en la construcción y

---

[28] **idem anterior.**

evaluación de su vida. Pero no todas las relaciones sociales sirven de apoyo en momentos de crisis o durante el vivir cotidiano.

4. "Informe social para pronto despacho"

Dentro de las necesidades del adulto mayor, el tema previsional es uno de los más demandados en el servicio social.

Este aspecto es abordado por el asesor previsional quien atiende a las personas que necesitan una orientación para la tramitación de su jubilación o pensión no contributiva.

La articulación con el servicio social se produce en aquellos casos de ancianos en riesgo social, mayores de 70 años que han tramitado o que es necesario tramitarles una pensión asistencial o jubilación.

El "pronto despacho" es un formulario que se presenta ante los organismos de tramitación de estos beneficios solicitando la aceleración de la resolución del beneficio previsional.

Este mecanismo, en la práctica, resulta tan lento y burocrático como todo el trámite previsional.

Dada la urgencia de algunos casos atendidos, se pensó (asesora previsional y trabajadores sociales) en crear alguna forma de personalizar y particularizar cada situación con el fin de que quien tuviera la decisión de otorgar el beneficio conociera la real situación por la que atravesaba el anciano.

Por esto se decidió acompañar cada pedido de pronto despacho con un informe social que reflejara las realidades de los solicitantes; en la mayoría de los casos realidades de extrema pobreza, enfermedad y discapacidad.

Cabe consignar que la metodología de trabajo implementada comprende un sistema innovador en cuanto a la intervención coordinada de dependencias municipales y nacionales.

Dicha metodología consta de los siguientes pasos:

- evaluación social
- evaluación previsional
- constatación de servicios laborales y de aportes
- articulación con organismos : ANSeS, IPS, CNPA, AFJP, DGI, empresas.
- Presentación del caso

- Resolución del mismo.

Se hace constar que éste es el único equipo técnico que cuenta con este servicio a la comunidad.

CAPITULO 3

CARACTERIZACION DE LA POBLACION USUARIA

- Edad
- Género
- Grupo familiar
- Haberes previsionales
- Obra social
- Patologías
- Demandas

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN USUARIA*

Para realizar la caracterización de la población usuaria del Servicio Social de Adultos Mayores, se tuvieron en cuenta los informes mensuales de prestación que existen en el Servicio.

Se han considerado 1132 casos en el período febrero 2000 a julio 2001.

Las variables que se tuvieron en cuenta para ser sistematizadas fueron:

- ***Edad***: se desea conocer la franja etárea mayoritaria que demanda servicios.
- ***Género:*** deseando conocer el número y tipo de demanda y su variación por sexo. Evaluando su significación en cuanto a la igualdad de género y planteando alternativas acordes.
- ***Contexto familiar***: investigar esta variable permite evaluar la continencia, expulsión, abandono, maltrato y en consecuencia la vulnerabilidad de cada caso en particular.
- ***Haber Previsional***: define nivel de ingreso económico. Delimita la demanda de aquellas personas que no lo poseen y las que se puede orientar para su obtención. Por último permite delimitar la población meta.
- ***Obra Social***: dato determinante de la cobertura médico asistencial con la que cuenta o no la persona y para realizar la articulación y derivación de aquellos casos de su competencia.
- ***Patologías***: dato significativo que permitirá conocer las enfermedades recurrentes, así como adecuar las respuestas de acuerdo a las posibilidades de contención familiar, comunitaria y/o institucional.
- ***Demanda:*** para analizar las necesidades sociales, de acuerdo al tipo, variedad y combinación de las mismas, lo que permitirá orientar la intervención profesional.

El *promedio de edad* de las personas atendidas en el SSAM es de 71 años.

---

* **Datos aportados por la Lic. Laura Cabero, del trabajo de Investigación "Los Adultos Mayores en Mar del Plata", año 2001.**

Se evidencia un aumento progresivo de dicho promedio desde la puesta en marcha del Servicio en que la edad promedio es de 69 años y el mes último en consideración, en que asciende a 72 años.

Este dato permite inferir que la población que demanda atención estaría compuesta por adultos mayores jóvenes. Cabe destacar que, durante el período que se está considerando, las planillas de registro diario de atención consideraba los datos básicos de quien iba a demandar que muchas veces no era el adulto mayor necesitado.

Respecto al *género*, la mayor cantidad de demandas de atención proviene de mujeres (58 %), aunque este dato no se correlaciona con solicitudes para mujeres; es decir, son mujeres las que se presentan en el Servicio Social para solicitar ayuda para varones, sean éstos familiares, vecinos, conocidos o desconocidos. Sobre un total de 1132 personas atendidas, 659 fueron mujeres y 473 varones.

Género	Casos	Porcentaje
Femenino	659	58 %
Masculino	473	42 %
Total	1132	100 %

Cabe destacar que en cuanto al tratamiento del caso en adultas mayores, las alternativas son más variadas en cuanto a la resolución de la problemática dado que por lo general cuentan con mayor contención dentro de sus allegados y son ellas "útiles" para ese grupo familiar en tanto cuidan de sus nietos, colaboran con las tareas hogareñas, realizan changas en el domicilio con remuneración económica, etc.

Esto no sucede en los casos de adultos mayores de sexo masculino, dado que lo que se busca o demanda es sólo la internación y es muy difícil conseguir un acuerdo en mediación que no fuera una institución de tercer nivel.

Se considera oportuno puntualizar algunos aspectos: histórica y culturalmente se espera que la mujer tenga hijos, realice las tareas del hogar, se encargue de solucionar los temas referidos a la economía del hogar, de la salud de su grupo

familiar, de la educación de sus hijos. Son las que dispensan el cuidado a los niños y a los adultos mayores. La realidad nos muestra que sobreviven a sus esposos y ésta es una realidad que no es tenida en cuenta para prevenir. Prevenir implicaría prepararse desde una edad temprana, tanto psicológica como socialmente, para enfrentar una esperanza de vida mayor.

Con respecto a los hombres, se considera que son menos contenidos en la vejez aquellos que se desvincularon a temprana edad de sus hijos por separaciones; aquellos que migraron de distintas regiones o provincias y se instalaron en la ciudad en búsqueda de una salida laboral e interrumpieron el vinculo relacional con su grupo primario.

Tomando en cuenta la variable del *contexto familiar* se observa que la mayoría de las personas, 712 adultos mayores, cuentan con grupo familiar de referencia lo que equivale a un 63 %; 281 personas no poseen familiares (25%) y sobre un 12% (139 personas) se desconoce si los poseen o no.

Poseen grupo familiar	712	63 %
No poseen grupo familiar	281	25 %
Se desconoce	139	12 %
Total	1132	100 %

Dentro del total de personas asistidas que poseen grupo familiar, se observa que éste es de características expulsivas en 307 casos (43%), semicontinente en 169 (24%); continente en 155 casos (22%) y 81 personas (11%) desconocen el paradero de sus familiares, expresando su desvinculación desde hace varios años.

Grupo fliar. expulsivo	307	43 %
Grupo fliar. Semi continente	169	24 %

Grupo fliar. Continente	155	22 %
Desconocen paradero	81	11 %
Total	712	100 %

Si bien la gran mayoría cuenta con un grupo familiar de referencia, éste no cumple totalmente la función de amparo y satisfacción de necesidades materiales, afectivas, económicas, etc. que los adultos mayores requieren.

En muchos casos, las características expulsivas del grupo familiar se relacionan con la experiencia de vida de ese grupo y con el rol que, los ahora ancianos, desarrollaron como padres de familia. Es común ver, en los casos estudiados, que hijos abandónicos responden a un estilo de familia donde alguno de sus progenitores, en algún momento del ciclo familiar, abandonó a sus hijos tanto afectiva como materialmente.

A pesar de ello, la bibliografía consultada sobre el tema, sostiene que es la familia la principal fuente de sostén para los adultos de edad avanzada aunque ésta no pueda satisfacer las necesidades que plantea la vejez.

La frecuencia y tipo de sostén dependen de la dinámica particular de cada grupo familiar y de factores tales como el ingreso, el lugar de residencia, el número de hijos, el estado civil, la edad y el estado de salud del anciano.

Es importante destacar también, que... "la modernización y muchas de sus consecuencias, tales como la migración de áreas rurales a las ciudades, la reducción de las tasas de natalidad y el incremento de la participación femenina en el ámbito laboral formal e informal, han reducido el número de personas disponibles para atender a los ancianos que requieren cuidado especial"[29].

Es por ello, la necesidad de que la planificación de los servicios sociales y de salud se lleve a cabo de tal forma que facilite a las unidades familiares las funciones de apoyo que brindan a sus ancianos.

[29] OPS. "La atención de los ancianos: un desafío para los años 90". 1994

Conocer el *haber previsional* del adulto mayor nos va a indicar por un lado, que posibilidades económicas, aunque sean mínimas, posee para satisfacer sus necesidades básicas y la independencia, o no, para "manejar" el dinero de acuerdo a sus necesidades y, por el otro, que cobertura médica- social posee.

Estos datos influyen, también, en el tipo de demanda que se recibe y, por ende, en la planificación del Servicio.

Según los datos del Servicio Social de Adultos Mayores, la distribución de haberes previsionales es la siguiente:

Jubilación	170	15 %
Pensión derivada	92	8 %
Pensión no contributiva	75	6.5 %
En trámite	74	6.5 %
No posee	629	56 %
Se desconoce	92	8 %
Total	1132	100 %

Se observa que la mayoría de los adultos mayores no poseen ingresos económicos provenientes de haberes previsionales, lo cual estaría reflejando un gran grupo de personas que no cuentan con un mínimo ingreso para hacer frente a sus gastos de alimentación, medicación, atención médica, vestimenta, etc y que define la población meta del Servicio Social.

Dentro del grupo poblacional atendido, 547 adultos mayores (el 49%) no cuentan con *cobertura medico asistencial*; 491 (el 43%) sí poseen algún tipo de cobertura y sobre 94 personas (8%) este dato se desconoce.

Sin cobertura médica	547	49 %
Con cobertura médica	491	43 %
Se desconoce	94	8 %
Total	1132	100 %

Este dato se relaciona con la imposibilidad de generar ingresos económicos que posibiliten el pago y cobertura de una obra social, habiendo descuidado en la etapa de actividad laboral la realización de aportes previsionales y, entre otros derechos sociales, las garantías de contención para su vejez.

La población que cuenta con asistencia sanitaria por medio de obras sociales se distribuye de la siguiente manera:

PAMI	141	28 %
PAMI mayor de 70	128	26 %
IOMA	72	15 %
PROFE	43	9 %
Otras	43	9 %
Se desconoce	64	13 %
Total	491	100 %

Se considera importante considerar que aquellos beneficiarios que poseen jubilación o pensión derivada, por lo general poseen la obra social de PAMI o IOMA, según provenga el beneficio de nación o provincia, respectivamente.

Los adultos mayores que poseen pensiones no contributivas (ya sea por discapacidad o por mayor de 70 años), les corresponde PROFE o IOMA en algunos casos, también relacionado con el origen de la pensión (nación o provincia).

Y existe otro grupo poblacional que no recibe haberes previsionales pero que sí les corresponde el beneficio universal de cobertura médica exclusivamente, que es PAMI Mayor de 70 años.

Por último, se quiere dejar claro que la única obra social que, además de prestar servicios médicos, ofrece cobertura social es PAMI.

Desde el Servicio Social se trabaja coordinadamente con esta institución, derivando a aquellos adultos mayores que poseen PAMI para recibir la atención solicitada.

"La atención de la salud de la población se ve influida simultáneamente por factores generales como la organización social y política; factores demográficos (edad promedio, distribución por grupo de edad), genéticos, ecológicos (ambiente de trabajo, contaminación ambiental), económicos (nivel general de prosperidad) y sociales (diferencias entre ingresos, cohesión social, relaciones familiares y sociales, estilo de vida y consumo); consideraciones culturales (valores sociales dominantes, niveles de educación e información), etc.[30]

La salud es uno de los aspectos que más importancia tiene en la vida de las personas. El estado de salud influye en todos los aspectos de la vida determinando muchas veces las actividades diarias.

En el análisis estadístico sobre los usuarios del SSAM se han tenido en cuenta las *patologías* referidas por los entrevistados. La mayoría de ellas son constitutivas del envejecimiento patológico que muestra la presencia de enfermedades usualmente relacionadas con la vejez y un deterioro marcado de salud que acompaña al envejecimiento intrínseco. Es necesario destacar que si bien la vejez patológica está relacionada con la edad cronológica, ya que a medida que se tiene mayor edad hay

---

[30] **"Informe sobre Tercera edad en Argentina", año 2000**

mayor incidencia registrada de numerosas enfermedades, no es inevitablemente dependiente de ella.

Entre las patologías más comunes referidas por los adultos mayores considerados en el presente estudio, se encuentran las siguientes:

Patologías referidas	N° de Casos	Porcentajes
Cuadros demenciales	107	22.3 %
Patologías óseas	57	12.1 %
Secuelas por ACV	42	8.8 %
Cáncer	39	8 %
Discapacidad visual	35	7.3 %
Hipertensión	34	7.1 %
Diabetes	32	6.6 %
Patologías psiquiátricas	30	6.2 %
Alcoholismo	27	5.6 %
Patologías cardíacas	24	4.9 %
Discapacidad auditiva	22	4.5 %
Postrados	11	2.2 %
Discapacidad motora	8	1.6 %
Patologías Pulmonares	8	1.6 %

Incontinencia	6	1.2 %
Total	482	100 %

Como se observa, los cuadros demenciales son el mayor número de patologías denunciadas, esto refleja también, el importante número de demandas de intervención para internación geriátrica, la necesidad de asesoramiento y orientación sobre el tema, como así también de intervención por conflictos familiares originados por el cuidado y atención a adultos mayores con Mal de Alzheimer y Mal de Parkinson, entre otras demencias.

Estas intervenciones fundamentan, junto a otras, la necesidad de profesionales especializados en geriatría y gerontología e información sobre estas patologías.

Los tipos de *demandas* que se reciben en el SSAM son variados. A veces consiste en una demanda puntual, otras veces es muy difusa en tanto la situación problemática es tan amplia y abarca tantos aspectos que es difícil expresarla claramente.

A los efectos analíticos se han clasificado como a continuación se detallan, siendo la frecuencia de demandas la siguiente:

De acuerdo con el registro del Servicio Social se obtiene la sig. frecuencia de demandas de intervención:

DEMANDAS	NÚMERO	PORCENTAJE
Asesoramiento/orientación	387	24.4 %
Cobertura de alimentos	217	13.9 %
Ingreso a Hogar de Ancianos	173	10.9 %

Atención integral riesgo social	171	10.8 %
Elementos varios (pañales, lentes, audífonos, etc.)	116	7.3 %
Ingreso a Hogar de Día	70	4.4 %
Empleo	67	4.2 %
Medicamentos	66	4.1 %
Vivienda	65	4 %
Subsidios	59	3.7 %
Informe social	47	3 %
Intervención por maltrato físico y administrativo	45	2.8 %
Reparación de viviendas	23	1.4 %
Eximición de impuestos	22	1.3 %
Gestión por pensión no contributiva	20	1.2 %
Evaluación médica- social	8	0.6 %
Traslados	7	0.5 %
Otras	25	1.5 %
Total	1588	100 %

Estas demandas pueden discriminarse clasificándolas en diferentes contextos de intervención profesional:

Contexto informativo: presupone las respuestas que se brindan, conociendo las ofertas actuales de recursos sociales con que se cuenta en un momento particular, que son otorgadas al demandante no requiriendo otro tipo de intervención.(por ejemplo información sobre geriátricos habilitados, cursos, instituciones, etc.) Puede requerir o no otras intervenciones profesionales.

Contexto de asesoramiento: se caracteriza por la demanda de orientación sobre un tema particular. El profesional dispone de un espacio y de capacidad para profundizar en el tema planteado y orientar al respecto. (Ej. : asesoramiento para una internación geriátrica, para una derivación institucional, asesoramiento sobre patologías demenciales, etc). Puede ser el punto de partida de un proceso de intervención profesional.

Contexto asistencial: se da en la medida en que la solicitud se presenta a raíz de un problema material, vincular o de conflicto, urgencia, requiriendo de un proceso de intervención profesional y que necesariamente conlleva seguimiento de los casos.

Según los datos existentes, se observa como a medida que pasa el tiempo de implementación del Servicio Social y del Equipo Gerontológico, aumenta la demanda de intervenciones por atención integral a personas en riesgo social, como así también un crecimiento gradual de demandas en lo que respecta a pensiones y solicitud de informes sociales para otras instituciones.

Este crecimiento se relaciona con el grado de difusión que va adquiriendo el Programa Gerontológico, único organismo municipal especializado en adultos mayores.

CAPITULO 4

ENTREVISTAS

- *Modalidad operativa*
- *Análisis del proceso de entrevista*
- *Análisis del contenido de las entrevistas*

Modalidad operativa

Se realizaron treinta entrevistas a personas usuarias del Servicio Social de Atención al Adulto Mayor del Programa Gerontológico Municipal.

Dichas entrevista tuvieron una duración aproximada entre 30 y 60 minutos. Fueron realizadas con un encuadre informal, en un ambiente que posibilite al informante expresarse libremente y sin inhibiciones.

Se concertó una cita y se les explicó los objetivos y alcances de la investigación (consentimiento informado)

Se consideraron no sólo a adultos mayores que han sido objeto de intervención, sino también a personas que han participado desempeñando un rol activo en los casos considerados.

Se entrevistaron a siete vecinos, familiares y personal de instituciones que estuvieron involucrados en la demanda social, ya sea como denunciantes del caso, colaboradores o facilitadores del proceso de intervención del Servicio Social con el adulto mayor.

Los veintitrés restantes fueron adultos mayores. Sobre este total, se realizaron 5 entrevistas en el Hogar de Ancianos, 5 en el H. De Día, 6 en el Hogar Laguna y 7 a adultos mayores en atención domiciliaria.

Los entrevistados fueron: - elegidos al azar teniendo en cuenta el periodo de tiempo de funcionamiento del Servicio Social que se está evaluando (febrero de 2000 a julio de 2001 inclusive),

- que se haya realizado una entrevista inicial con el anciano o denunciante, entrevistas domiciliarias, intervención del equipo multidisciplinario, diagnóstico, tratamiento y seguimiento social.

El objetivo de las entrevistas fue conocer la opinión de los usuarios con respecto al funcionamiento del servicio social a partir de la propia vivencia.

Con la premisa de que contaran su experiencia con el mencionado servicio se realizaron, en primera instancia, entrevistas abiertas a 9 personas.

Del análisis de las mismas se seleccionaron los ejes temáticos repitentes y se diseñó un modelo de entrevista semiestructurada que incorporó estos ejes temáticos con preguntas que aportarán datos cuanti y cualitativos.

El número de entrevistas se determinó por el nivel de saturación; es decir, el punto en el cual los testimonios recogidos no agregan nada novedoso.

Se entrevistaron, en total, a veintitrés adultos mayores y a siete vecinos, familiares y referente institucionales.

Cuadro 1: Entrevistados

Adultos Mayores	Vecinos, fliares, referentes
23	7

Cuadro 2: Sexo de los adultos mayores entrevistados

Masculino	Femenino
12	11

Cuadro 3: Lugar donde se realizaron las entrevistas a adultos mayores

H. de Ancianos	H. de Día	H. Laguna	Domicilio
5	5	6	7

Análisis del proceso de entrevista

Cabe destacar la buena voluntad y disposición de los entrevistados/as hacia la situación de entrevista.

Las dificultades al momento de las mismas se presentaron, principalmente, cuando fueron los ancianos quienes respondieron en el marco de las primeras entrevistas abiertas.

Aparece como constante la dificultad inicial para comprender el objetivo del encuentro, concentrándose el tema principal por parte de los entrevistados en sus dolencias y necesidades, en sus historias de vida, en la situación actual, etc. Este hecho requirió de tiempo adicional que permitiera al anciano "desahogarse" para luego poder focalizar en el tema de interés para el presente trabajo.

Esta dificultad no se encontró al momento de entrevistar a vecinos o familiares, por lo general gente de menor edad y en una situación social diferente, como así tampoco cuando se entrevistó a los adultos mayores con el diseño elaborado de entrevistas semiestructuradas.

ANALISIS DEL CONTENIDO DE LAS ENTREVISTAS

De acuerdo con el contenido de las entrevistas realizadas se pudieron establecer los siguientes ejes temáticos de evaluación:

1- Motivo de Atención
2- Red social de contención
3- Respuesta institucional
- *tiempo en que obtuvieron la primer respuesta*
- *trato recibido*
- *abordaje en equipo*
- *intervenciones*

4- Satisfacción
- *cambios en la situación inicial*
- *percepción de la respuesta*
- *motivos de recomendación del Servicio*

1) **MOTIVO DE ATENCIÓN**: la demanda; es lo que el entrevistado considera que son sus necesidades al momento de tomar contacto con el S. Social.

Los sujetos que concurren al Servicio Social plantean sus problemas, a partir de la explicitación de las situaciones que los aquejan y que contiene un pedido de solución.

El Estado, asumiendo la función específica que le compete y conectándose directamente con las necesidades y demandas de la población, a través del servicio social que dispone, brinda las respuestas concretadas en bienes y servicios.

El o los problemas presentados son definidos, clasificados y evaluados por el trabajador social, quien a través de un proceso de elaboración de la demanda intenta incluirlos en la agenda institucional.

Por lo general, los casos estudiados, presentan situaciones problemáticas y de complejidad creciente que incluyen varios aspectos de la vida del anciano: salud, vivienda, alimentación, relaciones familiares conflictivas, etc. Así lo expresaron algunos de los entrevistados:

..."yo estaba acá sola, sin plata, con problemas de salud, sin remedios, ni para comer tenía"...

..."no tenía luz, ni gas, casi ni muebles porque cuando estuve internado se llevaron casi todo. Tampoco tenía comida"...

Generalmente en el discurso de los adultos mayores aparecen jerarquizadas algunas de estas necesidades, priorizan una por sobre las otras según su percepción del problema (necesidades sentidas, necesidades reconocidas) y según sus percepciones respecto a la concepción de calidad de vida que cada uno tiene.

Adhiero al concepto desarrollado por Yanguas, Leturia y otros con respecto a la calidad de vida: "La calidad de vida no es equivalente a estado de salud, bienestar o satisfacción con la vida, sino que es un concepto multidimensional que incluye la percepción subjetiva del individuo sobre éstos y otros aspectos no médicos de la vida: los ingresos económicos, las relaciones familiares, la libertad, el empleo y otras circunstancias de la vida entre las que es imprescindible incluir los derechos humanos".[31]

Al respecto se puede citar a una entrevistada que comentaba que había concurrido al Servicio Social para ser asesorada "por la pensión" y en el transcurso de la entrevista se identifican situaciones problemáticas que requieren necesariamente intervención en aspectos sanitario, alimenticio, provisión de ropa, higiene.

Margarita Rozas menciona el concepto de Diego Palma con respecto a las necesidades sentidas: "es- por definición- reconocida por los sujetos o grupos sociales, pero no es reconocida necesariamente como punto de arranque de una dinámica de transformación" [32]

Queda explícita la importancia de que el trabajador social identifique la significación que estas necesidades tienen para el usuario, o sea, "trabajar la necesidad desde la perspectiva del sujeto para poder organizar su campo de intervención profesional"[33]

---

[31]Varios autores. Manual para profesionales. Curso de formación para familias cuidadoras de personas mayores dependientes. 1999

[32] Rozas Pagaza M. "Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en trabajo social". Ed. Espacio. Bs. As. 2001

[33] Rozas Pagaza Op. Cit.

El sentimiento de soledad en los adultos mayores entrevistados, se reitera en varias de las entrevistas. Si bien no es expresada en términos de necesidades a satisfacer, la soledad es mencionada como parte de la situación general que viven los ancianos:

..."yo estaba acá sola"...

..."Yo paso todo el tiempo sola, a veces viene alguna vecina pero no todos los días. Si algo me pasa no se como se van a enterar"...

..."La situación de él era tremenda, estaba solo"...

..."porque yo familia no tengo, no tengo a nadie que se pueda hacer cargo de mí"...

Se observa que la falta de vivienda también aparece como una constante en la mayoría de los casos:

..."no tenía mas casa porque el dueño, que estaba en Río Gallego, la vendió. Estuve en la calle, no tenía a donde ir y me fui a la puerta de la catedral"...

..."no había lugar para mí porque no tienen comodidad. Yo estaba sola acá y entonces ellos me dijeron que me iban a buscar un lugar para mí"...

..."La casa donde yo vivía se la tuve que dejar al patrón"...

..."una señora que no tenía vivienda"...

Este dato se corrobora con el material estadístico[34], donde la demanda de Ingreso al Hogar de Ancianos aparece en 3° lugar.

Otro dato reiterativo es el hecho de que luego de una larga estadía en el Hospital, los entrevistados manifiestan haber perdido la vivienda que ocupaban con anterioridad a la internación. En todos los casos se trataba de viviendas cedidas.

---

[34] **Este dato consta en el cap. 3. Segunda Parte.**

..." Estuve en un departamento como 8 meses con cuatro compañeras más con una enfermera que nos cuidaba. Después me enfermé de los nervios y estuve 5 años en el regional, en salud mental. La asistente social del regional me buscó este lugar"...

..."Yo vivía en Edison e Irala en una casa que cuidaba, después me internaron en el regional porque me caí y no sabía donde estaba... La casa donde yo vivía se la tuve que dejar al patrón"...

..."Yo estaba cuidando una casa acá en Alberti y Jara, estuve 8 años ahí. Yo la estaba arreglando arriba de unos andamios y me caí. Me llevaron al Regional y al tiempo empecé a caminar, pero cuando salí del hospital no tenía mas casa porque el dueño, que estaba en Río Gallego, la vendió"...

El abuso a los adultos mayores en situación de vulnerabilidad también es mencionado en las entrevistas, observando que son víctimas de robos, y de maltrato por descuido o abandono.

Al hablar de maltrato se hace referencia a "todo hecho o situación que ocasiona algún tipo de daño a una persona y que le impide su bienestar integral"[35]

El maltrato por descuido o abandono se presenta cuando no se atiende a la persona en sus necesidades de alimentación, salud, cuidados, afectos.

Son los familiares, en alguno de los casos estudiados, quienes incurren en este tipo de acciones.

..."Tenia la casa llena de ratas, mugre, las ratas arriba de la mesa, de lo que quisieras... porque la familia nunca lo supo atender porque los hijos estaban siempre ocupados, trabajaban y después se fueron a Buenos Aires".

..."El tenia todo en su casa pero se lo fueron robando"...

..."Casi ni muebles tenía porque mientras estuve internado se llevaron casi todo"...

Pero los adultos mayores también son víctimas de otros tipos de maltrato, a veces no tan fáciles de percibir o de definir como tales.

---

[35] **Cáritas de Tacna, Perú. "Del maltrato al trato digno" Curso de prevención de la violencia sobre el adulto mayor. Año 2000**

Me refiero al maltrato o violencia estructural cuando no se dan las condiciones para la adecuada satisfacción de las necesidades básicas de las personas afectando el ejercicio de los derechos humanos y ciudadanos.

La configuración arquitectónica de la mayoría de las viviendas que habitan los mayores no tienen previsto la adaptación ni la seguridad que posibilite la autonomía necesaria para la vida cotidiana; edificios, consultorios u oficinas en pisos superiores que no poseen ascensor, coordinación de semáforos que no están regulados teniendo en cuenta la elevada proporción de población adulta mayor, las magras jubilaciones, la imposibilidad de acceder a una pensión o el tiempo que dicho tramite conlleva, son algunas de estas formas "invisibles" de maltrato hacia el adulto mayor.

La negligencia de profesionales o no, de distintos establecimientos públicos o privados, en oportunidades también roza con la omisión o el maltrato.

2) **DERIVACIÓN**: por medio de esta variable se puede conocer el grado de conocimiento y difusión que tiene el Servicio por parte de la población y de las instituciones de la ciudad.

Los entrevistados manifestaron haber tomado contacto con el servicio social a través de la derivación de un servicio social municipal primer lugar; por medio de vecinos en segundo lugar; el Hospital Interzonal ocupa el tercer puesto junto con otras instituciones tales como Anses, Cáritas, sindicatos, y otros y por último los familiares ocupan el cuarto lugar de derivación junto con la respuesta "fui solo", que indica que la persona ya tenía conocimiento previo de la existencia de este Servicio Social.

..."fue Rosa, mi vecina, la que los llamo a ustedes"...

..."Yo no llamé a la asistente, fue otra vecina que vive allá en la esquina la que llamó y se estuvo ocupando del tema"...

En un solo caso la entrevistada manifestó haber tomado contacto con el Servicio Social a partir de participar de actividades de capacitación realizadas en ámbitos comunitarios por el área previsional.

..."A Claudia yo la conocí porque ofreció sus servicios en la parroquia donde voy yo, vino a hablar de las tramitaciones que se ocupaba ella"...

..."Yo conocí el servicio social de ancianos por una vecina que había tenido un problema y recurrió a ellas, entonces me dio la dirección y fui"...

..."La asistente social del regional me buscó este lugar, ella habló con las asistentes de Calidad de Vida"...

..."la Licenciada Mónica habló con la Licenciada de Calidad de Vida para que yo viniera acá"...

..."mi sobrina estaba muy preocupada y fue a hablar con la municipalidad"...

Estos testimonios permiten inferir que las redes sociales de los adultos mayores, además de satisfacer necesidades materiales y afectivas, son satisfactores de necesidades informativas permitiendo el acceso a bienes y servicios.

3) **REDES SOCIALES**:

El sistema social de las personas de edad avanzada está compuesto por ciertos apoyos formales e informales.

Se puede visualizar de forma amplia este sistema de apoyo social como una serie de subsistemas interactuando entre sí, donde el anciano ocupa el lugar central.

En el anillo exterior del sistema estaría el subsistema que corresponde a las políticas públicas y la política social dirigida a la población mayor, las entidades políticas y económicas que determinan los derechos básicos para este grupo etáreo (ingresos, vivienda, salud, cultura, etc.).

En el anillo siguiente, se encuentran las instituciones que implementan esta política social y que, de alguna manera, acercan los beneficios a los ancianos.

Ambos sistemas constituyen el apoyo formal a los adultos mayores.

Acercándose al centro se encuentra el sistema de organizaciones menos burocráticas, "cuasi formales", que ofrecen servicios a los ancianos, como podría ser el caso de instituciones religiosas.

Dentro de lo que se denomina el sistema de apoyo informal y ubicado alrededor del centro constituido por el anciano, se encuentran la familia, los amigos y los vecinos con quienes interactúa naturalmente tanto a nivel personal como instrumental. Y es a este sistema informal a quien recurrirá en primera instancia, el adulto mayor necesitado de ayuda.

Estos subsistemas, si bien funcionan de manera independiente, se entrecruzan formando el sistema social del anciano.

En los casos entrevistados, se observa que la principal fuente de apoyo social está dada por los vecinos y/o amigos. Los vecinos ocupan el primer lugar como proveedores de ayuda material, física y emocional.

Del total de entrevistados sólo una persona tiene familiares con los cuales está en contacto; el resto, no posee familia, o bien, está desvinculado desde hace varios años.

Lo cierto es que son los vecinos, en primer lugar, quienes asisten al anciano/a necesitada, quienes les proveen de alimentos, vivienda, compañía, medicamentos, etc.

..."Tengo una chica que es de acá del barrio que me ayuda y la vecina de enfrente esta a cargo de todos mis trámites"...

..."para comer no me faltaba ni remedios porque mis vecinos son muy buenos y me alcanzan lo que necesito, yo los quiero como a hermanos...

..."Yo y algunas vecinas le dábamos de comer, todos los días me cruzaba y le alcanzaba algo, le cortaba el pasto, lo atendía en todo lo que yo podía porque yo lo quería como a un padre"...

..."una piezita que le prestaba una vecina de por acá"...

También se observa la presencia de asistencia institucional (sistema formal de apoyo) en algunos casos, la cual complementa y sostiene la tarea realizada por los vecinos:

..."venían los de la caridad, nos daban la leche a la mañana, al medio día íbamos a una iglesia a almorzar y a la tarde otra vez a la catedral"...

..."Desde la parroquia los ayudamos, también como vecina"...

Entiendo al apoyo social como ..."el conjunto de relaciones interpersonales que implican afecto y ayuda emocional (sentirse querido, intimidad, confianza, disponibilidad), instrumental (ayudas domésticas, cuidados) e informacional (búsqueda de información, consejo) así como afirmación personal a partir de esta relación"[36].

Este conjunto de relaciones interpersonales se refiere a las personas significativas de la red –familia conviviente, parientes, vecinos, compañeros -.

..."Le dije a mi hija que le hiciera hacer las muletas...porque la familia nunca lo supo atender porque los hijos estaban siempre ocupados, trabajaban y después se fueron a Buenos Aires. ...Yo y algunas vecinas le dábamos de comer, todos los días me cruzaba y le alcanzaba algo, le cortaba el pasto, lo atendía en todo lo que yo podía porque yo lo quería como a un padre...Yo no llamé a la asistente, fue otra vecina"...

El testimonio de la vecina entrevistada muestra claramente como la red vecinal ha asistido y contenido al anciano, aparece la red como satisfactor instrumental de la vida cotidiana, los afectos. La búsqueda de alternativas de contención institucional surge ante la dificultad de continuar con el apoyo hasta entonces brindado.

También se observa la ausencia de su red primaria (hijos), lo que refiere a características de una familia abandónica.

4) RESPUESTA INSTITUCIONAL

Dentro de este eje temático se consideran las siguientes categorías de evaluación:

a) tiempo en que obtuvieron la primer respuesta del servicio social
b) trato recibido
c) abordaje en equipo

d) intervenciones realizadas

a) Tiempo en que obtuvieron la 1° respuesta del servicio: se pretende evaluar la eficiencia y eficacia de actuación del servicio social ante la demanda.

El tiempo es considerado desde que concurrieron o llamaron al servicio hasta la 1° entrevista domiciliaria efectuada por las asistentes sociales.

Todos los entrevistados coinciden en la rapidez de la intervención.

Al respecto manifestaron:

..."Vinieron mas o menos rápido, pasaron unos días"...

..."vinieron las asistentes enseguida"...

..." fueron enseguida y se ocuparon de todo"...

En algunos casos la resolución de la situación planteada es definida como rápida:

..."le hicieron el ingreso al hogar en forma rápida"...

..."en muy poco tiempo yo ya estaba acá, habrá pasado menos de un mes"...

En otros, por la complejidad de la situación y la dificultad para la utilización de los recursos institucionales, la respuesta requerida se postergó un tiempo:

..."Desde que me fueron a ver hasta que entré en el Hogar pasó bastante tiempo porque no había lugar, había otras urgencias; pero en ese tiempo no me dejaron solo,... ni bien la Lic. Mónica habló con ella ya estaban ocupándose de mi..."

Si bien el entrevistado manifiesta que la solución definitiva se demoró, reconoce la intervención inmediata del servicio social.

---

[36] Yanguas J. Y otros. "Intervención Psicosocial en gerontología". Manual práctico.

A la pregunta "le pareció mucho el tiempo de espera", 28 personas contestaron que no, mientras que las dos restantes no respondieron dado que sus respuestas, coincidentes con las anteriores, se encontraban implícitas en la pregunta anterior que se refería a cuanto tiempo tardaron en obtener respuestas.

b) ***Trato:*** se procura evaluar cómo el usuario percibe el trato que recibió por parte de las profesionales.

Promediando la calificación de los 30 entrevistados a la atención recibida por parte las distintas áreas integrantes del equipo interdisciplinario gerontológico, se concluye lo siguiente:

. área médica: muy buena

. área enfermería: muy buena

. área psicología: muy buena

. área asesoramiento previsional: muy buena

. área social: muy buena

Considerando particularmente la actuación del Servicio Social, la coincidencia de todas las personas con respecto al buen trato recibido es unánime, lo cual se refleja en los siguientes testimonios seleccionados:

..."Nos atendieron muy bien, muy bien"...

..."me atendió muy bien, la verdad es que no me puedo quejar"...

..."Cuando han venido siempre me han tratado muy bien, tienen buen trato"...

..."Me atendieron mejor de los que esperaba porque me dieron cariño y todo lo que necesitaba"

..."te atienden muy bien, la gente es atenta"

De las 30 personas entrevistadas, 29 manifestaron haber sido atendidos como esperaban, mientras que una respondió que *"no, porque no esperaba tan buen trato y tanta preocupación".*

Al analizar las respuestas de porqué fueron atendidos como esperaban, los entrevistados justificaron sus respuestas en palabras tales como la amabilidad, la preocupación por parte de las asistentes, el afecto recibido, la rapidez en la atención, el respeto, el interés, la comprensión de la situación planteada, la capacidad de resolución y la humanidad de las profesionales.

De los testimonios recogidos sobresalen el de estas ancianas cuya evaluación de esta variable incluye aspectos de importancia desde el punto de vista de la valoración del ser humano y de la actitud profesional entendida como la predisposición a pensar, sentir y actuar con respecto al cliente[37]

..."La asistente me atendió muy bien, me escucho un largo rato toda la historia"...

..."que me atendió muy bien, me escuchó muy bien, porque a veces viste que en esos lugares así no te escuchan bien, no se si entendés lo que te quiero decir"...

..." Ellos fueron al hospital para ver que me pasaba, me explicaron que había un lugar donde yo podía ir a vivir, me preguntaron si estaba de acuerdo, eso me pareció muy importante porque viste que hay tantos viejitos que los meten sin que quieran, a mi eso me gustó porque sentía que tenían en cuenta lo que yo opinaba"...

La actitud profesional de escucha, es resaltada en los testimonios como un elemento de evaluación satisfactoria del trato recibido como así también la concepción ético- ideológica que nutre las intervenciones profesionales con las personas mayores como sujetos de derecho, adhiriendo al pensamiento expresado por Nora Aquín " en el esfuerzo por conjugar tres valores problemáticos... los valores de igualdad, de libertad y de diferencia"[38]

En el último testimonio se evalúa el respeto por la autodeterminación del ser humano que presupone la libertad para resolver y actuar. Ello significa no imponer de acuerdo a valoraciones personales sino brindar las alternativas.

Decidir por el adulto mayor y no con él, significa un deterioro grave en su calidad de vida y se convierte inevitablemente en abuso y maltrato.

c) ***Abordaje en equipo:*** en las entrevistas realizadas se observa un adecuado funcionamiento en equipo al abordar las problemáticas planteadas.

Cada caso es abordado interdisciplinariamente de acuerdo a la complejidad del mismo. Así es reconocido por los entrevistados:

---

[37] Kisnerman N. "Etica para el Servicio Social". Ed. Humanitas. 3| edición.
[38] [4] Nora Aquín, " Trabajo Social y Mundialización", Cap. 2. Edit. Espacio Año 2002 Argentina

..."Vino la asistente social, después de un tiempo vino la doctora y me revisaron... también estuvo la señorita que hace las pensiones"...

..."Vino la asistente, lo revisó el medico y el enfermero"...

..."y la asistente me fue a ver al hospital cuando estaba internada. También fue a verme este doctor, el ... sicólogo que ahora está acá"...

..."La licenciada pasaba por mi casa para ver como estaba, el señor que me llevaba la comida siempre me preguntaba como estaba, una vez me fue a ver el doctor"...

En estos testimonios se observa como los entrevistados valoran y reconocen el abordaje multidisciplinario en la intervención.

Algunas de las ventajas del trabajo en equipo desarrolladas por Javier Yanguas[39] son:

- hace posible la realización de numerosas tareas que los miembros no podrían realizar individualmente;
- es una oportunidad para el desarrollo personal y profesional. Cada miembro del equipo aporta su competencia y saber y, al mismo tiempo, aumenta sus propios conocimientos y habilidades;
- encierra un gran potencial para el cambio;
- aumenta la calidad del servicio;
- aumenta el nivel de motivación;
- puede incorporar todo el potencial que encierran las relaciones informales y la fuerza de la presión de grupo positiva.

Tomando en cuenta el total de entrevistas realizadas, se observa que en las actuaciones del equipo interdisciplinario prevalece el trabajo en conjunto del servicio social, el área medica y el área previsional; en segundo lugar se incorpora la intervención de enfermería en la atención interdisciplinaria y en menor número se observa la participación del área de psicología.

Quienes aparecen mencionados siempre al preguntar que profesionales lo atendieron, son las asistentes sociales y el médico.

Esta tendencia estaría reflejando el tipo de demanda que se reciben en el servicio social de adultos mayores y las respuestas esperadas por la población.

d) ***Intervenciones realizadas:*** a partir de lo que los entrevistados expresan, se detectan las intervenciones que las profesionales del servicio social han realizado en los casos contemplados.

Se reiteran las visitas domiciliarias como herramienta de intervención en casi todas las entrevistas realizadas:

..."La licenciada de Calidad de Vida fue a ver como vivía yo"...

..."Vino la asistente social"...

..."los de Calidad de Vida vinieron, asistentes...las asistentes se preocuparon por mi"...

..."vinieron las asistentes"...

..."la asistente me fue a ver"...

..."Creo que la asistente fue dos o más veces a verme y cuando estuvo todo arreglado me fueron a buscar para traerme acá"...

..."Ellas hicieron todas las visitas, fueron a verla a la clínica mitre donde esta anciana estaba internada"...

La entrevista domiciliaria tiene como objetivo "profundizar la comprensión del diagnóstico, y como estudio y observación del ambiente familiar."[40]

Dado que la mayoría de los casos fueron presentados a través de terceros (vecinos, instituciones, familiares) y no fue el adulto mayor quien solicitó la intervención, la visita domiciliaria tiene una relevada importancia para un mejor conocimiento de la situación, dada la importancia del contexto para la comprensión de los procesos y las situaciones.

La visita domiciliaria también tiene el valor de la constatación de los datos aportados por los distintos actores.

---

[39] op. Cit.
[40] **Campanini y Luppi. "Servicio Social y modelo sistémico" Ed. Paidos. Bs. As., 1991**

d) ***Intervenciones realizadas***: a partir de lo que los entrevistados expresan, se detectan las intervenciones que las profesionales del servicio social han realizado en los casos contemplados.

Se reiteran las visitas domiciliarias como herramienta de intervención en casi todas las entrevistas realizadas:

..."La licenciada de Calidad de Vida fue a ver como vivía yo"...

..."Vino la asistente social"...

..."los de Calidad de Vida vinieron, asistentes...las asistentes se preocuparon por mi"...

..."vinieron las asistentes"...

..."la asistente me fue a ver"...

..."Creo que la asistente fue dos o más veces a verme y cuando estuvo todo arreglado me fueron a buscar para traerme acá"...

..."Ellas hicieron todas las visitas, fueron a verla a la clínica mitre donde esta anciana estaba internada"...

La entrevista domiciliaria tiene como objetivo "profundizar la comprensión del diagnóstico, y como estudio y observación del ambiente familiar."[40]

Dado que la mayoría de los casos fueron presentados a través de terceros (vecinos, instituciones, familiares) y no fue el adulto mayor quien solicitó la intervención, la visita domiciliaria tiene una relevada importancia para un mejor conocimiento de la situación, dada la importancia del contexto para la comprensión de los procesos y las situaciones.

La visita domiciliaria también tiene el valor de la constatación de los datos aportados por los distintos actores.

---

[39] op. Cit.
[40] **Campanini y Luppi. "Servicio Social y modelo sistémico" Ed. Paidos. Bs. As., 1991**

Las entrevistas a vecinos, familiares y amigos que conforman la red de contención del anciano aportan elementos al diagnóstico y posterior intervención profesional en busca de alternativas acordes a las singularidades de cada caso.

Estas entrevistas también son referidas y valoradas por las personas entrevistadas:

..."Hablaron con otras vecinas"...

..."Yo no llamé a la asistente, fue otra vecina que vive allá en la esquina la que llamó y se estuvo ocupando del tema, conmigo vinieron al tiempito, nomás, hablaron sobre lo que estaba pasando con este pobre hombre"...

..."hablaron con mis vecinos"...

..."La asistente hablo después con mi sobrina"...

..."La vecina de enfrente esta a cargo de todos mis tramites. Es con ella que también hablaron la asistente y la doctora"...

..."Después hablaron con los hijos para que se empezaran a ocupar un poco del padre y para ver que iban a hacer con la situación que este hombre estaba pasando"...

En la práctica profesional, el Asistente Social confronta con una realidad dinámica y autoorientada que tiende a producir, sustituir o reforzar cambios en el plano de las relaciones interpersonales, en situaciones de necesidad, en la utilización racional de recursos, en el enlace con los organismos de la comunidad y con los límites - encuadre impuestos por la misión y función de la institución en donde trabaja.

Hay testimonios que dan cuenta del trabajo de red interinstitucional en el abordaje de la problemática social de los A.M.:

..."La asistente social del regional (HIGA) me buscó este lugar, ella habló con las asistentes de Calidad de Vida y la asistente me fue a ver al hospital cuando estaba internada"...

..." las chicas hablaron con la asistente de allá, de la calle Alberti, hablaron con PAMI para que tuviera la obra social por ser mayor de edad, creo que hasta una vez consiguieron un transporte para llevarlo a B. a la salita"...

..."hablaron con PAMI"...

Una perspectiva integradora de la intervención da cuenta el siguiente testimonio donde se resalta por un lado la intervención social con la red vecinal, una clara intervención de apoyo a lo que las vecinas venían realizando y por el otro, el abordaje en equipo interdisciplinario y la utilización adecuada de los recursos del Programa Gerontológico reconocidas como gestiones favorecedoras para la resolución de la situación problema:

..."se ocuparon de todo. No solo me ayudaron en la pensión sino que hablaron con los vecinos de donde B. vivía para ver si entre todos se le podía dar una mano, le llevaron ropa de abrigo, una campera abrigadisima que él estaba re contento. Me ayudaron en todo el tramite para que B. vaya a hacerse unos análisis que tenia pendiente. Le traían todos los días comida calentita, lo venían a bañar a la casa dos veces por semana... Hasta lo anotaron en lista de espera en el Hogar de Ancianos por si algún día se quedaba sin casa y no tenía a donde ir"...

La atención singular de cada caso y la adecuación de recursos según la particularidad de cada situación se destaca:

..."me llevaba la bolsa de la municipalidad pero como no tenía como cocinar empezó a mandarme comida hecha"...

..."Nos mandaron a un lado para dormir pero tenia que subir escaleras para ir a orinar y yo con mis huesos rotos no podía estar ahí. Además era solo para dormir, te ibas a las 7 de la mañana y hasta la 7 de la noche no podías entrar, y tenía que andar todo el día en la calle y no podía ser.Volví a Calidad de Vida y les dije que ahí no podía estar, entonces la asistente me consiguió para ir a Sierra de los padres, a aquel hogar que hay allá, allá esta muy bien pero me agarro un ataque de presión dos veces, me llegó a 29. La doctora de acá me vió y dijo que tenía que venirme más cerca porque si pasaba algo estabamos muy lejos"...

En estos testimonios se destaca la flexibilidad en la intervención, el reconocimiento de un recurso no adecuado a las particularidades y la reformulación de la situación problemática de los ancianos que permita una readecuación de los recursos en beneficio de los adultos mayores atendidos.

5) **SATISFACCION**: el nivel de satisfacción de los usuarios del servicio social se evalúa considerando las siguientes categorías:

a) *Cambios en la situación inicial planteada*: se pretende evaluar el o los cambios que los adultos mayores describen como producto de la intervención del Servicio Social

b) *Percepción de la respuesta*: se considera la opinión negativa o positiva del entrevistado, se evalúa si éste considera que en el Servicio Social de Atención al Adulto Mayor se le dió algún tipo de respuesta.

c) *Motivos por el que recomendaría el servicio social a otras personas*: se toman en cuenta los criterios de recomendación expresados por los entrevistados.

a) Cambios

El trabajo social como disciplina de las Cs. Ss que aborda problemáticas planteadas por sujetos individuales o colectivos que ven disminuidas sus posibilidades socioexistenciales por falencias del medio social que los rodea intenta, a partir de la intervención profesional, producir cambios. Dichas falencias afectan a las personas y atentan contra el desarrollo adecuado de sus posibilidades humanas.

Busca el cambio con sus asistidos y con el entorno humano cercano a los mismos y también, en una acción de cambio, busca la transformación de las condiciones de encuadre objetivas, ya sea modificando la situación objetiva o tratando de modificar algunas condiciones del marco social mismo.

Al evaluar si la situación de los adultos mayores ha cambiado a partir de la intervención del servicio se observa una respuesta positiva en 28 de los 30 casos estudiados.

Se expondrá, en primer término, los dos casos que manifestaron no sentir un cambio en su vida diaria.

..."La verdad es que desde que mi sobrina llamó hasta ahora no ha cambiado en nada mi situación, sí que vino la asistente, que está haciendo lo del PAMI y que vino la doctora, pero mi mayor problema que son los remedios no lo he podido solucionar ... Yo sé que esto no depende de la asistente pero yo estoy sin remedios".

..."Mi situación sigue igual no ha cambiado en nada, lo único que tengo los documentos, pero no me los dio calidad de vida, me los conseguí yo"...

En el primer testimonio se observa que la entrevistada reconoce las intervenciones realizadas, pero objetivamente no ha cambiado su situación. Su necesidad más apremiante no ha sido resuelta con la intervención del servicio a pesar de las intervenciones realizadas.

El segundo entrevistado ha logrado el recurso por capacidad propia de gestión. Se infiere que ha sido asesorado pero no lo reconoce como intervención.

Si bien la mayoría de los entrevistados ha manifestado que su situación ha cambiado, se observan respuestas diferenciales al describir los aspectos de su vida que se han modificado.

Estas diferencias se observan según el lugar donde fueron realizadas las entrevistas (Hogar de Ancianos, Hogar de Día, Hogar Autogestionario o entrevistas domiciliarias) y se relacionan, en parte, con los objetivos institucionales y la naturaleza de la problemática de los adultos mayores en situación de pobreza.

A continuación se detallan las respuestas por institución:

- ***Hogar Laguna:***

En este Hogar, el total de entrevistados manifiestan un cambio sustancial en su vida a partir del ingreso al mismo.

"Perdí todo y acá gané mucho,
"Ahora soy otra persona"
"En todo, acá tengo vida propia"
"Esto es como volver a vivir".
"Totalmente, de la calle acá hay una gran diferencia"

Adler ha subrayado la necesidad de todo individuo de trabajar, de realizar una vida en común y de amar[41]. Maslow ha establecido una jerarquía de necesidades

[41] **Koontz y O'donnel, Administración. Edit. Mc. Graw Hill. 1985**

similar dentro de las necesidades psicológicas, las cuales solo podrán ponerse de manifiesto luego de ser satisfechas las necesidades fisiológicas.

Estas necesidades son:

1) *Necesidad de Seguridad:* necesidad de sentirse libre de peligros físicos y del temor de perder el trabajo, la propiedad, alimento, abrigo o habitación.

2) *Necesidad de afiliación o aceptación:* dado que las personas son seres sociales, necesitan identificarse o aceptarse y ser aceptados por otros.

3) *Necesidad de estima:* cuando las personas comienzan a satisfacer sus necesidades de pertenencia tienden a desear estimarse ellos mismos y que otras personas los estimen. Esta clase de necesidades producen satisfacciones como poder, prestigio, posición, y confianza en sí mismo.

4) Necesidad de autorrealización: es el deseo de convertirse; de maximizar el propio potencial y lograr algo.

A diferencia del resto de los entrevistados, en los testimonios de los alojados de este hogar, no se mencionan reiterativamente la satisfacción de las necesidades fisiológicas (alimento, vestido, habitación, etc) como uno de los aspectos que se ha modificado.

Se considera que a pesar de no ponerse de manifiesto, frases tales como "en todo", "ahora estoy tranquilo" y "no tengo problemas", englobaría la satisfacción de dichas necesidades.

Se menciona el concepto de familia, como algo nuevo en sus vidas.

El sentimiento de pertenencia que genera participar en las actividades del hogar también es resaltado en los testimonios recogidos:

"Somos una familia, comemos, estamos muy bien"

"Me levanto feliz, no tengo problemas, estoy activo, acá trabajo, tengo amigos"

"Después de tantos años de pasarla mal, al fin estoy tranquilo, trabajando como en familia"

- ***Hogar de Día:***

En los testimonios de los adultos mayores del Hogar de Día, los aspectos mencionados como "cambios" en su calidad de vida se relacionan fundamentalmente

con la satisfacción de necesidades alimenticias, de abrigo, de seguridad, de compañía y de entretenimiento.

"Estoy mejor, tengo compañeras, estoy calentita"

"Ahora paso mas tiempo acompañada, tengo donde comer"

"Acá estamos calentitos, comemos todos los días, jugamos a los naipes"

"Esto es mi vida porque acá estoy ocupada, calentita, entretenida, tejo y juego a las cartas"

"Ahora estoy más segura en el Hogar, comparto cosas con gente de mi edad y mi hija también está más tranquila"

La soledad, uno de los sentimientos más mencionados por los ancianos en las entrevistas, pareciera haberse modificado con el ingreso al Hogar de Día.

El hecho de participar con los pares en distintas actividades dentro del Hogar, le permite al adulto mayor ratificar la aceptación de los otros hacia él.

Considerando lo manifestado por los adultos mayores, se observa que se cumplen los objetivos institucionales expuestos en el Programa Gerontológico Municipal para el mencionado hogar convivencial: "brindar servicios a adultos mayores que necesiten concurrir a un lugar donde se les cubra las necesidades básicas alimentarias sin desarraigarlos de su entorno socio familiar", así como "ofrecer actividades que permitan su sociablización" y "colaborar con la familia o grupo de contención del adulto, previniendo su abandono".

El reclamo que se reitera en las personas del Hogar de Día es la necesidad de contar con una pensión no contributiva, en todos los casos gestionada a partir de la intervención del área previsional del Programa:

"Quisiera una pensión porque no tengo plata"

"Que me consigan la pensión para comprarme los remedios para el Parkinson"

"Necesitaría que me salga la pensión porque ya no damos más"

- ***Entrevistas domiciliarias:***

En los adultos mayores no institucionalizados, el cambio está dado, en la mayoría de los casos, por la asistencia material, principalmente alimentos (ya sea la bolsa mensual de víveres secos como la asistencia alimentaria diaria de comida

elaborada). También mencionan la provisión de medicamentos y elementos tales como anteojos como una ayuda que ha aliviado las preocupaciones diarias:

"Al menos tenemos para comer, esa es una gran diferencia, aunque la bolsa tampoco es la solución por que no alcanza para todo el mes"

"La ayuda en la bolsa y las gotas aliviaron las preocupaciones"

"En que recibo comida todos los días, me dan los remedios todos los meses y tengo los anteojos"

"Ahora él tiene alimentos seguros, lo que nos alivia un poco a los vecinos que nos ocupamos de ayudarlo"

Si bien las intervenciones del Servicio Social se encuentran muy relacionadas con la provisión de recursos tangibles, en el siguiente testimonio se observa que no necesariamente se debe contar con ellos para lograr un cambio en una situación de necesidad:

"Ahora comprendemos más la enfermedad de él, tenemos más paciencia, nos pusimos un poco de acuerdo entre todos"

El trabajo social, cuya meta es el cambio, tiene infinitas posibilidades de intervención en diferentes aspectos que escapan a la ayuda material, como es el de la información, la educación y la reflexión que posibilitan que en un medio conflictivo, originado por una situación de enfermedad, el grupo familiar pueda reacomodarse con la intervención profesional.

"El servicio social también tiene un efecto que no es material sino socialmente objetivo. Tiene una objetividad que no es material sino social. Por ej., cuando el asistente social facilita el acceso a lentes, prótesis, etc., está brindando algo que es material y tiene una utilidad. Pero el asistente social no trabaja solamente con cosas materiales. También tiene efectos en la sociedad como un profesional que incide en el campo del conocimiento, de los valores, de los comportamientos, de la cultura, que al mismo tiempo, producen efectos reales interfiriendo en la vida de los sujetos. Los resultados de sus acciones existen y son objetivos, a pesar de que algunas veces no

se corporifiquen como cosas materiales y autónomas, por más que tengan una objetividad social (y no material) expresándose bajo la forma de servicios"[42]

Otras manifestaciones de satisfacción con el servicio social son:

"Si bien todavía no me salió la jubilación, las chicas de calidad de vida me dieron una gran mano"

"Me gustaría salir de la asistencia, pero estoy mejor. La asistente sigue viniendo de vez en cuando, me traen la comida y si necesito algo las llamo. Me están haciendo la pensión"

"Está mejor, con otro animo, solo le falta que le salga la pensión"

Aquí nuevamente aparece el deseo y la necesidad de contar con ingresos económicos que no solo faciliten la subsistencia, sino que dicho deseo se relaciona con la necesidad de independencia y autonomía en cuanto a la administración de los ingresos.

El hecho de poder disponer de dinero de acuerdo a las necesidades que los adultos sienten, esto es, gastarlo en lo que cada persona considera que debe gastarlo, favorecería a la autodeterminación de su uso, la autoestima y la calidad de vida de estas personas. Luego de toda una vida de trabajo, y de haber administrado los ingresos personales y familiares, los ancianos se encuentran ahora, en esta etapa de la vida, sin poder hacerse cargo de lo más mínimo.

Por último se quiere dejar expuesto lo expresado por una referente institucional entrevistada, perteneciente a Cáritas:

..."Siempre hemos tenido respuestas y soluciones a todos los pedidos que le hemos hecho a las asistentes. No tenemos quejas de ningún tipo porque siempre hemos tenido respuestas. El servicio siempre ha respondido, con las jubilaciones de los abuelos, con esta señora y este hombre del que estabamos hablando"...

- ***Hogar de Ancianos:***

Los adultos mayores alojados en el Hogar Municipal de Ancianos manifiestan un cambio radical en sus condiciones de vida anteriores, haciendo hincapié en las cuestiones materiales que satisfacen necesidades vitales. En consonancia con lo detallado anteriormente, estas personas destacan la alimentación y la vestimenta

---

[42] Iamamoto M. ""El Servicio Social en la contemporaneidad". Ed. Cortez.Brasil, 2003.

pero la diferencia sustancial en estos relatos radica en el hecho de contar con un lugar donde estar, necesidad que los entrevistados en domicilio no poseían.

"Ahora tengo donde dormir, tengo comida todos los días, ropa, estoy bien"

"Porque ahora él esta bien, contento. Realiza algunas actividades, tiene para comer y dormir calentito"...

..."Acá estoy bárbaro, Ud. acá tiene comida, tiene cama, el personal es muy bueno, es lo mejor que hay"...

..."Tengo un techo, tengo el pan de cada día"...

Al igual que los otros adultos mayores institucionalizados, los entrevistados del Hogar de Ancianos incorporan en sus relatos la satisfacción de necesidades afectivas, la importancia de compartir con sus pares y de contar con relaciones amistosas:

..." tengo compañeras para charlar, tomamos mate, conversamos, contamos cuentos"...

..."yo conseguí un lugar donde vivir, donde comer, tengo amigos, compañeros"...

Para algunos entrevistados el ingreso al hogar a través del Servicio Social de Atención al Adulto Mayor significó nada más y nada menos que la diferencia entre estar en la calle y no estarlo:

..."por suerte las asistentes me ubicaron acá porque sino no se donde estaría, porque yo familia no tengo, no tengo a nadie que se pueda hacer cargo de mí"...

..."Menos mal que yo ya estaba anotado acá porque sino hubiera ido a parar a la calle"...

..."Si el servicio no hubiera intervenido la señora iba a la calle"...

En el siguiente testimonio se observa como, por un lado, el ingreso al Hogar de Ancianos ha contribuido a satisfacer las necesidades alimentarias y de vivienda (necesidad de seguridad) de la entrevistada, pero este recurso no ha satisfecho sus necesidades afectivas, de aceptación, de estima ni de autorrealización.

..."MI vida ha cambiado, o sea, por un lado para mejor porque tengo donde vivir, que comer, pero este lugar me hace mal por el ambiente, me da mucha tristeza... acá no tengo vida"...

Se observa frustración respecto a sus expectativas para esta etapa de la vida. La institución no estaría dando respuesta a la necesidad subjetiva con respecto a su propia percepción de calidad de vida.

Otro relato significativo es el de un adulto mayor quien en sus manifestaciones describe algunos de los problemas que se presentan en la institución:

..."Por ahí las cosas no están bien porque alguno se pone borracho y se arman despelotes, pero lo que pasa es que hay mucha gente y a veces hay cosas que no se pueden manejar"...

La gran cantidad de personas que se alojan en el Hogar, la convivencia de mayores autoválidos con otros que padecen enfermedades psiquiátricas y físicas junto a la inadecuada capacidad edilicia y la escasez de profesionales y personal que permitan una atención diferencial a aquellas personas con capacidades diferentes explican, en parte la situación descripta por el entrevistado.

No es casual que en el Hogar autogestionario Laguna, no se presenten este tipo de dificultades, siendo una institución que alberga solo 24 adultos mayores en condiciones físicas y mentales medianamente autoválidos-saludables.

b) Percepción de la respuesta recibida:

Corroborando los datos expuestos anteriormente, veintinueve entrevistados (99,9 %) sienten que recibieron respuestas del Servicio Social.

c) Motivos por los que recomendaría el Servicio Social:

En estas manifestaciones nuevamente se observa que hay conformidad y satisfacción en los usuarios con el Servicio Social.

Las coincidencias que más se reiteran en cuanto los motivos por los que recomendaría el servicio, es que los entrevistados sienten que recibieron respuestas a la demanda planteada.

"Porque me solucionaron la vida"
"Porque me dieron lo que yo necesitaba"
"Porque ahí le van a solucionar los problemas"
"Porque a mí me ayudaron"
"Porque yo la pegué, me dieron más de lo que yo esperaba"
"Porque a nosotros nos ayudaron mucho"
"Porque a mí me dieron las respuestas que yo necesitaba, son un amor"

Otros entrevistados mencionan la buena atención recibida por parte de las profesionales como motivo de recomendación:

"Porque como a mí me atendieron tan bien, a otros le harían lo mismo"
"Porque hay una atención buena y calidez, mucho amor"
"Porque te tratan como a una persona"
"Porque te atienden muy bien y se preocupan por los viejos"
"Porque tuve buena atención y vi como se ocuparon de ella"
"Porque tienen una humanidad que no se encuentra en cualquier lado"

Por último, el cambio que perciben en su calidad de vida es otro fundamento en algunos adultos mayores:

"Porque estoy muy bien gracias a ellos"
"Porque a mí me cambio la vida"

TERCER PARTE

CONCLUSIONES

Considerando el perfil de los adultos mayores que son atendidos en SSAM, se concluye que:

- La edad promedio de atención es de 71 años y va en progresivo aumento según las proyecciones realizadas.
- Los hombres son quienes requieren mayor intervención a pesar de que son mujeres, en su mayoría, quienes suelen presentar el pedido de ayuda. Este dato es llamativo dado que en la ciudad hay mayor cantidad de adultas mayores que hombres mayores, sin embargo se puede relacionar con el hecho de que éstas suelen ser útiles en el hogar ya sea como cuidadoras de los niños, colaboradoras en las tareas domésticas, etc.
- Poseen por lo general grupo familiar, la mayoría de las veces con características expulsivas y no continente tanto afectiva como materialmente. Este dato se opone a las consideraciones de la bibliografía consultada que sostiene en forma unánime que la familia es la principal fuente de sostén.
- En los casos de los adultos mayores atendidos en el SSAAM son los vecinos quienes, mayoritariamente, satisfacen las necesidades básicas de ellos, ya sean materiales o afectivas. También los vecinos se convierten en satisfactores de necesidades informativas, al ser ellos quienes han derivado en muchos casos a los adultos mayores al SSAM. Este apoyo se complementa con la asistencia institucional estatal y/o religiosa.
- La demanda que presentan es muy variada y por lo general específica, conociendo los recursos existentes y demandando al respecto, excepto en aquellos casos de alto riesgo social en que las situaciones requieren intervenciones profesionales desde distintas áreas, como así también variados recursos institucionales.

  Las consultas por asesoramiento y orientación en temas específicos de la tercera edad ocupan el primer lugar, siguiendo en orden de importancia la demanda de alimentos y la internación en el Hogar de Ancianos, la cual es solicitada fundamentalmente para hombres.

- Los adultos mayores asistidos suelen presentar algún tipo de patologías, ya sean físicas, psiquiátricas, incapacitantes o no. Si bien la vejez no es sinónimo de enfermedad, la salud es un aspecto importante a tener en cuenta.
- Respecto al haber previsional, se observa una inversión en los porcentajes para la ciudad de Mar del Plata de adultos mayores que perciben o no algún beneficio. Mientras el Servicio Social atiende a un 62 % que no poseen haberes, las estadísticas generales indican un 67 % que son beneficiarios de jubilación o pensión. Este dato se asienta en la especificidad del Servicio de atender adultos mayores en riesgo social, donde el ingreso económico es uno de los indicadores tenidos en cuenta.
- Casi la mitad de los ancianos atendidos no poseen cobertura médica. La otra mitad, en su gran mayoría, son beneficiarios de IOMA y PROFE, por contar con pensiones no contributivas y con PAMI mayor de setenta, un beneficio que otorga esa institución a los mayores de dicha edad.

La respuesta institucional es evaluada como satisfactoria de acuerdo a los contenidos de las entrevistas consideradas.

Dicha respuesta por parte del SSAM, fue prácticamente inmediata, con las características propias de cada caso.

El trato recibido por parte de los profesionales intervinientes fue muy bueno, destacándose el de los profesionales del SSAM.

La atención interdisciplinaria está presente en los casos estudiados, principalmente las áreas médica, social y previsional, lo cual coincide con las demandas planteadas por los usuarios.

Considerando la intervención específica del Servicio Social, se reconocen las entrevistas domiciliarias a los adultos mayores como principal técnica utilizada; como así también el abordaje de los casos desde la perspectiva de red.

En cuanto a la satisfacción de los usuarios, la gran mayoría se encuentran satisfechos dado que han encontrado respuestas a los pedidos efectuados ante el servicio.

Algunos consideran que se les han solucionado todos los problemas (por lo general aquellos que ingresaron al Hogar Laguna o, en algunos casos, al Hogar de Ancianos), mientras que otros reconocen que la intervención profesional ha ayudado a aliviar la situación por la que están atravesando.

En dos casos se ha encontrado una respuesta negativa.

Evaluando el rol profesional, se considera que a partir de la creación del Servicio Social de Atención al Adulto Mayor, comienzan a emerger situaciones que afectan la vida de la población anciana y que no fueron considerados como problemas por el estado municipal, hasta ese momento.

Generalmente el trabajador social no tiene posibilidad de participar en los organismos de definición de las políticas sociales, sí suele hacerlos en la etapa de ejecución y administración de las mismas.

En el caso del Servicio Social analizado, se observa que la planificación de la política social municipal para los adultos mayores ha seguido caminos no tradicionales en la administración pública.

Cabe destacar la importancia de la intervención de los profesionales del servicio social en el proceso de transformación de dicha política.

Teniendo en cuenta que el servicio fue creado no solo para atender la situación de los mayores en riesgo social, sino también explícitamente, para crear una política específica para este sector, se observa que las primeras acciones llevadas a cabo fueron las de conocer, sistematizar y diagnosticar la problemática para luego, partiendo de los recursos e instituciones existentes, ampliar la cobertura, flexibilizar criterios y crear servicios no contemplados anteriormente.

Con anterioridad a la puesta en marcha del Servicio, los adultos mayores necesitados asistían a servicios sociales barriales, con una atención común a todos los usuarios, sin atención diferencial por las características propias de esta etapa de la vida, con profesionales no capacitados en aspectos gerontológicos.

Los servicios específicos consistían en el ingreso al Hogar de Ancianos o a los Hogares de Día para los adultos mayores sin recursos y en las actividades recreativas del área de Tercera Edad para aquellos mayores que tenían cubiertas sus necesidades básicas.

Con de la creación del SSAM, se comienza a conocer e interpretar las reales necesidades de los adultos mayores de la ciudad, a partir de tomar contacto con ellos y sus demandas.

Luego de una etapa diagnóstica, las profesionales del servicio proponen a las autoridades líneas de acción a seguir, considerando los recursos existentes y proponiendo la creación de otros a través del tiempo, que contemple las necesidades de los adultos mayores. Estos fueron:

- abordaje interdisciplinario con profesionales especializados de distintas áreas;
- la flexibilización de criterios para el ingreso a los Hogares;
- la creación de nuevos hogares, dada la importante demanda de internación y ancianos en la calle;
- la concentración de la demanda y administración de los servicios en un solo lugar (el servicio social) para poder tener criterios únicos, equidad y racionalidad de manejo de los recursos;
- la intervención individual, familiar y comunitaria desde una perspectiva de red;
- la incorporación de la mediación como estrategia de intervención para resolver conflictos;
- la cooperación y coordinación interinstitucional con organismos de la ciudad que trabajan con adultos mayores;
- el desarrollo de proyectos de atención domiciliaria;
- el servicio de viandas domiciliarias;
- la creación de un banco de medicamentos;
- la implementación de proyectos de promoción comunitaria.

Todas estas estrategias interventivas contribuyeron a la creación del Programa Gerontológico Municipal que integró las actividades de asistencia, promoción y prevención.

Si bien se observa que la intervención asistencial se encuentra presente, y hasta es necesaria en determinados casos, desde el servicio social se está avanzando en las actividades preventivas y promocionales aunque se considera que habría que trabajar más estos aspectos.

Según lo evaluado en la presente investigación, se observa que la práctica actual del Servicio Social de Atención al Adulto Mayor supera ampliamente el proyecto institucional disponible, lo cual hace pensar la necesidad de rever la planificación existente a fin de actualizar el desarrollo del proyecto y establecer indicadores que permitan evaluar el impacto del programa en la población marplatense, realizar un análisis de costo- beneficio y costo efectividad del mismo.

Como innovación del Servicio Social analizado se encuentra que se ha redimensionado el imaginario social de la vejez de ser una carga social a ser un recurso social, desde esta perspectiva de la integración y participación frente a la concepción tradicional de exclusión y marginación, y en este sentido se destaca el sustento y concepción del envejecimiento diferente a la clásica compartiendo, aunque no explícitamente pero sí en la tarea diaria, los principios de independencia, cuidado, participación, dignidad y realización personal enunciados por Naciones Unidas para las personas de edad.

APORTES

Si bien se comprende que la gran demanda y escasez de recursos muchas veces dificultan las tareas de prevención y promoción, se presentan aquí algunas ideas a partir de las cuales se podrían crear proyectos de intervención factibles de llevarse a cabo, contando por supuesto, con la decisión política de hacerlo y de continuar con el tema del envejecimiento dentro de la agenda social municipal.

- **Prevención y Promoción**

  - Elaborar campañas de información, educación y comunicación sobre el envejecimiento para crear imágenes positivas del mismo, ofreciendo una imagen más real y menos estereotipada de las personas mayores, subrayando la variedad y heterogeneidad de sus situaciones, destacando sus aspectos positivos y solidarios, y promover el envejecimiento como tema de importancia social general.

  Para ello se podría trabajar junto al área de prensa y difusión del Municipio en la tarea especifica de diseño, con el aporte de los profesionales del Equipo Gerontológico en lo que hace al contenido de la información a transmitir.

  - Incorporar la información del envejecimiento en programas de enseñanza en las EGB municipales, ya sea en forma de talleres, clases especiales, como proyecto escolar, etc.

  - Elaborar sistemas específicos de prevención y atención en casos delito y maltrato hacia los adultos mayores, coordinando diversas instancias públicas y privadas. Podría ser en forma de 0800, con una línea gratuita que informe, contenga y derive.

  - Conformación de grupos de apoyo para hijos, familiares y cuidadores de ancianos con patologías demenciales.

- Creación de grupos de reflexión sobre "el envejecer". Se propone trabajar sobre los sentimientos, proyectos de vida, relación con los pares, con la familia, la sociedad, etc.

- Realización de talleres sobre planificación sucesoria. Podría coordinarse con el Colegio de Abogados de la ciudad y realizarse en distintos barrios de la ciudad.

- **Asistencia**

  - Ampliación del Servicio de Atención Domiciliaria, que incluya la realización de tareas de atención personal y ayuda en las actividades de la vida diaria, pasando por el apoyo a las personas con dependencias y las actividades de integración social. Para ello se puede contar con la incorporación de voluntarios y beneficiarios de planes sociales previamente capacitados.
    Estas tareas podrían ser: limpieza de la vivienda, lavado y planchado de ropa, compra o preparación de comidas, aseo personal, movilizaciones, vestirse/desvestirse, peluquería, podología, visitas y acompañamiento, realización de gestiones, etc.
    Con estas acciones se facilitaría la autonomía de los adultos mayores; se procuraría lograr cambios conductuales que mejoren la calidad de vida; se fomentarían hábitos saludables; se potenciarían las relaciones sociales y se evitaría la institucionalización precoz o innecesaria.

  - Modificar el contenido de las bolsas de alimentos que reciben los adultos mayores, considerando las necesidades calóricas y las patologías sanitarias que requieren una alimentación específica.
    Considerando el valor monetario de cada bolsa se podría redireccionar ese gasto hacia los alimentos requeridos. Esto implicaría el mismo costo con mayor racionalidad, dado que hay casos de adultos mayores que retiran los alimentos pero solo consumen parte de ellos.

- Fortalecer, a través de un programa específico, la comunicación y abordaje interinstitucional en la asistencia a los adultos mayores.

- Promover desde las instituciones municipales de internación la desinstitucionalización de las personas que cuentan con grupo familiar en condiciones de hacerse cargo de ellos, facilitando esta tarea con apoyo institucional domiciliario, liberando de esta manera, la capacidad de las instituciones para albergar a aquellos adultos mayores que realmente no tienen otra posibilidad que el ingreso a los hogares.

- Incorporar profesionales de las distintas áreas al Programa Gerontológico que permita ampliar la capacidad de atención, fundamentalmente en el Hogar Municipal de Ancianos donde este recurso es indispensable para la atención de los allí alojados y en el Servicio de Atención Domiciliaria, en el que convendría incorporar a un terapista ocupacional, especialidad que no está cubierta dentro del mismo. Como así también ampliar la planta de profesionales en el área social y médica que permitiría una mejor atención domiciliaria.

- Creación de una bolsa de empleo que contemple la necesidad de trabajo de los cuidadores de ancianos y la necesidad de cuidadores de las familias con adultos mayores dependientes. Diariamente se reciben en el Servicio Social demandas de trabajo de adultos mayores que son cuidadores y, a la vez, de familias que necesitan un cuidador, por lo tanto se podría coordinar, con las reglamentaciones correspondientes, ambas demandas en beneficios de la población atendida.

BIBLIOGRAFIA

Analogías. **"Informe cualitativo: tercera edad en situación marginal".** Septiembre 1995.

Aquín Nora, **"Trabajo Social y Mundialización"**, Cap. 2. Edit. Espacio Año 2002 Argentina

Banco Mundial, **"Envejecimiento sin crisis: políticas para la protección de los ancianos y la promoción del crecimiento".** USA, 1994.

Cabero L. y Palermo N. **"Servicio Social de Atención al Adulto Mayor".** Mayo 2001.

Cáritas de Tacna, Perú. **"Del maltrato al trato digno"** Curso de prevención de la violencia sobre el adulto mayor. Año 2000

Carpio y Novacovsky (compiladores) **"De igual a igual: El desafío del estado ante los nuevos problemas sociales".** SIEMPRO – FLACSO.

Chadi, M. **"Redes Sociales en el trabajo social".** Ed. Espacio,Bs.As., 2000

Cohen E. y Franco R. **"Evaluación de proyectos sociales"** Ed. Siglo Veintiuno. Méjico. Año 2000

Dción de Discapacitados y Adultos Mayores, MGP. **"Programa Gerontológico Municipal"**, Febrero 2001.

Forni, Floreal. **"Formulación y evaluación de proyectos de acción social"** Ed. Humanitas. Bs. As. 1988.

Frabegat E. **"Introducción al trabajo interdisciplinar en gerontología".**

Highton, E. Alvarez, G. **"Mediación para resolver conflictos".** Ed Ad Hoc, Bs. As., 1996

Kisnerman N. **"Etica para el Servicio Social"**. Ed. Humanitas. 3°edición.

Koontz y O'donnel, Administración. Edit. Mc. Graw Hill. 1985

Montaño Carlos. **"La naturaleza del Servicio Social: un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción"**. Ed. Cortez, Sao Pablo, 2000

OPS. **"La atención de los ancianos: un desafío para los años 90"**. Publicación N° 546, Washington, 1994.

OPS. **"Perfil del anciano en la Argentina"**, Documento técnico N° 29, 1990

OPS, CISS, CIESS. **"El adulto mayor en Aca. Latina. Sus necesidades y sus problemas médico-sociales"** Méjico, 1995.

Org. Iberoamericana de S. Social- Sec. De Des. Social. **"La situación de los ancianos en la Argentina"**, 1994

Passanante, M. I. **"Políticas Sociales para la tercera edad"**. Ed. Humanitas, Bs. As. 1983

Rocabruno Mederos, J.C. **"Tratado de Gerontología y Geriatría clínica"**. La Habana, Cuba, 1999. Ed. Academia.

Rolando Aquiles. **"Psicología Gerontológica y Geriatrica"**. Ed Científico Técnica. La habana, 1996

Rozas Pagaza , M. **"Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en trabajo social"**. Ed. Espacio, 1998.

Sabino Carlos. **"El proceso de Investigación"**. Ed. Humanitas, Bs As, 1993

Sanchez Delgado C. **"Trabajo Social y vejez. Teoría de intervecnión"** Ed Humanitas, Bs. As. Año 1990.

Secretaría de Tercera Edad y Acción Social de la Nación, **"Informe sobre tercera edad en la Argentina".** Año 2001.

Secretaría de Desarrollo Social de la Nación, **"Plan Nacional de Ancianidad"**, 1996-2000

Taylor S. Y Bogan, R. **"Introducción a los métodos cualitativos de investigación"**. Ed. PAIDOS. España. 1998.

Varios autores. **"El diagnóstico social: proceso e intervención profesional"** Ed. Espacio. Bs As, 2002

Varios autores. **"Manual para profesionales. Curso de formación para familias cuidadoras de personas mayores dependientes"**. 1999

Yanguas J. Y otros. **"Intervención psicosocial en gerontología"**. Manual práctico. España, 1988

Zolotow, D. **"Documento para talleres de tercera edad del Programa de Atención a Grupos Vulnerables"**, marzo 1996.

INDICE

Indice

Introducción *1*

Objetivos *4*

Primera parte

Capítulo 1:

Marco contextual *9*

Capítulo 2: Marco teórico

- *Envejecimiento poblacional* *13*
- *Envejecimiento individual* *16*
- *Definición de anciano y adulto mayor* *18*
- *Adultos mayores en riesgo social* *19*
- *Los adultos mayores en la ciudad de Mar del Plata* *22*
- *Política social* *25*

Capítulo 3:

Programa Gerontológico Municipal: descripción *29*

Capítulo 4: Servicio Social para adultos mayores

- *Servicio Social y gerontología* *38*
- *Evaluación social* *40*
- *Descripción del SSAM* *41*

Segunda Parte

Capítulo 1:

Aspectos metodológicos *47*

Capitulo 2:

Intervención del Servicio Social *50*
- *Abordaje interdisciplinario* *55*
- *Mediación* *56*
- *Trabajo con red vecinal* *57*
- *Informe social para pronto despacho* *60*

Capitulo 3:

Caracterización de la población usuaria *63*

Capítulo 4:

Entrevistas
- *Modalidad operativa* *75*
- *Análisis del proceso de entrevista* *77*
- *Análisis contenido entrevistas* *78*

Tercer parte

Conclusiones *104*
Aportes *110*
Bibliografía *113*
Indice *116*
Anexo *120*

ANEXO

- ***Organigrama administrativo Dcción de Discapacidad y Adultos Mayores***

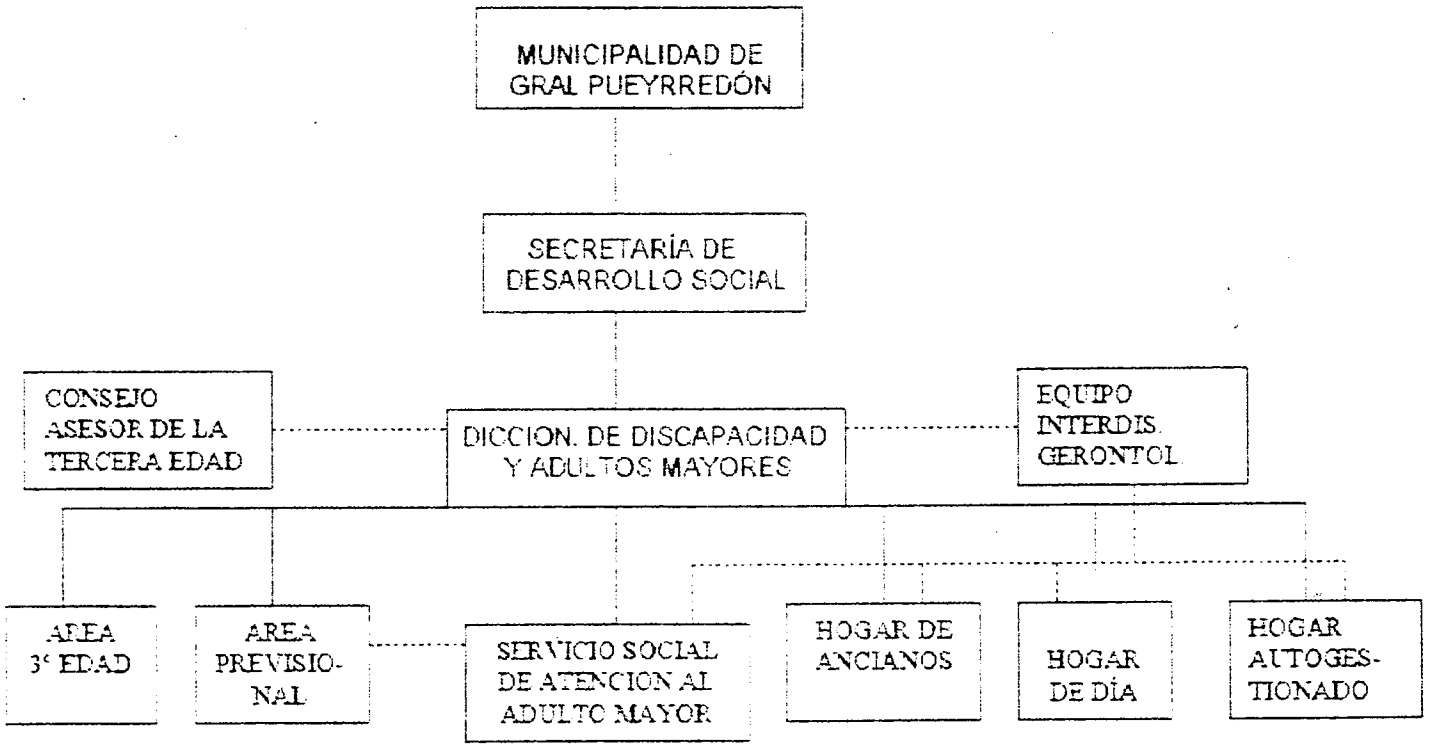

MUNICIPALIDAD DE GRAL PUEYRREDÓN
SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL
CONSEJO ASESOR DE LA TERCERA EDAD
DICCION. DE DISCAPACIDAD Y ADULTOS MAYORES
EQUIPO INTERDIS. GERONTOL.
AREA 3ª EDAD
AREA PREVISIO-NAL
SERVICIO SOCIAL DE ATENCION AL ADULTO MAYOR
HOGAR DE ANCIANOS
HOGAR DE DÍA
HOGAR AUTOGES-TIONADO

DIAGRAMA DE SERVICIOS

PROGRAMA GERONTOLOGICO MUNICIPAL

DEMANDA →

ASESORAMIENTO PREVISIONAL
Se orienta en la tramitación de jubilaciones y pensiones a toda persona carente de recursos económicos.
Resp. Claudia Poli
Rawson 2739 T.E 499 6616

SERVICIO SOCIAL
Se atiende la demanda de necesidades de la población adulta mayor, en riesgo social. Se orienta y asesora al resto de la población mayor.
Lic. Laura Cabero y Norma Palermo

EQUIPO TECNICO MULTIDISCIPLINARIO
Evalúa la marcha del programa y los casos atendidos en los servicios previsional y social a efectos de considerar el recurso más adecuado a la problemática presentada; con un enfoque interdisciplinario.
Coord. Sergio Procelli
Integrantes , Asesora Previsional Enfermero, Medico, Psicologo, y Servicio Social.

SERVICIO DE ATENCION DOMICILIARIO
Se atienden a los adultos mayores que sin obra social ni familiares responsables, poseen una vivienda y necesitan alimentación, atención de salud y cuidado a su domicilio particular.
Resp. Carlos Quintupuray

HOGARES DE INTERNACION
Se cuentan con tres instituciones para albergar mayores en situación de riesgo socio-sanitario.
Hogar de Ancianos: Con capacidad par 138 personas cuenta con servicios de medicina, medicación, cuatro comidas diarias, limpieza, terapia ocupacional, servicio social, psicología, podología, y esparcimiento.
Resp. Ester Vaquero
12 de octubre y Cerrito T.E. 480 3555
Centro de Atención especial: Espacio para la atención de mayores con problemas mentalesCerito y 12 de octubre
Hogar de Autogestión: Hogar destinado a albergar a mayores autoválidos, que sin Obra social ni familiares, puedan dedicarse a actividades productivas.
Lag. De los Padres
Hogar de recuperación de adicciones: Vivienda destinada a la atención de mayores con problemas de adicciones.
Brown 4648

HOGAR DE DIA
Servicio de alimentación y de diversas actividades para los adultos mayores en estado de necesidad o con familiares de poco recursos.
Se brinda terapia ocupacional, servicio social, gimnasia, clases de teatro, y atención de la salud.
Resp. Ana Perez
Triunvirato y Vertiz T.E. 480 4757

CONSEJO DE TERCERA EDAD
Consejo donde participan los representantes de los adultos mayores de organizciones con sede en el partido. Participan más de 40 organizaciones. Se reúnen en comisiones semanalmente y en forma planaria una vez al mes.
Coord, Dr. Sergio Procelli
Rawson 2739

AREA TERCERA EDAD
Se organizan actividades para el uso del tiempo libre de los mayores activos.
Inspección de Geriatricos privados.
Lic, Hector Roman
12 de octubre 4648 T.E. 4895894

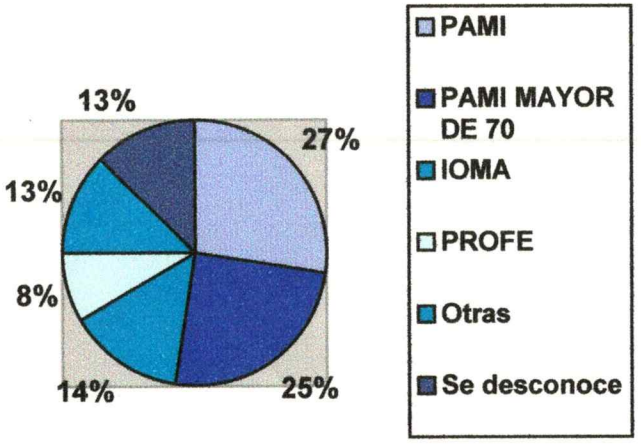
ACTIVIDADES PARA EL TIEMPO LIBRE
Se realizan en forma gratuita o a muy bajo costo actividades para los adultos mayores: Feria Artesanal, Idiomas, pintura, canto coral, Teatro, narración, etc.

PROGRAMA DE APOYO A ORGANIZACONES DE ADULTOS MAYORES.
Programa realizado en conjunto con la Universidad, el Hospital y otras organizaciones sociales.

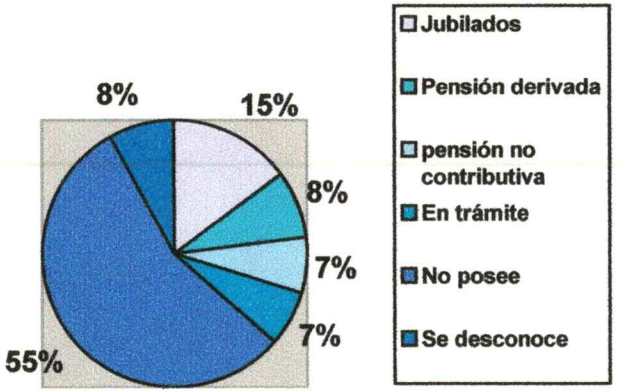
CONTROL DE GERIATRICOS
A través del área se inspeccionan a más de 150 instituciones geriátricas en la calidad de atención de las mismas.

- ***Gráficos Capítulo 3. 2da. Parte: "caracterización de la población usuaria"***

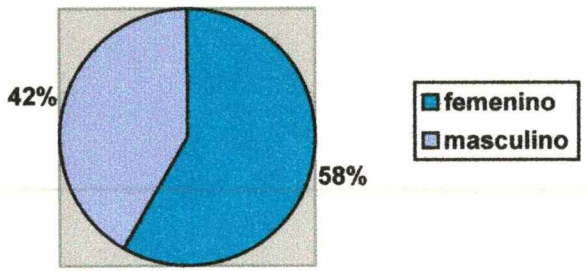
TIPO DE COBERTURA MEDICO ASISTENCIAL



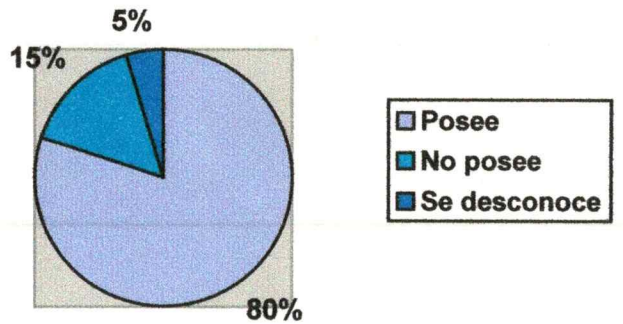
HABER PREVISIONAL



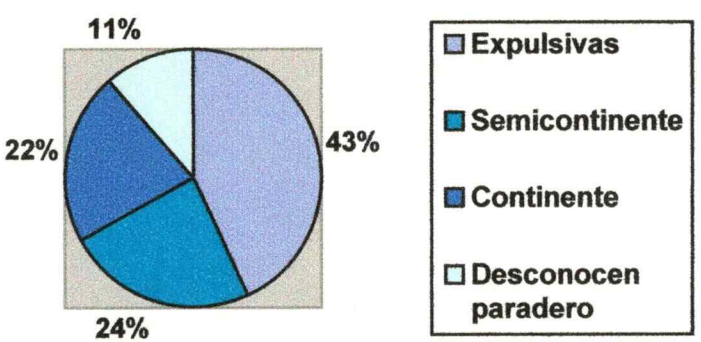
GÉNERO USUARIOS



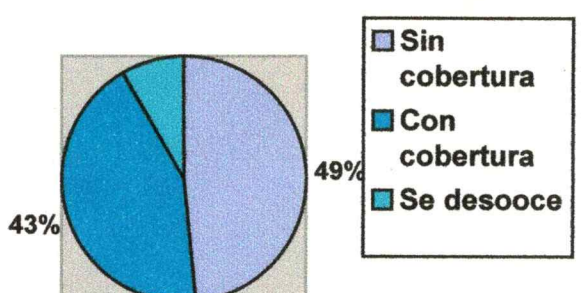
GRUPO FAMILIAR



CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO FAMILIAR



COBERTURA MÉDICA ASISTENCIAL



- ***Modelo de entrevista***

1. **Ud. concurrió al Servicio Social:**

- **Por un problema personal**
- **Para plantear la situación de un vecino**
- **Para plantear la situación de un familiar**
- **Otro:.....**

2. **Ud. llegó al SSAM. derivado/a por:**

- **un servicio social municipal**
- **otra institución (especificar)**
- **un vecino**
- **un familiar**
- **otros:.....**

3. **¿Cuáles fueron los motivos por los que buscó ayuda en el SS?**
   .....
   .....
   .....

4. **- ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar desde que concurrió a plantear su problema hasta que obtuvo alguna respuesta?**
   .....
   .....
- **¿Le pareció mucho?**
   .....
   .....

5. **¿Lo atendieron como Ud. esperaba? Si no Por qué?**
   .....
   .....
   .....

6. **Marque con una cruz**

- **Comprendí las indicaciones que me dieron para continuar mi gestión**
- **Siento que fui escuchada/o**
- **Siento que me tuvieron en cuenta al abordar mis problemas**

7. **¿Qué profesionales atendieron su pedido?**
   AS Médico Enfermero Asesora Previsional Psicólogo

8. Fue la AS ha su domicilio para ver como estaba? Si No

9. ¿La asistente habló con alguien más además de Ud.?

10. Puede enumerar acciones que la AS haya realizado mientras se ocupaba de sus problemas?

11. Con qué recursos institucionales contó?
    - AFD - Vianda domiciliaria - Hogar de Día - Hogar de Ancianos
    - Hogar Laguna - Actividades área tercera edad - Traslados
    - Otros: .....

12. Siente que recibió respuestas? Si No

13. Considera que ha cambiado su situación? En que aspectos?

    .....

    .....

    .....

14. Recomendaría el SS a otras personas? Por qué?

15. Puntúe con la sig. escala de medición la atención recibida en las distintas áreas de trabajo:

    1- Mala 2- regular 3- buena 4- muy buena

    - área médica
    - área enfermería
    - área psicología
    - área social
    - área asesoramiento previsional

16- Algún comentario, sugerencia o queja que quiera hacer llegar a los integrantes del Equipo Gerontológico Municipal?

Sexo: F M

Edad: