

CAPÍTULO 5

ENFERMERÍA GERONTO- GERIÁTRICA: CONCEPTO, PRINCIPIOS Y CAMPO DE ACTUACIÓN

ANNA BONAFONT CASTILLO

Enfermera

Directora E.U. Ciencias de la Salud.

Universidad de Vic

CINTA SADURNÍ BASSOLS

Enfermera

Jefe de Estudios E.U. Ciencias de la Salud

Universidad de Vic

CAPITULO 5

ENFERMERÍA GERONTO-GERIÁTRICA

El incremento de la longevidad en los países más desarrollados ha dejado de ser una utopía para convertirse en una realidad. La enfermería **geronto-geriátrica** contribuye a los cuidados de salud de la población fundamentalmente para conseguir que la última etapa de la vida sea vivida de forma óptima, asegurando la satisfacción de las necesidades y el máximo nivel de independencia posible de las personas que envejecen. Y cuando la muerte es ya un proceso inevitable, acompañarlos a una muerte digna.

1.1. CUESTIONES DE TERMINOLOGÍA: ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA O ENFERMERÍA GERIÁTRICA

En general, los términos Enfermería Gerontológica y Enfermería Geriátrica se utilizan para designar la especialización profesional en los cuidados dirigidos a las personas ancianas.

Aunque hasta hace unos años se hablaba únicamente de Enfermería Geriátrica, actualmente este término suele sustituirse o simultanearse con el de Enfermería Gerontológica. Algunos sectores de la profesión consideran que este último se ajusta mucho mejor a la orientación de los cuidados que se prodigan a los ancianos.

Mientras que la Geriátrica es una especialidad médica, la **Gerontología** puede considerarse una *especialidad pluridisciplinar* que, en virtud de la especificidad de cada disciplina, pretende integrar los conocimientos sobre los diferentes factores que inciden en el proceso de envejecimiento humano para aumentar la comprensión de la persona que envejece y mejorar sus condiciones de vida.

Así pues, podemos afirmar que no existe unanimidad en la denominación de la especialidad, por el contrario observamos tres tendencias en la utilización de los términos:

1. Enfermería Geriátrica como único término para designar los cuidados especializados a los ancianos.
2. Enfermería Gerontológica para designar los cuidados preventivos y de promoción de la salud de las personas que envejecen. Por su parte, Enfermería Geriátrica se refiere a los cuidados dirigidos a personas ancianas enfermas o institucionalizadas.
3. Enfermería Gerontológica como único término para designar los cuidados especializados a los ancianos.

En este capítulo utilizaremos las expresiones Enfermería Gerontológica o cuidados gerontológicos para referirnos a la atención de enfermería especializada.

1.2. CONCEPTO DE ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA

Se considera que la enfermería es un servicio a la comunidad en todas las edades de la vida, y se especializa en los cuidados a las personas que envejecen, indistintamente de su edad y situación de salud, con el fin de conseguir que el paso del final de la etapa adulta a la vejez y el discurrir de los últimos años de la vida se lleve a cabo en las mejores condiciones de salud posibles, incrementando los conocimientos, las habilidades y la motivación de la persona para afrontar los cambios físicos y psicosociales que aparecen durante el proceso de envejecimiento.

La Enfermería Gerontológica es una especialidad que se ocupa de la valoración de las necesidades de las personas ancianas, de la planificación y la administración de los cuidados para satisfacer sus necesidades, así como de la evaluación de la eficacia de dichos cuidados en el logro y el mantenimiento de un nivel de bienestar acorde con las limitaciones impuestas por el proceso de envejecimiento.

1.3. FUNDAMENTOS DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

La vejez es una etapa de la vida sobre la que existe una visión estereotipada y numerosos prejuicios que pueden condicionar las actitudes de las enfermeras y el tipo de cuidados que se prodigan a las personas ancianas. En este apartado veremos algunos de los fundamentos en los que se basa la atención gerontológica.

“LAS PERSONAS ANCIANAS CONSTITUYEN UN GRUPO DE POBLACIÓN HETEROGÉNERO”

Habitualmente se habla de los ancianos como si éstos constituyeran un grupo homogéneo de la población que viven situaciones comunes de dependencia, de soledad y de desarraigo. Se trata sin duda de una visión estereotipada de la vejez; en realidad la vejez es una etapa muy amplia del ciclo vital que puede representar hasta una tercera parte de la vida de un individuo.

Cuando nos referimos a la vejez, ésta incluye personas de diferentes generaciones que han vivido circunstancias socioculturales e históricas muy distintas. Por otra parte, también podemos hacer una distinción entre lo que sería el final de la etapa adulta y la transición a la vejez. Algunos autores nombran esta etapa como “jóvenes-ancianos”, y a la vejez propiamente dicha la designan como “ancianos-ancianos”. Esta distinción tiene importancia para establecer programas específicos de prevención y de promoción de la salud para cada grupo.

“LA MANERA DE PERCIBIR Y DE AFRONTAR EL PROPIO ENVEJECIMIENTO TIENE SIGNIFICADOS DISTINTOS PARA CADA PERSONA”

La enfermera basa su contribución social en la promoción de la independencia en la satisfacción de las necesidades de cada persona y en la concepción bio-psico-social de la persona. La complejidad de cada individuo radica en cada una de estas dimensiones, pero sobre todo en su interrelación. La globalidad no es meramente la suma de sus partes, sino el resultado de un único ordenamiento y de una única interrelación de las partes. Éste constituye el principio fundamental de los cuidados individualizados.

Los cambios biológicos del envejecimiento primario y su repercusión en las capacidades funcionales, las tensiones psicosociales externas e internas propias de esta etapa exigen un esfuerzo de adaptación por parte de la persona que ha de buscar nuevas formas de enfrentarse a estas dificultades.

La vejez forma parte de ese continuo que es toda una vida, y es el resultado de los cambios, los aprendizajes y la experiencia, etc. que la persona ha ido acumulando a lo largo de las diferentes etapas evolutivas. Estas experiencias configuran un bagaje vital que adquiere significaciones particulares para cada uno cuando llega la vejez. Hay tantas maneras de vivir la vejez como individuos existen.

Obtener datos significativos de la historia de vida del anciano nos ayuda a comprender mejor su situación actual y, como veremos más adelante, nos permite utilizar la **reminiscencia**, o los recuerdos, en el marco de una relación terapéutica.

Si bien podemos afirmar que hay necesidades que son comunes a todas las personas, la forma de satisfacerlas es particular y específica para cada individuo.

“ LAS PERSONAS ANCIANAS UTILIZAN SUS CAPACIDADES Y RECURSOS PARA ADAPTARSE A SU ENVEJECIMIENTO”

Las personas son capaces de adaptarse y de aprender nuevos comportamientos o formas de vida incluso cuando la fragilidad hace mella en ellos.

Los cuidados a los ancianos han de ir dirigidos a reforzar los recursos personales (capacidades, conocimientos y/o motivación) para que cada persona pueda satisfacer por sí misma sus necesidades, o por el contrario aceptar la ayuda de su entorno para poder satisfacerlas.

Las personas ancianas tienen derecho a participar en las decisiones que les afectan para poder mantener y mejorar su bienestar.

“LA VEJEZ ES TAMBIÉN UNA ETAPA DE CRECIMIENTO Y DE MADURACIÓN”

Desde una filosofía humanista la vida representa un proceso de crecimiento y de maduración. Según Erikson el desarrollo y la maduración de la persona tiene lugar a lo largo de toda su vida. Este autor divide el ciclo vital en ocho etapas, en función de las variables psicosociales más características de cada una de ellas. Estas variables pueden provocar tensiones específicas que la persona ha de resolver. Si la resolución es positiva, la persona aumenta su capacidad de afrontar nuevas crisis.

En la figura 1 hemos dividido la vejez en dos etapas, la primera corresponde al final de la etapa adulta y la entrada progresiva a la vejez, la segunda corresponde a la vejez propiamente dicha. En cada una de ellas hemos señalado las tareas de desarrollo que la persona ha de llevar a cabo para adaptarse a las tensiones específicas.

Final de la edad adulta. Entrada progresiva a la vejez (65-75 años)

Adaptarse a la pérdida de autonomía, utilizando los recursos internos o aceptando la ayuda necesaria del exterior.

Reorganizar satisfactoriamente la propia vida, diversificando, conservando o descubriendo centros de interés.

Organizar el entorno en función de las propias capacidades.

Valorar la propia experiencia y hacer uso de ella.

Aceptar la pérdida del cónyuge, amigos...

Adaptarse a las nuevas relaciones familiares y roles parentales.

Mantener un sentido de integridad moral frente a las decepciones de la vida.

Ampliar, conservar o establecer relaciones satisfactorias.

Prepararse para el final de la vida.

Adaptarse al progresivo envejecimiento del propio cuerpo y enlentecimiento de las respuestas físicas e intelectuales.

Preservar la propia identidad y autoestima.

Transmitir la propia experiencia y los conocimientos a las nuevas generaciones.

Vejez

(> 76 años)

Adaptarse a la progresiva pérdida de energía.

Dar sentido a la experiencia vivida.

Mantener vínculos de relación.

Mantener y/o seleccionar actividades satisfactorias según el estado de salud, los intereses personales.

Figura 1. Tareas de desarrollo durante la vejez

En la etapa de la vejez, la resolución positiva de la crisis madurativa permite una experiencia de *integridad*. Según Erikson, significa la aceptación de un ciclo vital único y propio. Consiste en reconocer la propia fuerza, a pesar de la propia debilidad. Con la experiencia de integridad la persona se apoya en un gran respeto a sí misma que le permite afrontar y adaptarse a nuevas situaciones, conservando la propia identidad y la valoración de sí mismo. Predomina una actitud de que vale la pena el esfuerzo de vivir, el compromiso con la propia vida y el interés por resolver las dificultades que se presentan. La persona muestra un comportamiento de serenidad, de optimismo, conserva su sentido del humor y cree en su propio valor y en su responsabilidad ante la propia vida.

Cuando la integridad no se consigue o se pierde, aparece un estado que Erikson denomina *desesperación*, éste expresa el sentimiento que el tiempo es limitado, que es demasiado tarde para cambiar. Predomina el desánimo, el desinterés y el temor a la muerte, y también una actitud de que no merece la pena vivir. Las dificultades se perciben como amenazas ante la resolución de las cuales se siente impotente.

La persona manifiesta ansiedad, pesimismo, irritación, tiene la impresión de estar dominado por un ambiente hostil, y en definitiva predomina un sentimiento de inutilidad.

1.4. EL MARCO DE REFERENCIA PARA LA PRÁCTICA: LA INTEGRACIÓN DE UN MODELO DE CUIDADOS

La complejidad de los servicios de salud y la participación en un equipo multidisciplinar obliga a las enfermeras a hacer más explícita su contribución a la salud y bienestar de los ancianos. Los esfuerzos para clarificar el servicio específico de la enfermera son necesarios para su satisfacción personal y para poder efectuar su oferta de cuidados a la población.

La integración de un modelo de cuidados es imprescindible para definir la contribución específica de la enfermera en la prevención de la enfermedad, la mejora del estado de salud y el bienestar de la persona. Dentro del equipo multidisciplinar, permite a la enfermera establecer un diálogo con los otros profesionales, de los que se diferencia y también se complementa.

Un modelo de cuidados es una manera de conceptualizar la profesión, vehicula los valores y las creencias respecto al ejercicio profesional y determina un posicionamiento en la práctica. La integración de un modelo de cuidados orienta y guía la acción para la práctica, la docencia y la investigación.

No es un objetivo de este capítulo profundizar en este aspecto, pero queremos resaltar la importancia para la práctica de los cuidados en general, y de los cuidados gerontológicos en particular, de basar las intervenciones en un marco de referencia de la propia disciplina.

1.5. DESTINATARIOS DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

Podemos distinguir tres grandes grupos de población que pueden beneficiarse de los cuidados gerontológicos.

- Personas ancianas sanas.
- Personas ancianas frágiles
- Pacientes geriátricos

PERSONAS ANCIANAS SANAS

Son personas que desde el final de la edad adulta y en el discurrir de la vejez mantienen su independencia y por lo tanto son capaces de satisfacer sus necesidades básicas a pesar de las limitaciones propias de la edad. Dentro de este grupo de población los cuidados van dirigidos a la promoción y la prevención de la salud, motivando y enseñando a la persona que envejece a desarrollar hábitos de vida saludables que le permitan adaptarse a los cambios que pueden producirse durante el proceso de envejecimiento y a prevenir las consecuencias negativas que éste puede comportar.

PERSONAS ANCIANAS FRÁGILES O DE RIESGO

Las personas frágiles o de riesgo, es decir las personas que debido a tener una edad muy avanzada, a factores de tipo social o de pérdida de salud, tienen un elevado riesgo de perder su autonomía, de sufrir complicaciones en su estado de salud, de morir o de ingresar en una institución si no reciben la ayuda adecuada. Los cuidados han de ir dirigidos a la detección de este grupo de población y a establecer o coordinar las ayudas necesarias, prevenir las complicaciones y proporcionar los cuidados necesarios para que la persona, por sí misma o con la ayuda de su entorno (natural o profesional), pueda alcanzar el máximo nivel de independencia posible en la satisfacción de sus necesidades.

PACIENTES GERIÁTRICOS

Son personas ancianas que tienen dificultades para satisfacer sus necesidades o que padecen enfermedades que comportan pérdidas de autonomía funcional y cuya situación está condicionada por factores psíquicos o sociales. Los cuidados van dirigidos a recuperar al máximo las capacidades, prevenir las complicaciones y compensar los déficits, movilizandolos recursos de la persona y de su entorno para satisfacer de forma óptima sus necesidades y mejorar su calidad de vida. En este grupo incluimos también los cuidados dirigidos a asegurar una muerte digna y apacible.

2. CARACTERÍSTICAS DEL ROL DE LA ENFERMERA GERONTOLÓGICA

El rol de la enfermera especializada en los cuidados gerontológicos es el de un profesional autónomo que coordina una atención compleja dirigida a los ancianos y a sus familias. En

muchas ocasiones asume el rol de líder en el equipo multidisciplinar de atención sanitaria. Muchos de los problemas que viven los ancianos están asociados a las actividades cotidianas y por lo tanto son más sensibles a los modelos de cuidados de enfermería y al soporte relacional que los acompaña.

2.1. LA COMPLEJIDAD DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

Los cuidados a los ancianos representan un trabajo complejo que requiere una formación especializada. No obstante, a menudo se constata que los gestores sociales o sanitarios consideran que para atender a la población anciana son suficientes el sentido común y una actitud respetuosa y afectiva, a pesar de que la preparación previa sea escasa. Por otro lado, en nuestra cultura se atribuye a las mujeres una capacidad natural para cuidar a los miembros más frágiles y vulnerables de la familia: los niños y los ancianos.

Esta manera de concebir los cuidados ha contribuido a que el papel de las enfermeras gerontológicas no sea suficientemente valorado y que en los servicios especializados, sobre todo en el área social, la presencia de enfermeras sea muy escasa, cuando no inexistente.

A pesar de ello nosotros reiteramos que el cuidado de las personas ancianas requiere una formación específica. Si bien la vejez es un fenómeno normal, comporta una fragilidad y vulnerabilidad que se incrementa a medida que avanza la edad cronológica. En los ancianos cualquier problema de índole social o de salud, por mínimo que éste sea, puede provocar un desequilibrio global e irreparable. Sin estar necesariamente enfermos, los ancianos pueden vivir situaciones de una gran complejidad.

El mantenimiento de la autonomía, la readaptación a las limitaciones propias de la edad o de las consecuencias de las enfermedades, requieren intervenciones adecuadas por parte de la enfermera gerontológica.

A pesar de que en los fundamentos de los cuidados gerontológicos hemos querido reforzar una imagen positiva de la vejez, también es cierto que algunos ancianos padecen los problemas de la decrepitud, la decepción, la desilusión, el desinterés, el desapego, la pérdida de memoria o de las capacidades cognitivas, la desesperación o el desmoronamiento de la personalidad. La enfermera ha de saber contener situaciones donde predominan las dificultades personales, familiares o sociales que pueden conducir a la persona anciana a la claudicación vital.

La vejez puede ser conflictiva, no sólo para el propio anciano sino también para las personas que los atienden. El grado de conflicto que representa para cada persona y las conductas defensivas que adoptan para evitarlo guarda relación con las experiencias personales previas. Los cuidados a los ancianos enfermos o discapacitados pueden enfrentar a las enfermeras, de forma inconsciente, con sus propios temores hacia el envejecimiento y la muerte. De la misma manera, los prejuicios hacia la vejez pueden provocar actitudes variadas que pueden oscilar desde el rechazo a la extrema sobreprotección o a la infantilización de los cuidados. Las enfermeras deben identificar y resolver sus propias creencias, dificultades y expectativas en relación a la vejez y a los cuidados de los ancianos.

2.2. LA COMUNICACIÓN Y LA RELACIÓN ASISTENCIAL COMO SOPORTE IMPRESCINDIBLE DE LOS CUIDADOS

Los cuidados a los ancianos y a su entorno familiar no pueden dissociarse del soporte relacional que los acompaña. La interacción que se establece entre la enfermera y la persona anciana condiciona la eficacia de la intervención.

Los cuidados globales e individualizados han de basarse en el respeto y en la libertad de la persona para tomar sus propias decisiones. Estos cuidados adquieren un relieve distinto cuando están sostenidos por una actitud de acompañamiento (*hacer con el otro*), de respeto (*tener en cuenta los deseos del otro*) y de un interés auténtico, reconociendo y aceptando la diferencia del otro.

La enfermera gerontológica tiene que conocer, integrar y desarrollar habilidades de comunicación como la escucha activa, la empatía, la coherencia, el respeto incondicional...

La comunicación no verbal permite a la enfermera descubrir una serie de sentimientos o emociones a través de los gestos, de la mirada o de la postura: el descontento, la tristeza o el malestar físico de la persona cuando ésta no puede expresarlos con palabras. Pero a su vez este tipo de comunicación puede transmitir a la persona anciana el desinterés, el enojo, la falta de atención o de coherencia de la enfermera.

Las enfermeras gerontológicas han de conocer la importancia de la **comunicación** a través del contacto físico, ya que constituye una forma de comunicación elemental y directa y en muchas ocasiones transmite mucho mejor el mensaje que se quiere comunicar. Los cuidados a los ancianos han de transformar los gestos invasivos o agresivos en gestos de ternura, de provisión de confort y de afecto. En la atención a las personas con graves trastornos cognitivos, cuando la comunicación verbal ya no es posible, el contacto afectuoso es un instrumento fundamental en la relación.

Estimular la reminiscencia forma parte de los objetivos de la relación con la persona anciana. Puede llevarse a cabo de forma individual o grupal. La reminiscencia es una experiencia universal que tiene una importancia particular en la persona que envejece, ya que resalta sus capacidades y potenciales y no sus incapacidades. Recordar y recordar hechos pasados, es una experiencia significativa y personal que implica los sentidos y las emociones.

La reminiscencia es una experiencia estimulante y agradable ya que muchos ancianos tienen muy pocas ocasiones de compartir su experiencia.

Reconocer la importancia de los recuerdos en la relación de cuidados ayuda a los ancianos a reforzar su identidad y autoestima, reconociendo a cada uno de ellos como individuo único, con un pasado y una manera personal de vivir.

Algunos autores opinan que la reminiscencia tiene un papel importante en la *revisión de vida*. Este término fue utilizado por Robert Butler para describir el proceso que viven las

personas ancianas cuando se acercan al final de su existencia. Las personas ancianas miran su pasado en un intento de identificar y resolver hechos que no fueron afrontados en su momento, como son las pérdidas importantes o las reacciones de tristeza profunda o de culpabilidad. Butler sugiere que este proceso de revisión de vida es una forma de preparación psicológica para la muerte y forma parte de un proceso natural de desarrollo humano.

2.3. LA ATENCIÓN A LAS FAMILIAS

Las políticas sociales promueven la independencia de los ancianos y pretenden facilitar la permanencia en su domicilio, evitando o retrasando su institucionalización. En la actualidad, contrariamente a lo que se opina, las familias son las principales proveedoras de los cuidados informales a los ancianos. En general, los cuidados son proporcionados por un miembro de la familia, ya sea el cónyuge, los hijos u otras personas. Principalmente son mujeres. Las enfermeras gerontológicas ven prolongados o reforzados sus cuidados a través de las familias. El cuidador principal se convierte en un colaborador de los cuidados, pero al mismo tiempo puede ser un cliente potencial, especialmente cuando la situación de gravedad o de dependencia es importante o se prolonga en el tiempo, debido a la carga física y emocional que ha de sostener. En la planificación de los cuidados hay que tener en cuenta no sólo a la persona anciana sino también a la persona que lo atiende habitualmente. La enfermera ha de ayudar a las familias a gestionar la situación mediante el apoyo emocional, la información, la motivación, la coordinación y el uso adecuado de los recursos disponibles.

El trabajo de **asesoramiento y de ayuda** a través de las organizaciones de familiares de enfermos, o con grupos específicos de ayuda mutua ha de formar parte de los cuidados que dispensan las enfermeras gerontológicas.

2.4. LA ENFERMERA GERONTOLÓGICA Y EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR

Las situaciones que viven las personas ancianas son a menudo tan complejas que ningún profesional podría resolverlas desde su propia disciplina de forma aislada. La enfermera gerontológica, desde su compromiso profesional específico, comparte con el resto de profesionales un objetivo común: mejorar el bienestar y la calidad de vida de los ancianos.

La riqueza del trabajo interdisciplinar se encuentra precisamente en la pluralidad de concepciones y de intervenciones posibles sobre los problemas que hay que resolver, y que se derivan de la aportación de cada profesional.

Con frecuencia utilizamos de modo indiscriminado los términos multidisciplinariedad e interdisciplinariedad.

La multidisciplinariedad se refiere al encuentro de diferentes profesionales que intercambian información, analizan la situación y deciden después unilateralmente que es lo que más le conviene a la persona que se atiende.

La **interdisciplinariedad** significa un nivel cualitativamente mayor de cooperación, de compromiso mutuo y de interacción entre los diferentes profesionales. Hace referencia a la dinámica que se establece en la cooperación entre sus miembros para conseguir unos objetivos comunes. Para que una colaboración interdisciplinar sea armónica y para que los esfuerzos que se invierten estén bien sincronizados, se necesita que los roles de los diferentes integrantes del equipo estén bien definidos y que las competencias de cada miembro sean reconocidas por todos los demás.

En la atención a las personas ancianas el equipo interdisciplinar permite a sus miembros afrontar las dificultades inherentes a sus responsabilidades en la medida que pueden contar con las competencias y el apoyo de los coparticipantes.

3. CAMPO DE ACTUACIÓN DE LA ENFERMERA GERONTOLÓGICA

La atención a las personas ancianas puede proporcionarse en diferentes servicios, centros o instituciones generales o especializados, sociales o sanitarios. Personas ancianas hay en todos los sectores de la sociedad.

Louise Berger divide los ámbitos de actuación en función del medio en el que se proporcionan los cuidados: comunitarios o institucionales.

3.1. ÁMBITO DE ACTUACIÓN COMUNITARIO

- Áreas Básicas de Salud o Centros de Atención Primaria de Salud.
- Programas o Servicios de Atención a Domicilio, públicos o privados.
- Servicios sociales especializados: centro de día, apartamentos tutelados, servicios de telealarma y teleasistencia, clubs...
- Organizaciones no gubernamentales o asociaciones: Asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer, asociaciones de personas ancianas, asociaciones de voluntariado, aulas de la tercera edad.

3.2. ÁMBITO DE ACTUACIÓN INSTITUCIONAL

3.2.1. CENTROS O SERVICIOS ESPECIALIZADOS SOCIO-SANITARIOS

- Residencias de ancianos.
- Servicios de larga o media estancia.
- Servicios de psicogeriatría.
- Hospitales de día (incluimos este servicio en este apartado porque está muy vinculado a los cuidados institucionales y predomina la atención sanitaria)
- Centros de rehabilitación y de readaptación.

3.2.2. CENTROS O SERVICIOS HOSPITALARIOS

- Unidades de internamiento, de atención intensiva, consultas o servicios de urgencia de centros hospitalarios.

Para definir específicamente el papel de las enfermeras gerontológicas no se puede establecer límites territoriales en la descripción de las intervenciones. Las instituciones sanitarias amplían sus servicios a la comunidad y ofrecen nuevos servicios posteriores a la fase aguda de una enfermedad.

El éxito de los cuidados a los ancianos requiere que la enfermera gerontológica se coordine y colabore con los diferentes niveles asistenciales sociales o sanitarios.