

SR. MARCELO S. DEL ARCO

Presente

Me dirijo a quien resultare responsable de tutoría y/o capacidad jurídica con el objetivo de encausar un entendimiento en las cuestiones decisivas sobre el tratamiento y asistencia que recibe mi querida abuela, **Doña Beatriz L. ACCIARESI DU 4377571** a fin de adoptar las mejores alternativas en estos sentidos. Siendo yo, Agustín **DEL ARCO DNI 34763664** familiar directo (*inf.Fig. legal Juzgado de Paz Pehuajó*), dirección electrónica agustindelarco1989@gmail.com, teléfono contacto +549 2396611755, domicilio postal Avda. Gral. J.M. Guemes n° 990 y domicilio legal J. M. Gutiérrez n° 1240 de Pehuajó BS AS, vengo por la presente con propuesta y digo:

Que dado el grado parental que me vincula a los hechos enseguida desarrollo, sugiero **se tenga a bien de considerar tomar medidas de carácter urgente** a fin de optimizar la calidad de vida que sobrelleva mi Abuela. Vimos, en principio una etapa favorable en la adaptación al entorno geriátrico dispuesto (01/9/2023 – 15/11/2023 -LOCHBAUM NORMA LILIANA/SERV AT. A ANCIANOS C ALOJAMIENTO) pero no ha sido sostenible hasta el día de la fecha, semanifiesta en cada acción que debe afrontar en la cotidianeidad un detrimento bien claro y marcado en sus funciones cognitivas y somáticas. Como también es observable el deterioro físico, estado decrepito y calamitoso, hasta la falta en la atención que en estos meses nunca fue atendida por una peluquera para mantener su clásica figura, en estos pocos meses (5) y más aún, teniendo en cuenta su **avanzada edad (84 años)** atravesando ahora **hipersomnolencia (23-01-2024)**, según lo observado y acreditado, hace aproximadamente 60 días exacerbandondoce la hipersomnolencia sin correcciones o tratamientos profesionales. Y lo aberrante de no comprender, creería, el daño atroz y la inducción directa he hiperprecipitada a un estado físico con daños irreversibles gravísimos y dañinos de todo punto de vista como parte de que así debe ser y conciliar un “entendedor” de los procesos biológicos.

Ante lo expuesto surge pensar, ¿Son observables tales condiciones?, ¿Cómo no se pudo prevenir?, ¿Qué se hace al respecto?, ¿Tiene la asistencia INTEGRAL correspondiente a su salud?, ¿Consume algún suplemento de vitaminas y minerales para compensar..?, ¿Es motivada a “caminar”?, ¿A qué? ¿Tiene asistencia psiquiátrica?, ¿Qué informe hay? ¿Se le administran medicamentos psicotrópicos?, ¿Recibe o recibió en esta transición, asistencia psicológica?, ¿Tiene un asistente terapéutico?, ¿La asiste un kinesiólogo?, ¿Continúa cortándose y tiñéndose el cabello? ¿Dispone recursos suficientes para solventar esta etapa de su vida con los gastos que realmente requiere y surgen?, ¿Existen incentivos sociales?, ¿Quién es responsable? ¿Sabe lo que es? ¿Se cortaron?, ¿Quién decide?, ¿Por qué?, ¿Qué esperan?, ¿Hay un plan? Si hay alguno, ¿Cuál es?.

Las especiales características del paciente geriátrico, en el que confluyen por un lado, los aspectos intrínsecos del envejecimiento fisiológico con declinar paulatino de la funcionalidad de órganos y sistemas, disminución de la reserva funcional y alteración a precario de la homeostasia del organismo, aumentando su vulnerabilidad ante situaciones de estrés o enfermedad y, por otro lado, la especial forma de presentación de la enfermedad, hace necesaria una sustancial modificación de los *modelos de valoración clínica o biológica utilizados tradicionalmente* sin

distinción de edad. Además de las citadas particularidades de la evaluación del anciano en el aspecto físico, biológico o fisiopatológico, el paciente anciano está expuesto a múltiples problemáticas consustanciales con el envejecimiento que van a condicionar en gran manera su independencia o autovalimiento y que obligatoriamente tendremos que conocer. Estos problemas a los que hay que conceder la misma importancia que a los puramente biomédicos derivan de los aspectos cognitivos, emocional, funcional y social que deberán ser identificados y evaluados de forma conjunta para conseguir una **visión integral** de toda su problemática, sopesando asimismo los posibles efectos potenciadores de la interacción de las citadas carencias que magnificarán frecuentemente sus consecuencias.

Tratar y asistir a un animal es muy diferente a la atención de una persona. Por función se entiende la capacidad de ejecutar, de manera autónoma, aquellas acciones más o menos complejas, que componen nuestro quehacer cotidiano en una manera deseada a nivel individual y social. Función = Físico+cognitivo+emocional / entorno y recursos sociales. El realizar la tarea más sencilla que nos podamos imaginar va a exigir unos mínimos de capacidad física (fuerza, capacidad aeróbica, elasticidad), de capacidad cognitiva (conveniencia, organización, planificación y ejecución) y de capacidad emotiva (deseo), así como un entorno y unos recursos sociales que lo permitan. Cuando cualquiera de estos componentes fallan, el realizar la tarea se convertirá en algo difícil o imposible: se habrá alterado la capacidad funcional.

Un 40 % de los mayores de 80 años sean funcionalmente robustos, significa que elevada edad y deterioro funcional no son de ningún modo sinónimos. Y las implicaciones que la capacidad funcional tiene sobre el bienestar y la calidad de vida no son desdeñables. Los datos de las encuestas realizadas a los mayores, que señalan que uno de sus mayores temores es la pérdida del autovalimiento, no son sino la constatación popular de un fenómeno que paulatinamente se va desentrañando a nivel del conocimiento científico. El incluir a la capacidad funcional en el concepto "calidad de vida", no sólo amplía la concepción tradicional de "salud", sino que añade nuevos objetivos terapéuticos y nuevos servicios al quehacer hasta ahora tradicional.

VALORACIÓN DEL ESTADO EMOCIONAL O AFECTIVA - La frecuencia de la depresión en el anciano es variable según el contexto en el que nos encontremos, si bien en todos ellos constituye un importante problema de salud. Es difícil determinar con exactitud la frecuencia de la depresión ya que los estudios realizados sobre este tema emplean poblaciones diferentes, instrumentos y métodos de detección distintos, criterios de definición de "caso" distintos, etc. Todo ello ha conducido a la descripción de tasas de frecuencia muy variables, si bien se puede establecer que los trastornos depresivos afectan a alrededor del 10% de los ancianos que viven en la comunidad, entre el 15% y 35% de los que viven en residencias (dependiendo de las características del centro), entre el 10% y el 20% de los que son hospitalizados, en torno al 40% de los que padecen un problema somático y están en tratamiento por ello, y, finalmente, llegan a constituir el motivo de ingreso más frecuente en población anciana en las unidades psiquiátricas de los Hospitales generales. Respecto a los síntomas clínicos de ansiedad, éstos aparecen en un 10-20% de los ancianos. Se ha demostrado que la depresión se asocia a una mayor morbi-mortalidad, actúa negativamente sobre la situación funcional, nutricional y social del anciano, así como en los resultados de la terapia rehabilitadora, y dificulta el alta de los pacientes ingresados en camas hospitalarias (fs.70). El objetivo de la valoración afectiva es identificar y cuantificar posibles trastornos en esta área que afecten o puedan afectar a la capacidad de autosuficiencia del anciano. La detección de depresión y ansiedad en el viejo puede resultar difícil por muy diversos motivos.

Por función se entiende la capacidad de ejecutar, de manera autónoma, aquellas acciones más o menos complejas, que componen nuestro quehacer cotidiano en una manera deseada a nivel individual y social. Función = Físico+cognitivo+emocional / entorno y recursos sociales. El realizar la tarea más sencilla que nos podamos imaginar va a exigir unos mínimos de capacidad física (fuerza, capacidad aeróbica, elasticidad), de capacidad cognitiva (conveniencia, organización, planificación y ejecución) y de capacidad emotiva (deseo), así como un entorno y unos recursos sociales que lo permitan. Cuando cualquiera de estos componentes fallan, el realizar la tarea se convertirá en algo difícil o imposible: se habrá alterado la capacidad funcional.

Un 40 % de los mayores de 80 años sean funcionalmente robustos, significa que elevada edad y deterioro funcional no son de ningún modo sinónimos. Y las implicaciones que la capacidad funcional tiene sobre el bienestar y la calidad de vida no son desdeñables. Los datos de las encuestas realizadas a los mayores, que señalan que uno de sus mayores temores es la pérdida del autovalimiento, no son sino la constatación popular de un fenómeno que

paulatinamente se va desentrañando a nivel del conocimiento científico. El incluir a la capacidad funcional en el concepto "calidad de vida", no sólo amplía la concepción tradicional de "salud", sino que añade nuevos objetivos terapéuticos y nuevos servicios al quehacer hasta ahora tradicional.

Entendiendo lo antes dicho pareciera que vamos camino a la discapacidad, digo vamos por que coexistimos.

Camino hacia la discapacidad

- Moduladores: Factores extraindividuales - **Cuidados de salud** - Soportes externos - Factores sociales Factores intraindividuales - Cambios comportamentales - **Actividades de acomodación** - Atributos psicosociales PATOLOGÍA --
---> IMPEDIMENTOS -----> LIMITACIONES FUNCIONALES -----> DISCAPACIDAD

Factores de riesgo: Actividad física Estilo de vida

Factores sociodemográficos

Factores biológicos

Actitudes y comportamientos

Se viene considerando al déficit funcional como una consecuencia de las enfermedades crónicas. Y la realidad es mas compleja.. El clásico esquema de la OMS (Enfermedad --> Impedimento --> Discapacidad --> Hándicap) ha quedado obsoleto por falta de criterios claros que le restan operatividad y, actualmente, se encuentra en fase de revisión. En los últimos años, se viene imponiendo el esquema de Verbrugge (2)(Tabla 1). En el mismo, por Patología se entiende la alteración fisiológica o las consecuencias de lesiones que alteran el funcionamiento normal del organismo.

Impedimento serian las repercusiones que ello tiene a nivel de los órganos y sistemas; las alteraciones en el sistema muscular (fuerza, elasticidad), cardiovascular (capacidad aeróbica), respiratorio (volúmenes pulmonares) o Sistema Nervioso Central (rendimiento cognitivo).

Se viene considerando al déficit funcional como una consecuencia de las enfermedades crónicas. Y la realidad es mas compleja.. El clásico esquema de la OMS (Enfermedad --> Impedimento --> Discapacidad --> Hándicap) ha quedado obsoleto por falta de criterios claros que le restan operatividad y, actualmente, se encuentra en fase de revisión. En los últimos años, se viene imponiendo el esquema de Verbrugge En el mismo, por Patología se entiende la alteración fisiológica o las consecuencias de lesiones que alteran el funcionamiento normal del organismo. Impedimento serían las repercusiones que ello tiene a nivel de los órganos y sistemas; las alteraciones en el sistema muscular (fuerza, elasticidad), cardiovascular (capacidad aeróbica), respiratorio (volúmenes pulmonares) o Sistema Nervioso Central (rendimiento cognitivo).

Por Limitaciones Funcionales se entienden las mermas que se producen en el rendimiento en tareas que usamos habitualmente, como levantarse de una silla, caminar, mantener equilibrio o subir escaleras. Por último, discapacidad sería la situación en la que no es posible realizar sin dificultad determinadas acciones cotidianas.

Dominios de la actividad humana

De socialización y responsabilidad

- Actividades de ocio y tiempo libre
- Actividades religiosas
- Actividades de socialización
- Actividad física y deportes
- Cuidado de otros
- Trabajo y encargos
- Transporte y viajes

Actividades Instrumentales

- Compra
- Hacer comida
- Limpieza doméstica
- Manejo de las finanzas cotidianas
- Uso del teléfono
- Faenas domésticas

3.- Actividades Básicas

- Baño
- Vestido
- Cuidado personal
- Uso del WC
- Comer
- Transferencias

IMPORTANCIA DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

La dificultad o imposibilidad para llevar a cabo las acciones de los dominios de la actividad humana son un parámetro de salud, y como tal, descriptor de resultados evolutivos relevantes: a) Mortalidad. El riesgo de mortalidad se eleva conforme vamos avanzando en el grado de discapacidad. b) Consumo de recursos. La frecuentación hospitalaria, bien en número de ingresos, o bien en estancia media y número de reingresos, las visitas al médico o la utilización de fármacos, se pueden poner en relación con el grado de discapacidad. c) Institucionalización. En los trabajos llevados a cabo, fundamentalmente en EEUU, el riesgo de utilizar una residencia se vé notablemente incrementado al ir ascendiendo en el deterioro funcional. d) Utilización de recursos sociales. Los costos del cuidado personal y de ayuda doméstica para individuos mayores de 75 años aumentan conforme aumenta el nivel de dependencia. e) Futura discapacidad. La discapacidad es un estado dinámico que permite todas las variantes. Puede mejorar y resolverse, mantenerse estable en el tiempo, o empeorar. Las posibilidades de mejora disminuyen en función de la edad, aunque nunca desaparecen por completo, incluso en edades muy avanzadas. Al margen de estas dos cualidades, calidad de vida y predictor de resultados, - que ha hecho que la evaluación de la capacidad funcional (función física y cognitiva en concreto) sea recomendada tanto por el American College of Physicians, la Canadian TaskForce y la U.S. PreventiveServicesTaskForce, tiene una tercera, como es la de permitir la gestión de casos. Al realizar un conteo del grado de dependencia de un sujeto, estamos de una manera directa valorando las necesidades de cuidados que este tiene. De la misma manera, al estudiar el grado de deterioro sufrido por una persona en el tiempo, podemos medir indirectamente **la calidad de los cuidados prestados**. Por ello, se han construido instrumentos que, basados en buena parte en la capacidad funcional, son capaces de agrupar a sujetos con similares necesidades y que consumen también similares cantidades de recursos. Además, estos mismos instrumentos pueden ser utilizados como soportes del control de calidad de los cuidados prestados.

Es claro que **existen infinidades de recursos para atender estas situaciones como también los instrumentos para su evaluación** según requiera cada caso.

Son claras las patologías que pueda manifestar una persona de madurez biológica, en que su vida se ha encauzado bajo las condiciones dadas hasta aquí, inciertamente diagnosticadas y tratadas, a pesar de una marcada **resiliencia**. En tal motivo estimo oportuno y más que necesario contemplar desde ahora mismotodo lo que en su figura humana abarque, contemple y considere a los campos vinculados con el envejecimiento, tales como la psicología, la sociología, la demografía, el derecho, la administración, la medicina, el derecho internacional; y todas sus implicaciones psicosociales, etc.

La propuesta que traigo, ya es conocida pero nunca había sido informada a quien “*correspondiese*” mediante redacción. En varias oportunidades, desde el mes **Octubre de 2023** le he reiterado a **Mario** sobre la propuesta encuestión; al día de hoy, nunca hubo **una** acción concreta o específica en lo pretendido. Dado en que en diferentes circunstancias la Abuela me anotició que ponía recursos económicos en poder de su hijo mayor con el objeto que, cuando por cuestiones adversas a su salud o asistencia especial, se requiera, él logre sustentar los gastos

que impliquen; fue el motivo de dirigirme reiteradas veces hacia él para explicarle la necesidad imperiosa que hay de entre tantas contratar a un asistente o a alguien para que la incentive a caminar por ejemplo mencionaba, evidentemente, desconozco el motivo, fuese negligencia, omisión u error, la realidad muestra los hechos, a éste móvil los recursos y la atención no han sido volcados.

En concreto, el plan de acción no es muy diferente al viejo **programa “C.U.I.D.A.R” (CUIDADO UNICO INTEGRAL DE ABUELOS RESIDENTES- 23/10/2022)**(fs. 103), frustrado por un negligente-llamado telefónico infortuito como advertencia...; “De aquellas lluvias, estas tempestades....”.

Objetivos URGENTES

- 1 - Arbitrar las medidas correspondientes en las áreas que fuesen necesarias a fin de lograr recuperar ritmo y ciclo CICARDIANO a la brevedad posible. (SE LOGRA CON UNA INDICACIÓN MEDICA SEA POR INGENSTA DE PSICOTRÓPICOS O DER. MELATONIA EN CONJUNTO CON ACTIVIDADES FÍSICAS, RECREATIVO, ESFUERZO CAMBIO DE HÁBITOS PARA EL DIA DE RECUPERACIÓN Y COMBINACIONES DE ESTAS. O EL PLAN QUE EL PROFESIONAL SUGIERA.**
- 2 – Coordinar actividades de inclusión y/o participativas y de rehabilitación fisioterapéuticas.**
- 3 –Establecer cronograma de visitas asistenciales (kinesiólogo, asistente, psicólogo, médicos, tratamientos etc.)**
- 4 – Establecer plan alimentario de ingesta de emergencia. Nutricionista. Suplementaciones alimenticias, vitaminas y minerales.**
- 5 – Revisión de tratamientos. Psiquiátrico, psicológico, Clínico. Datos.**
- 6 – Informe periódico ambiental, desarrollo estadístico.**
- 7 – Participación activa en cuestión social de su interés, visitas recreación, acompañamiento – INTEGRACIÓN**
- 8 – Procurar su AUTORREALIZACIÓN.**
- 9 – DIGNIDAD – Trátase libre de MALOS TRATOS FÍSICOS, MENTALES O INJUSTAMENTE DECISIVOS ARBITRARIOS**
- 10 – INDEPENDENCIA – apoyo de su familia y de la comunidad y su propia autosuficiencia.
Posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a la evolución de sus capacidades.**
- 11 – INFORMACIÓN RÁPIDA Y CLARA. CONSIÓN INMEDIATA DE SITUACIONES, INFORMES, ESTUDIOS, TRATAMIENTOS POR ESPEPECIALIDAD CUADROS ESTADÍSTICOS PRECISOS, AVANCES E INFORMES DE SU TRATAMIENTO Y ASISTENCIA PARA CUALQUIERA DE SUS FAMILIARES QUE REQUIERA. ADQUIERASE MEDIO IDONEO Y EFICAZ A FIN DE GARANTIZAR UNA COMUNICACIÓN TRANSPARENTE Y ACTUALIZADA AL MENOS DE 24 HS DE CUALQUIER DATO RELEVANTE QUE IMPLIQUE REGISTRO.**

En cuanto a las formas y modos de comunicar las decisiones, novedades, información y pautas que hasta aquí se han producido con respecto al control, tratamiento y asistencia de mi Abuela, quedó más que evidente que fueron todas ineficaces, confusas y fuera de termino a fin de informar de modo claro conciso y oportuno.

Entre los ítems de URGENCIA mencionados arriba podemos incluir cuantos más se estimen con dicho rigor.

Se ha dicho que para cumplir plenamente el destino biológico, todo ciclo vital humano debe pasar por cinco crisis fundamentales: el nacimiento, la madurez, la reproducción, la vejez y la muerte; por eso ninguna cultura humana ignora por completo estos períodos críticos. La diferencia reside en el grado de intensidad con que afronta a cada uno de ellos. Así el hombre paleolítico tenía muy pocas posibilidades de llegar a la ancianidad; se lo impedían las

carencias alimenticias, la enfermedad, la caza, la falta de protección frente a rigores climáticos, etc.; en efecto, los fragmentos de esqueletos más antiguos que se han encontrado pertenecen a individuos que no sobrepasaban los treinta años; en consecuencia la vejez en aquel entonces no debe haber sido uno de los problemas más difíciles de afrontar.

Tal vez, pensar que la toma de alguna decisión, ante cierta situación que se suponga por mera apreciación y/o apreciación personal es lo correcto, a veces nos equivocamos por dar por estimar oportuno nuestra visión de conceptos que estimamos oportunos y que hemos adquirido como valederos, suelen ser engañosos, llevándonos, tarde o temprano y sin saberlo a una incurrencia extremadamente grave. Aquí es donde entra en juego el desarrollo moral, a mi entender, es el proceso de construcción de valores y pautas de conductas referentes a la consideración de las demás personas como real o potencialmente iguales a nosotros, más o menos necesitadas de nuestra ayuda según su situación, más o menos dignas de valoración según sus comportamientos y de quienes se puede exigir más o menos según sus capacidades posiciones personales.

Según el psicólogo estadounidense Lawrence Kohlberg, a partir de los estudios de Jean Piaget sobre el desarrollo de la moral en los niños, investigó desde una visión constructivista la evolución moral a lo largo de toda la vida de una persona. Sus estudios, mayoritariamente hechos en la Universidad de Harvard y repetidos en Gran Bretaña, México (comunidad maya), Taiwán y Turquía (grupo atayal) le condujeron a formular etapas del desarrollo moral que —según sus análisis en diferentes localidades urbanas o rurales y países— se suceden en orden invariable. Para sus estudios Kohlberg tuvo en cuenta la presencia de algunos de los siguientes 25 aspectos en las evaluaciones racionales de dilemas morales hechas por los entrevistados (Kohlberg SS, pp. 378-379).

I. Valores: modos de atribuir valor moral a las acciones y a sus consecuencias y de evaluar moralmente a sus protagonistas.

1. Consideración de los motivos de las acciones.
2. Consideración de las consecuencias de las acciones.
3. Subjetividad versus objetividad de los valores evaluados.
4. Relación entre las obligaciones y los deseos.
5. Identificación con los protagonistas de las acciones.
6. Influencia del estatus social de los protagonistas.

II. Elecciones: maneras de identificar la toma de conciencia de la presencia de conflictos morales.

7. Limitación de la responsabilidad de los actores mediante su atribución a otros.
8. Uso de discusiones y compromisos poco realistas.
- o 9. Deformación de las acciones para hacerlas aparecer como

Beneficiosas para los actores.

III. Sanciones y motivos: motivos dominantes y sanciones para las violaciones morales.

10. Castigos o reacciones de rechazo.
11. Ruptura de relaciones personales.
12. Preocupación por el beneficio o el bienestar del otro.

13. Autocondena.

IV. Reglas: forma de conceptualización, aplicación y generalización de las reglas morales.

14. Identificación explícita y específica de las acciones inmorales.

15. Uso de reglas generales coherentes.

16. Aplicación sesgada de las reglas (favoritismo).

V. Derechos y autoridad: fundamentación y límites del control social de las personas y sus bienes.

17. Atribución de imparcialidad y objetividad a la autoridad.

18. Límites de la autoridad y de la libertad individual.

19. Derechos de posesión y propiedad.

VI. Justicia reparadora: reciprocidad e igualdad.

20. Aceptación de roles por razones de intercambio y retribución.

21. Violación de reglas por razones de retribución (por ejemplo, venganza).

22. Justicia distributiva, igualdad e imparcialidad.

23. Aceptación de normas por respeto a las expectativas ajenas.

VII. Justicia punitiva: reglas y funciones del castigo.

24. Expectativas o tendencias punitivas.

25. Funciones y propósitos del castigo.

En base a esos aspectos Kohlberg determina las siguientes etapas del desarrollo moral:

Nivel 1. Preconvencional o premoral. Los valores morales provienen de reglas y categorizaciones hechas por personas con poder, como los padres o autoridades, y son aceptados sólo por las consecuencias positivas o negativas que tienen su aceptación o violación. Estos valores se asocian casi exclusivamente con comportamientos respecto de o conocidos por otras personas.

Etapas 1. De obediencia a la autoridad (los poseedores de la fuerza y el prestigio). Evasión del castigo o del conflicto. La responsabilidad es concreta.

Etapas 2. Egocéntrica. Los comportamientos correctos son los capaces de satisfacer en primer lugar las necesidades propias y ocasionalmente la de otros si generan intercambio o reciprocidad. Los valores son relativos, dependientes de las necesidades y puntos de vista individuales.

Nivel 2. Convencional o de aceptación de roles. Los valores morales se centran en la aceptación de roles asignados, de respeto al orden tradicional percibido y de la satisfacción de las expectativas manifiestas de los pares sociales.

Etapas 3. De la chica buena o el chico bueno. Búsqueda de la aprobación mediante la satisfacción de los deseos o expectativas de otros.

Aceptación de estereotipos haciendo lo que se espera de uno. Las acciones se evalúan en base a las intenciones, no a sus resultados.

Etapa 4. De respeto a la autoridad y al orden social. Se hace lo que se debe hacer; sin cuestionar las razones, por respeto a las reglas establecidas, ya no por ser bueno o satisfacer impulsos naturales.

Nivel 3. Posconvencional o autorregulada. El comportamiento moral se define en base a su conformidad con normas, principios, derechos y obligaciones libremente asumidas, no impuestas por la autoridad. Los valores y su prelación se establecen en base a la reflexión y evaluación de lo que está bien o mal hacer, no en base a las intenciones sino a las consecuencias de los actos.

Etapa 5: Contractual o legalista. Lo que es correcto o incorrecto se define en términos de leyes o reglas institucionalizadas de (aparente) base racional. Cuando hay conflictos entre las necesidades individuales y las normas establecidas, prevalecen las segundas porque (supuestamente) favorecen a la mayoría de las personas.

Etapa 6: Principios individuales. En caso de conflicto con las leyes o normas establecidas prevalecen las convicciones personales de lo que está bien o mal. Los principios involucran tanto universalidad de aplicación como consistencia lógica. La acción está más gobernada por las convicciones y los ideales que por la aprobación o desaprobación de terceros, incluyendo las autoridades de cualquier tipo. La falta de cumplimiento de los propios principios genera sentimientos de culpa.

Con lo antedicho no traigo una clase de moral ni mucho menos, sino tratar de reflejar ciertos principios básicos que rigen en la vida aunque pasen desapercibidos. De igual modo no se pretende traer a examen que derechos pesan más para quien procure ser tutor, determinen capacidad jurídica y/o brinden sistema de apoyo. Sino en primer lugar y ante todo, si se quiere llevar a derecho, primero deberían estar presentes los de quien aquí nos ocupa.

Estimo que se encuentre oportuno tomar acción considerando los apartados "OBJETIVOS" (pag.5), en principio el apartado 1 considerando que no se trata de un adolescente que está unos días sin dormir, sino entendiendo la cuestión de fondo. Para ello puede ser oportuno ya disponer de un "asistente terapéutico" a fin de comenzar actividades físicas, por ejemplo caminar, charlar, levantar brazos, rutina, etc. Coordinando el esfuerzo físico, las horas de sueño nocturnas, las esperadas, las logradas con la actividad del AT y si existiere con las que haya rutinarias del hospedaje.

Así comenzar a evaluar cronológicamente el ciclo **CICARDIANO** coordinando la dosis del psicotrópico y/o medicamento a fines al objetivo como los derivados de melatonina no psicotrópicos ni expedidos bajo receta archivada que el profesional responsable amerite conveniente en función de sus logros y empezar a revertir lo antes posible el daño que viene sufriendo hace meses, a fin de llegar a estabilizar en cierto orden vectores cognitivos y psicosomáticos. **Este paso 1 inmediato es mi humilde sugerencia coherente para tomar acción sin seguir robándole vida y tiempo a fin de revertir lo primero que la está destruyendo más rápido que un cáncer, la falta de descanso y la medicación sin receta.** RECUERDO QUE ES FACTIBLE CONSULTAR AL DR. REYES, MEDICO PSIQUIATRA DE EXELENTE SIMILARES REFERENCIAS Y PROFESIONALISMO.-

Concuerdo en que, tal vez sea necesaria la administración de estos psicotrópicos pero estamos tratando a un paciente que debe tener un tratamiento psiquiátrico justo ordenado controlado y eficiente, aquí con un diagnóstico atrasado (3 meses), administración de medicamentos sin prescripción y sin control seguimiento médico profesional. ¿Se toma dimensión de la gravedad de estas omisiones? ¿Se entiende, seguramente sin intención, el daño que se provoca?, Hay toneladas de libros que explican muy bien estas cuestiones cuando cada minuto y acción es fundamental y cuesta vida. Y desmienten cualquier burrada como que un avance psicopatológico sería un agravante como si no se pudieran tomar medidas preventivas y correctivas a fin de atenuar cualquiera de las cuestiones propias de la vejez; tal como si se tratara de ir a ponerle la inyección todos los días a un caballo y listo, con la indicación de un veterinario que encima de bruto, nunca más la trato en 5 meses!, la verdad es aberrante, como pensar que ya está.... Total ya vivió. Por favor!

Hay que dejar a un lado las creencias, posturas y apreciaciones personales poco profesionales como el negacionismo y el afán de hacer y deshacer experimentos humanos con actitudes advenedizas, para así, darse lugar a entender que esta situación no tiene exclusividad de representantes, salvo estar

confundido, es por ello que se debe percibir esto, actuar y tomar las acciones correspondientes; para el necio la realidad se impondrá, después, para todo será tarde.

Aprovecho la oportunidad para aclarar términos en los que se han pronunciado hacia mi persona en función de las relaciones pertinentes definiendo,

Primero que La Carta poder es un documento emitido por la **Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES)**, que permite a quien lo desee designar a un apoderado para que solicite turnos, inicie trámites y cobre los haberes correspondientes en lugar del titular. Aquí el rol se denomina “apoderado” aunque se auto-perciban tutores las facultades de este son las antes mencionadas.

Segundo. Las facultades extraordinarias de un TUTOR surgen normadas en función de la ejecución de los **arts. 627 del C.P.C.C. Y 38 del Código Civil y Comercial**, en realidad no son las facultades del tutor las relevantes sino que de la capacidad jurídica y marco jurídico aplicable a la determinación de la capacidad jurídica de una persona mayor resulte. Todo ello, después de un largo juicio, aparece un tutor con las características extraordinarias como las que se ostentan, siempre y cuando el tribunal falle en favor de la supuesta insania/inhabilitación.

Poco importa lo anterior, en cuanto lo que acá vengo a solicitar pero vale aclararlo.-

Es mi obligación solicitarle urgente una morigeración favorable mediante acciones inmediatas por el resguardo de integridad física psíquica y moral, a quien ha tomado las decisiones que aquí en resumen nos ha traído, como a quien fuese que a cargode tomar las mismas se encuentre con tales facultades las presuma, obste o carezca de tales, le informo que no son meras apreciaciones personales propias de mi parecer, **sino optar por la NO ACCIÓN ESTARIA CONTINUANDO EL CERCENAMIENTO DE DERECHOS QUE A ESTA SEÑORA LE CORRESPONDEN por su vida y por lo que a su salud la están induciendo** según órganos nacionales e internacionales así, al parecer coinciden con lo aquí reclamado, a continuación unos breves extractos de las normativas actuales: **LEY DE SALUD MENTAL DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD MENTAL Y DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS. LEY 26.657 arts. 1 y 2. - ARTICULO 3º** — En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas.

EN NINGÚN CASO PUEDE HACERSE DIAGNÓSTICO EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL SOBRE LA BASE EXCLUSIVA DE:

a) Status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso;

b) DEMANDAS FAMILIARES, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalencias en la comunidad donde vive la persona;

c) Elección identidad sexual;

d) LA MERA EXISTENCIA DE ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO U HOSPITALIZACIÓN

b) **ARTICULO 7º** — El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos:

c) a) **Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada**, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud;

- d) b) **Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia;**
- e) c) **Derecho a recibir una ATENCIÓN BASADA EN FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS AJUSTADOS A PRINCIPIOS ÉTICOS;**
- f) **d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria;**
- g) e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe;
- h) f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso;
- i) **g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar, o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas;**
- j) h) Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión;
- k) i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado;
- l) j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales;
- m) **k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades;**
- n) l) Derecho a **recibir un tratamiento personalizado** en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación;
- o) m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas **ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente;**
- p) **n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable;**
- q) o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados;
- r) p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

LEY 12.569 VIOLENCIA FAMILIAR art. 1; art. 2; art. 4; art.7 inc. B, E, F,H; art. 8; art. 9; art. 16.

DERECHOS HUMANOS INTERNACIONALES:

CONVENCIÓN INTERAMERICANA SOBRE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES.-

art. 1 COMPLETO.

art. 2

“Abandono”: La falta de acción deliberada o no para atender de manera integral las necesidades de una persona mayor que ponga en peligro su vida o su integridad física, psíquica o moral.

“Cuidados paliativos”: La atención y **cuidado activo, integral e interdisciplinario de pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo o sufren dolores evitables**, a fin de mejorar su calidad de vida hasta el fin de sus días. Implica una atención primordial al control del dolor, de otros síntomas y de los problemas sociales, psicológicos y espirituales de la persona mayor. Abarcan al paciente, su entorno y su familia. **Afirman la**

vida y consideran la muerte como un proceso normal; **no la aceleran** ni retrasan.

“Discriminación”: Cualquier distinción, exclusión, restricción que tenga como objetivo o efecto anular o restringir el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones de los derechos humanos y las libertades fundamentales en la esfera política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública y privada.

“Discriminación múltiple”: Cualquier distinción, exclusión o **restricción hacia la persona** mayor fundada en dos o más factores de discriminación.

“Discriminación por edad en la vejez”: Cualquier distinción, exclusión o restricción basada en la edad que tenga como objetivo o efecto anular o restringir el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones de los derechos humanos y libertades fundamentales en la esfera política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública y privada.

“Envejecimiento”: Proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psico-sociales y funcionales de variadas consecuencias, las cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio.

“Envejecimiento activo y saludable”: Proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, mental y social, de participar en actividades sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, y de contar con protección, seguridad y atención, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida de todos los individuos en la vejez, y permitirles así seguir contribuyendo activamente a sus familias, amigos, comunidades y naciones. El concepto de envejecimiento activo y saludable se aplica tanto a individuos como a grupos de población.

“Maltrato”: Acción u omisión, única o repetida, contra una persona mayor que produce daño a su integridad física, psíquica y moral y que vulnera el goce o ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales, independientemente de que ocurra en una relación de confianza.

“Negligencia”: Error involuntario o falta no deliberada, incluido entre otros, el descuido, omisión, desamparo e indefensión que **le causa un daño** o sufrimiento a una persona mayor, tanto en el ámbito público como privado, cuando no se hayan tomado las precauciones normales necesarias de conformidad con las circunstancias.

“Persona mayor”: Aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años. Este concepto incluye, entre otros, el de persona adulta mayor.

“Persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo”: Aquella que reside temporal o permanentemente en un establecimiento regulado sea público, privado o mixto, en el que recibe servicios socio-sanitarios integrales de calidad, incluidas las residencias de larga estadía, que brindan estos servicios de atención por tiempo prolongado a la persona mayor, con dependencia moderada o severa que no pueda recibir cuidados en su domicilio.

“Servicios socio-sanitarios integrados”: Beneficios y prestaciones institucionales para

responder a las necesidades de tipo sanitario y social de la persona mayor, con el objetivo de *garantizar su dignidad y bienestar y promover su independencia y autonomía*.

“Unidad doméstica u hogar”: El grupo de personas que viven en una misma vivienda, comparten las comidas principales y atienden en común las necesidades básicas, sin que sea necesario que existan lazos de parentesco entre ellos.

“Vejez”: Construcción social de la última etapa del curso de vida.

Art. 6; art. 7; art. 8; art. 9; art. 10; art. 11;

Artículo 12 Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo

La persona mayor tiene derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía. Los Estados Parte deberán diseñar medidas de apoyo a las familias y cuidadores mediante la introducción de servicios para quienes realizan la actividad de cuidado de la persona mayor, teniendo en cuenta las necesidades de todas las familias y otras formas de cuidados, así como la plena participación de la persona mayor, respetándose su opinión. Los Estados Parte deberán adoptar medidas tendientes a desarrollar un sistema integral de cuidados que tenga especialmente en cuenta la perspectiva de género y el respeto a la dignidad e integridad física y mental de la persona mayor. Para garantizar a la persona mayor el goce efectivo de sus derechos humanos en los servicios de cuidado a largo plazo, los Estados Parte se comprometen a: a) Establecer mecanismos para asegurar que el inicio y término de servicios de cuidado de largo plazo estén sujetos a la manifestación de la voluntad libre y expresa de la persona mayor. b) Promover que dichos servicios cuenten con personal especializado que pueda ofrecer una atención adecuada e integral y prevenir acciones o prácticas que puedan producir daño o agravar la condición existente. c) Establecer un marco regulatorio adecuado para el funcionamiento de los servicios de cuidado a largo plazo que permita evaluar y supervisar la situación de la persona mayor, incluyendo la adopción de medidas para: i. Garantizar el acceso de la persona mayor a la información, en particular a sus expedientes personales, ya sean físicos o digitales, y promover el acceso a los distintos medios de comunicación e información, incluidas las redes sociales, así como informar a la persona mayor sobre sus derechos y sobre el marco jurídico y protocolos que rigen los servicios de cuidado a largo plazo. ii. Prevenir injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, familia, hogar o unidad doméstica, o cualquier otro ámbito en el que se desenvuelvan, así como en su correspondencia o cualquier otro tipo de comunicación. iii. Promover la interacción familiar y social de la persona mayor, teniendo en cuenta a todas las familias y sus relaciones afectivas. iv. Proteger la seguridad personal y el ejercicio de la libertad y movilidad de la persona mayor. v. Proteger la integridad de la persona mayor y su privacidad e intimidad en las actividades que desarrolle, particularmente en los actos de higiene personal. d) Establecer la legislación necesaria, conforme a los mecanismos nacionales, para que los responsables y el personal de servicios de cuidado a largo plazo respondan administrativa, civil y/o penalmente por los actos que practiquen en detrimento de la persona mayor, según corresponda. e) Adoptar medidas adecuadas, cuando corresponda, para que la persona mayor que se encuentre recibiendo servicios de cuidado a largo plazo cuenta con servicios de cuidados paliativos que abarquen al paciente, su entorno y su familia.

Artículo 13 Derecho a la libertad personal; **Artículo 14** Derecho a la libertad de expresión y de opinión y al acceso a la información; **Artículo 15** Derecho a la nacionalidad y a la libertad de circulación; **Artículo 16** Derecho a la privacidad y a la intimidad; **Artículo 17** Derecho a la seguridad social; **Artículo 19** **Derecho** a la salud La persona mayor tiene derecho a su salud física y mental, sin ningún tipo de discriminación.; **Artículo 21** Derecho a la cultura; **Artículo 22** Derecho a la recreación, al esparcimiento y al deporte; **Artículo 23** Derecho a la propiedad; **Artículo 24** Derecho a la vivienda; **Artículo 25** Derecho a un medio ambiente sano; **Artículo 26** Derecho a la accesibilidad y a la movilidad personal;

Artículo 27 Derechos políticos; **Artículo 28** Derecho de reunión y de asociación; **Artículo 30** Igual reconocimiento como persona ante la ley; **Artículo 31** Acceso a la justicia;

CESE DE INMEDIATO DAÑOS Y PERJUICIOS. ESTA PETICIÓN ES URGENTE PÚBLICA Y EN VOZ ALTA.

Ante la gravedad de la situación SOLICITO ARBITRAR LOS MEDIOS NECESARIOS PARA QUE SE TOMEN ACCIONES DE CONTROL TRATAMIENTO Y ASISTENCIA, CONCRETAS, URGENTES Y DE INMEDIATO.

Quedo atento a la toma de acción en estos sentidos y por supuesto a escuchar cualquier propuesta superadora como también así en virtud de la celeridad que se debe adoptar para lograr los objetivos, **estimo oportuno esperar 24 hs para conocer el tratamiento, el médico, propuesta nutricional de vitaminas y minerales, de suplementos, de cuidado higiene y belleza personal, de asistente terapéutico o persona para las actividades, kinesiólogo por masajes o por su dolencia en hombro izquierdo tratada a lo veterinario y demás ítems todo ello bajo apercibimiento ante la omisión de lo aquí propuesto se presentará copia de la misma petición ante la máxima autoridad competente** a fin de encausar un entendimiento en las cuestiones decisivas sobre el control, tratamiento y asistencia que recibe mi querida abuela.

Sin más, aprovecho para enviar un saludo cordial.

DIOS PROVEERÁ JUSTICIA.-

AGUSTIN DEL ARCO
D.N.I.: 34.763.664