

2016

COLECCIÓN
ICE
CONGRESOS

Descarte vs. inclusión

Hacia la resignificación de los adultos mayores

Una publicación del Centro para el Estudio de las Relaciones Interpersonales
del Instituto de Ciencias para la Familia de la Universidad Austral



UNIVERSIDAD
AUSTRAL

RELACIONES
INTERPERSONALES

Esta publicación contiene las ponencias presentadas en el III Congreso Internacional “*Descarte vs. inclusión. Hacia la resignificación de los adultos mayores*”, realizado el 25 y 26 de octubre de 2016 en el Campus de la Universidad Austral (Pilar, Buenos Aires) y en el salón dorado de la Legislatura Porteña, respectivamente. Se puede acceder a las disertaciones de los panelistas en: <https://www.teseopress.com/3congreso2016>

Se permite su copia y distribución por cualquier medio siempre que mantenga el reconocimiento de sus autores, no haga uso comercial de las obras y no realice ninguna modificación de ellas.

Se debe citar:

Instituto de Ciencias para la Familia (2018). III Congreso Internacional “*Descarte vs. inclusión. Hacia la resignificación de los adultos mayores*”, Buenos Aires: Universidad Austral.

Editado por el Instituto de Ciencias para la Familia. Universidad Austral

www.austral.edu.ar/familia

Palabras claves:

Adulto mayor. Relaciones familiares. Relaciones intergeneracionales. Roles. Salud. Estado nutricional.

DOI: <http://doi.org/10.26422/icf.2016.cong03>



ÍNDICE

ÍNDICE	3
OPTIMIZAR LA DETECCIÓN DE MALNUTRICIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES QUE SE INTERNAN	7
Introducción	7
Desarrollo	12
Conclusiones	12
Referencias Bibliográficas	13
REGRESO A CASA: INTEGRACIÓN FAMILIAR DE PACIENTES ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD CRÓNICA EN CUIDADOS PALIATIVOS	14
Introducción	14
Marco teórico	16
El envejecimiento como fenómeno mundial	16
La realidad poblacional Argentina	18
Conceptos teóricos	18
Cuidados paliativos en la familia	19
Objetivo de la atención familiar	19
Desarrollo	20
Pacientes	20
Equipo de salud	20
Familiares	20
Conclusiones	21
Referencias Bibliográficas	21
PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO Y EDUCACIÓN PARA EL ALTA	24
Abstract	24
Introducción	24
Desarrollo	25

Las estructuras más lesionadas son:	25
Referencias Bibliográficas	36
CLÍNICA DE LA VEJEZ EN EL SIGLO XXI: MITOS Y REALIDADES. EL APEGO Y LA ACTIVIDAD	37
Introducción	37
Desarrollo	37
Conclusiones	41
Referencias Bibliográficas	42
LOS VÍNCULOS INTERGENERACIONALES, LA FAMILIA Y EL ADULTO MAYOR	43
Resumen	43
Introducción	43
Desarrollo	44
Conclusiones	49
Referencias Bibliográficas	49
EL DESARROLLO DE HABILIDADES COGNITIVAS Y SU INCIDENCIA EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES: PROPUESTA PARA EL DESARROLLO DE DETERMINADAS HABILIDADES COGNITIVAS, O LA PREVENCIÓN O DILACIÓN DE SU DETERIORO	51
Introducción	51
Desarrollo	54
Conclusiones	56
Referencias Bibliográficas	57
AMORIS LETITIA y PASTORAL DE ADULTOS MAYORES	60
Introducción	60
Capítulo II-Realidad y desafíos de las familias	60
Situación actual de los ancianos	60
Desarrollo	60
Capítulo quinto- Amor que se vuelve fecundo	60
Capítulo sexto- Algunas perspectivas pastorales	61
Conclusión: iluminar crisis, angustias y dificultades	62

EXPERIENCIA UNIVERSITARIA PARA ADULTOS MAYORES:CONSTRUYENDO ESPACIOS INCLUSIVOS	64
Introducción	64
Los primeros pasos	65
El Programa	67
Conclusiones	69
Gráficos	71
Referencias Bibliográfica	73
ADULTOS MAYORES MOSTRANDO OBRA EN LOS MUSEOS. UN ABORDAJE INTERGENERACIONAL	74
Resumen	74
Introducción	74
El programa se apoya en la promoción de un envejecimiento activo	75
Valoración del espacio "inter". Lo vincular	75
Antecedentes	76
Objetivos	77
Desarrollo	78
Conclusiones	80
Referencias Bibliográficas	80
LAS RELACIONES FAMILIARES: ¿CUÁL ES EL LUGAR DEL ADULTO MAYOR EN EL SISTEMA FAMILIAR ACTUAL?	81
Introducción	81
La familia de la posmodernidad	82
La vejez. Conceptualizaciones y relaciones intergeneracionales	82
El rol del adulto mayor en el sistema familiar actual.	84
Abuelos jóvenes e independientes	85
Abuelos/padres de sus nietos	85
Conclusión	86
Referencias Bibliográficas	87

LA UNIVERSIDAD AL SERVICIO DEL DESARROLLO INTEGRAL DE LOS MAYORES	88
Área temática en la que presenta su trabajo	88
Introducción	88
Desarrollo	88
1. Nacimiento de la Cátedra Barcia Goyanes	88
2. Plan de actuación	90
Conclusiones	92
Referencias Bibliográficas	93
ADULTOS MAYORES Y SU BÚSQUEDA DE PLENITUD PERSONAL	95
Introducción	95
1.- El valor de los vínculos inter-generacionales	95
1.1.- Los vínculos inter-generacionales en el contexto actual	95
1.2.- Aportes de los vínculos inter-generacionales en la identidad personal y familiar	97
1.3.- El vínculo abuelo-nieto	99
2.- Los vínculos inter-generacionales como una invitación a la plenitud personal en la ancianidad	100
2.1. El vínculo personalizado y personalizante y su aporte cultural	100
2.2.- Envejecer: una invitación al encuentro con lo más profundo de la vida	102
Conclusiones	105
Referencias Bibliográficas	106

OPTIMIZAR LA DETECCIÓN DE MALNUTRICIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES QUE SE INTERNAN

Juárez Silvia Susana, Asti Virginia, Hiacelay Noelia, Ross Carolina, Marciano Marcela.

Palabras claves: Adulto mayor. Salud. Estado nutricional.

Introducción

Un buen estado nutricional es un componente fundamental de la salud, ya que contribuye a la independencia y calidad de vida de la población.

Por el contrario, la malnutrición, que deteriora el estado de salud de los individuos, se puede definir como una situación en la cual la deficiencia, el exceso o el desbalance energético proteico y de otros nutrientes causan efectos adversos en la forma del cuerpo, en su función y en su evolución clínica¹.

La malnutrición puede llevar a riesgos de salud indeseables como la pérdida de la independencia, un mayor tiempo de estadía hospitalaria, una menor calidad de vida, así como a re-internaciones o a derivaciones a centros de rehabilitación, aumento del riesgo de fracturas, retraso en los tiempos de cicatrización de las heridas con postoperatorios más prolongados, o incluso a la muerte.

Aun en los adultos mayores que viven en forma independiente, los cambios en el apetito, las limitaciones de la movilidad, el aislamiento social o las limitaciones económicas, generalmente combinados con enfermedades crónicas o con el uso de múltiples fármacos, pueden afectar negativamente el estatus nutricional de los mismos.

Este problema es más común y se incrementa en las poblaciones de mayor edad. Habitualmente se considera que el 16% de los mayores de 65 años y el 2% de los mayores de 85 años pueden clasificarse como malnutridos². Se presume que esta cifra pueda elevarse dramáticamente en los próximos 30 años.

En el Reino Unido, por ejemplo, casi dos tercios de las camas de los hospitales generales de agudos son ocupadas por pacientes mayores de 65 años³. Estudios realizados en los países desarrollados encuentran que entre el 23% y el 62% de los pacientes hospitalizados y casi el 85% de los pacientes en geriátricos sufren de malnutrición⁴.

¹ Stratton RJ, Green CJ, Elia M. *Disease Related Malnutrition: an Evidence Based Approach to Treatment*. Oxford: CABI; 2003.

² Office of National Statistics. Population trends. PT 118, table 1.4 (population age and sex) London: ONS; 2004.

³ Office of National Statistics. Living in Britain: results from the 2002 General Household Survey. London: ONS; 2004.

⁴ Chapman IM. Nutritional disorders in the elderly. *Med Clin North Am*. 2006; 90: 887–907.

Según el estudio AANEP (*Asociación Argentina de Nutrición Enteral y Parenteral*) 1999 (n: 1000), la prevalencia de desnutrición es del 47,3% en los pacientes hospitalizados de la Argentina y según el ELAN 2002 (n: 9348) es del 50,2%⁵.

Se sabe que la pesquisa para detectar malnutrición en los ancianos puede ser un proceso difícil. Esta pesquisa nutricional es importante para prevenir complicaciones en el estado de salud, especialmente en pacientes que se internan en un hospital. El término “adulto mayor” cubre un amplio rango etario desde los 65 a más de 100 años, lo cual influye obviamente en las mediciones del estado nutricional. Sin embargo, existe un número limitado de valores estándares definidos para el adulto mayor, y menos aún para las personas de mucha edad.

En los últimos años se han desarrollado diversos métodos para determinar el estado nutricional de los pacientes que se internan en un hospital, ya que la malnutrición o la desnutrición de los mismos inciden negativamente en las posibilidades de recuperación y curación de los pacientes.

Como método práctico para identificar las características definidas como asociadas con problemas nutricionales, se han desarrollado diversas herramientas de pesquisa nutricional, que miden en forma objetiva el estado nutricional de los enfermos, con capacidad de discriminar y reconocer a los individuos malnutridos o en riesgo nutricional, de los pacientes bien nutridos.

Para que una herramienta de pesquisa nutricional sea efectiva, esta debe ser fácil de interpretar, rápida y cómoda para usar (aceptable para el cliente), así como costo – efectiva. La herramienta de pesquisa nutricional debe ser confiable y por ello consistente al medir el grado de riesgo nutricional. Toda herramienta de pesquisa debe evaluarse para determinar su validez, o sea hasta dónde miden realmente lo que intentan medir. Los criterios de validez se refieren a que estas herramientas de pesquisa coinciden con los resultados que se obtienen al aplicar otros métodos de medición del estatus nutricional. También deben ser válidas respecto al sexo, la edad o la etnia de los pacientes debido a las diferencias nutricionales relacionadas con estos parámetros. También es importante considerar la sensibilidad y especificidad de estas herramientas para identificar la exactitud con que clasifican a los pacientes. La sensibilidad se puede definir como la habilidad de la herramienta para identificar a quienes están en riesgo de malnutrición o son malnutridos, y por lo tanto es un “verdadero positivo”, y la especificidad es la habilidad para detectar qué pacientes no son malnutridos o no están en riesgo de malnutrición y por lo tanto es un hallazgo “verdaderamente negativo”.

Mientras que la mayoría de las herramientas de pesquisa nutricional se desarrollaron para su uso en la comunidad y secundariamente en el ámbito hospitalario, sólo se evaluó la validez de algunas de estas herramientas en la misma muestra poblacional en que se desarrollaron, lo que conspira contra el proceso de validación. Esto significa la necesidad de una validación cruzada, por ejemplo, la herramienta MUST que nosotros adoptamos en el Hospital, que sea utilizada en diferentes países y en diversas situaciones (ambulatoria o en internación), para incrementar su validez. Estas herramientas han sido construidas por gente especializada en la nutrición de la población adulta, lo que aumenta su confiabilidad. Sin embargo, pocas de ellas han sido sometidas a un riguroso proceso de validez y seguridad. Cuando se decide utilizar una de estas herramientas en el ambiente clínico hospitalario, es crucial considerar cuidadosamente esta validez y confiabilidad. De esa forma, la sensibilidad, especificidad y facilidad de uso debe siempre considerarse al desarrollar una herramienta de pesquisa. Por ejemplo, un método estadístico a considerar para validar estas herramientas es el de las curvas ROC (Receiver Characteristic Curves) que combinan medidas de sensibilidad y especificidad

⁵ Herramientas de Screening Nutricional, AANEP, 2011.

de las herramientas. Estas curvas son necesarias para entender la eficacia de una herramienta, y el área bajo la curva puede ser usada para determinar si la herramienta puede ser útil en la práctica clínica en donde el diagnóstico definitivo de una condición (en este caso la malnutrición) puede ser confirmada.

Entre estas herramientas, la *Malnutrition Universal Screening Tool* (MUST) fue desarrollada por la Asociación Británica de Nutrición Enteral y Parenteral (British Association of Enteral and Parenteral Nutrition – BAPEN –) para vigilar el riesgo de malnutrición. Es una herramienta en 5 pasos que permite identificar pacientes adultos que están malnutridos o en riesgo de malnutrición al ingreso al hospital. Incluye guías de manejo que pueden implementarse para desarrollar un plan de cuidados preventivos. Se utiliza tanto en hospitales como en la comunidad. Es fácil de usar y puede ser empleada por todos los trabajadores de la salud para definir un riesgo de malnutrición bajo, medio o alto en todos los pacientes.

La herramienta mide 3 elementos: el Índice de Masa Corporal (IMC) (en inglés Body Mass Index BMI), una historia reciente de pérdida de peso inexplicada o no planificada, y los efectos relacionados a una enfermedad aguda.

El primer paso de la herramienta MUST consiste en medir el peso y la altura para obtener el IMC. El Índice de Masa Corporal es el cociente entre el peso y el cuadrado de la altura. Si el IMC es > 20 la puntuación es 0. Si el IMC está entre 18 – 19.5 la puntuación es 1. Si el IMC es < 18.5 la puntuación es 2.

El segundo paso consiste en determinar si en los últimos 3 a 6 meses ha habido una pérdida de peso no planificada. Si la pérdida de peso es $< 5\%$ del peso habitual, la puntuación es 0. Si la pérdida de peso está entre el 5% - 10% la puntuación es 1. Si la pérdida de peso es $> 10\%$ del peso habitual la puntuación es 2.

El tercer paso es ver en el paciente agudo si no ha podido comer en los últimos 5 días, o si se prevé que no podrá hacerlo en los próximos 5 días, y en ese caso se adiciona un score de 2.

El cuarto paso es la sumatoria de estos scores – IMC, pérdida de peso no buscada, si no puede comer durante 5 días – y se calcula así el riesgo global de malnutrición. Si la puntuación es 0 el riesgo es bajo, si la puntuación es 1 el riesgo es moderado, y si la puntuación es ≥ 2 el riesgo es alto.

El quinto paso es la acción a desarrollar de acuerdo a este score. Si el riesgo es 0, se sigue el cuidado clínico de rutina. Si el riesgo es 1, observación del paciente, midiendo la ingesta total durante 3 días, para definir una conducta proactiva o no. Si el riesgo es 2 se consulta al servicio de Nutrición para el soporte nutricional de este paciente.

Diversos estudios han demostrado que tiene un alto valor predictivo en el medio hospitalario (duración de la internación, mortalidad en pacientes añosos, destino al alta de pacientes traumatológicos). Es más rápida y eficiente que la mayoría de los scores de pesquisa (lleva de 3 a 5 minutos).

Pero cómo considera los efectos agudos de la enfermedad es una herramienta relativamente ineficaz para los trastornos crónicos o gradualmente progresivos.

El Instituto Nacional de Excelencia Clínica de Inglaterra (National Institute of Clinical Excellence, NICE), la Asociación Británica para Nutrición Enteral y Parenteral (BAPEN) y la Asociación Británica de Nutricionistas (BDA) la recomiendan como herramienta de pesquisa,

y es la única herramienta en la que se midió en trabajos científicos su aceptación y facilidad de uso en la práctica clínica.⁶

En el Hospital Universitario Austral se decidió usar esta herramienta como método de pesquisa en todos los pacientes que ingresaran para internarse desde el año 2012 por su simplicidad y facilidad de aplicación al confeccionar la historia clínica de internación.

Sin embargo, al considerar los efectos agudos de la enfermedad que presenta el paciente, esta herramienta no sería tan eficaz para discriminar el riesgo de malnutrición o la malnutrición en los pacientes con trastornos crónicos o gradualmente progresivos, y que es el riesgo que se presenta habitualmente en los pacientes de mayor edad.

Otra herramienta práctica para medir el estado nutricional de los pacientes al internarse es el Mini Nutritional Assessment (MNA) (Mini Valoración Nutricional), herramienta simple y útil en la práctica clínica para medir el estatus nutricional en las personas arias. Desde su validación en 1994, el MNA ha sido usado en cientos de estudios y se ha traducido en más de 20 idiomas. Es una herramienta bien validada, con alta sensibilidad, especificidad y confiabilidad. Un score MNA ≥ 24 identifica a los pacientes con un buen estatus nutricional. Scores entre 17 y 23.5 identifican a los pacientes en riesgo de malnutrición. Estos pacientes aún no han empezado a perder peso y no muestran bajos niveles de albúmina, pero tienen ingestas calóricas– proteicas menores que las recomendadas. Para ellos, se necesita una intervención geriátrica multidisciplinaria que tome en consideración todos los aspectos que puedan interferir con la propia alimentación, y cuándo es necesario proponer intervenciones terapéuticas en la dieta o el agregado de suplementos. Si la puntuación de MNA es < 17 , el paciente presenta una malnutrición calórica – proteica. En este punto es importante cuantificar la severidad de la malnutrición, pero midiendo ahora parámetros bioquímicos (niveles de albúmina plasmática o de pre albúmina), establecer un registro de 3 días de la ingesta alimentaria, y usar medidas antropométricas como el peso, IMC, pliegue de la piel o la circunferencia del brazo. Claramente es necesaria en estos casos una intervención nutricional que debe basarse en establecer objetivos prácticos que contemplen una detallada evaluación geriátrica. También demostró ser útil como herramienta de seguimiento de los resultados de la intervención nutricional. El MNA puede ayudar a los clínicos a diseñar una intervención al mostrar que un paciente determinado está perdiendo puntos en las mediciones sucesivas. Más aún, si la intervención nutricional es satisfactoria la puntuación de MNA se incrementa.

Muchas organizaciones científicas internacionales y nacionales recomiendan el uso del MNA.

También se desarrolló una versión de pesquisa más corta, el MNA-SF, la cual, si es positiva, indica la necesidad de aplicar el MNA completo. Se tarda unos 3 a 4 minutos para aplicar la herramienta MNA-SF y entre 10 y 15 minutos en completar la versión más extensa del MNA.

En la versión corta del MNA (MNA-SF) se realizan 6 preguntas, y en base a ellas se determina un score global de pesquisa. A continuación, se describen las preguntas.

Pregunta 1. *¿Ha disminuido la ingesta de alimentos en los últimos tres meses debido a la pérdida de apetito, problemas digestivos o dificultades para masticar o tragar?*

Puntuación 0 = ha comido mucho menos.

Puntuación 1 = ha comido menos.

Puntuación 2 = ha comido igual.

Pregunta 2. *¿Ha perdido peso de forma involuntaria en los últimos 3 meses?*

⁶ Jones J. Validity of nutritional screening tools and assessment. *Nutrition* 2004; 20: 312-7.

Puntuación 0 = pérdida de peso superior a 3 kg.

Puntuación 1 = no lo sabe.

Puntuación 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg.

Puntuación 3 = sin pérdida de peso.

Pregunta 3. *¿Movilidad actual del paciente?*

Puntuación 0 = en cama o silla de ruedas.

Puntuación 1 = es capaz de levantarse de la cama/silla, pero no sale a la calle.

Puntuación 2 = sale a la calle.

Pregunta 4. *¿Ha sufrido el paciente estrés psicológico o enfermedad aguda en los últimos tres meses?*

Puntuación 0 = sí.

Puntuación 2 = no.

Pregunta 5. *¿El paciente presenta problemas neuropsicológicos?*

Puntuación 0 = demencia o depresión graves.

Puntuación 1 = demencia leve.

Puntuación 2 = sin problemas psicológicos.

Pregunta 6. *¿Cuál es el Índice de masa corporal (IMC) del paciente? Cociente entre el peso en kg / (estatura en m)².*

Puntuación 0 = IMC inferior a 19.

Puntuación 1 = IMC entre 19 y 21.

Puntuación 2 = IMC entre 21 y 23.

Puntuación 3 = IMC \geq 23.

La suma de este puntaje nos indica el grado de desnutrición.

Puntuación indicadora de desnutrición, (máximo 14 puntos)

12 – 14 puntos: estado nutricional normal

8 – 11 puntos: riesgo de desnutrición

0 – 7 puntos: desnutrición

Si bien el Hospital Universitario Austral es un centro de asistencia especialmente de enfermos agudos y de alta complejidad, ingresa un porcentaje importante de pacientes de edad mayor a los 65 años, y al ser un centro de trasplante, muchos pacientes se siguen asistiendo en el Hospital a lo largo del tiempo, transformándose entonces en pacientes crónicos y no agudos.

Como en el Hospital se usa el MUST como herramienta de pesquisa nutricional en todos los pacientes al ingreso, en el Servicio de Nutrición surgió la inquietud si en los pacientes mayores de 65 años o en los pacientes crónicos, esta herramienta era lo suficientemente sensible como para discriminar con exactitud qué pacientes estaban en riesgo de malnutrición o eran malnutridos al ingreso.

Para ello se decidió aplicar el MNA-SF en un grupo de pacientes mayores de 65 años al ingreso, y comparar el resultado de esta medición con el resultado descrito en la historia clínica de ingreso con la herramienta MUST. Esta observación en un grupo piloto permitirá evaluar si hay alguna diferencia entre ambas herramientas que justifique realizar un estudio prospectivo más extenso y con un número suficiente de pacientes que permita encontrar una diferencia con significación estadística.

Desarrollo

Se trata entonces de un estudio preliminar, de tipo descriptivo transversal, en el que se incluyeron 165 pacientes consecutivos mayores de 65 años, y que ingresaron en el Hospital Universitario Austral en las camas de internación de los Servicios de Clínica Médica y de Unidad Coronaria, entre los meses de enero y junio del año 2016.

La selección de los pacientes incluidos se basó primero en la edad, que fueran mayores de 65 años, independientemente de la causa y condición de ingreso al hospital. Otra condición de ingreso fue el área de internación, Clínica Médica y Unidad Coronaria, ya que los pacientes que ingresan en Terapia Intensiva, por su inestabilidad inicial, pueden no recibir inicialmente alimentación.

Al confeccionar la historia clínica de ingreso, el médico residente que la realiza, entre los puntos que describe, debe aplicar la herramienta MUST, y obtener una puntuación del estado nutricional al ingreso. Este paso se realiza siempre, al contar con una plantilla dentro de la historia clínica informatizada del Hospital que lo facilita (PECTRA Digital Gate^{MR}).

Las licenciadas en Nutrición del HUA aplicaron a todos estos pacientes la herramienta MNA-SF en la primera visita que realizaron al paciente luego de su ingreso. Esta evaluación en todos los casos se realizó sin ver la HC de internación, a fin de desconocer el resultado del MUST de ingreso.

Posteriormente, las licenciadas en Nutrición compararon los resultados de ambas mediciones.

De los 165 pacientes incluidos en el presente estudio, 96 eran hombres (58.2%) y los 69 restantes eran mujeres (41.8%). La edad promedio de ellos fue 73 años, con un desvío estándar (SD) de 6.4 años. El peso promedio al ingreso fue de 77.6 kg, y el desvío estándar (SD) de 15.2 kg. El índice de masa corporal (IMC) fue de 27.5 kg/m², y su desvío standard de 4.4 kg/m², por lo que se puede considerar que toda la población al ingreso tendía al sobrepeso.

La pesquisa mediante la herramienta MUST permitió detectar a 10 pacientes (6%) en riesgo de malnutrición, y ningún paciente desnutrido.

Por el contrario, la pesquisa mediante el MNA-SF detectó a 63 pacientes (38.1%) en riesgo de malnutrición, y además demostró que 18 pacientes (10.95%) estaban al ingreso desnutridos.

Conclusiones

Estos números parecen demostrar que la herramienta MNA-SF permitiría discriminar con mayor exactitud a los pacientes en riesgo de desnutrición o que están desnutridos en la población mayor a los 65 años.

Al evaluar estos resultados, debe tenerse en cuenta el tipo de pacientes que ingresa en el Hospital Universitario Austral, centro académico privado, cuya población habitual corresponde al segmento poblacional con posibilidades de contar con una cobertura de salud propia, y no a pacientes con cobertura obligatoria de Obra Social o sin cobertura. En estos grupos posiblemente el índice de masa corporal debe ser distinto, probablemente inferior, y el porcentaje de pacientes en riesgo de desnutrición o de desnutrición ser mayor, e incluso la discriminación de ambas herramientas puede ser distinta.

Existen múltiples factores que ponen en riesgo el estado nutricional, lo que se refleja en la variedad de ítems incluidos en cada una de las herramientas de pesquisa actualmente utilizadas. Una de las mayores limitaciones al comparar estas herramientas, es que no existe un “*gold standard*” para medir el estado nutricional, lo que hace difícil determinar la validez de estas herramientas, validez que además debe confirmarse de acuerdo a su uso y la situación en que se aplique.

Posiblemente, al considerar en los sujetos de mayor edad las dificultades que tienen para alimentarse, así como sus posibilidades de movilización y su estado psicológico, permitan a la herramienta MNA-SF hacer una discriminación más exacta del riesgo del grado de desnutrición.

Nuestros resultados preliminares parecen justificar una investigación con un número mayor de pacientes que demuestren claramente estas diferencias. Mientras es importante que las herramientas de pesquisa sean válidas y confiables, el factor más importante a considerar es la acción que se tome como resultado de la pesquisa, para mejorar el estado nutricional de los pacientes.

Referencias Bibliográficas

Academy of Nutrition and Dietetics. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Food and Nutrition for Older Adults: Promoting Health and Wellness. *J Acad Nutr Diet*. 2012; 112:1255-1277.

BAPEN. Malnutrition Universal Screening Tool. First published May 2003 by MAG the Malnutrition Advisory Group, a Standing Committee of BAPEN.

Megan B Phillips, Amanda L Foley, Robert Barnard, Elisabeth A Isenring, Michelle D Miller. Nutritional screening in community-dwelling older adults: a systematic literature review. *Asia Pac J Clin Nutr* 2010;19 (3):440-449

M.J. Kaiser, J.M. Bauer, C. Ramsch, W. Uter, Y. Guigoz, T. Cederholm, D.R. Thomas, P. Anthony, K.E. Charlton, M. Magia, A.C. Tsai, D. Grathwohl, B. Vellas, C.C. Sieber. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A Practical Tool for Identification of Nutritional Status. *The Journal of Nutrition, Health & Aging Volume 13, Number 9, 200*

Nestlé Nutrition Institute. Cribado nutricional tan sencillo como MNA. Guía para llenar el formulario MNA-SF

Tanvir Ahmed, Nadim Haboubi. Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. *Clinical Interventions in Aging* 2010;5 207–216

Zwenger Y.; Salinas S.; Cicchitti A.; Pool M. C. y Russo A. Herramientas de Screening Nutricional. Asociación Argentina de Nutrición Enteral y Parenteral. 2011.

REGRESO A CASA: INTEGRACIÓN FAMILIAR DE PACIENTES ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD CRÓNICA EN CUIDADOS PALIATIVOS

Godoy Marcela, Herhuay Daysi, Jiménez Silvina, Márquez Julia, Balbuena Karina

Introducción

El envejecimiento es sin duda un fenómeno universal para todos los individuos. Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento ocurre por la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares. Con el tiempo, estos daños aumentan el riesgo de enfermedades. Asimismo, el proceso de envejecimiento genera cambios en los roles sociales produciendo la pérdida de relaciones con familiares, amigos y compañeros de trabajo. Un punto central en este proceso está dado por el “cambio de perspectivas materialistas por perspectivas más trascendente” (Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, OMS, 2016).

La sociedad actual también intenta diferentes recursos para postergar la vejez o para esconderla. Por lo general, las personas arriban a este ciclo vital, con el anuncio de su retiro laboral o jubilación. Visto de esta manera, el retiro del trabajo es culturalmente sinónimo de no hacer nada en términos productivos y de una situación en la cual se produce el replanteo del sujeto en la dimensión social.

En nuestras sociedades, con el advenimiento del paradigma actual de la postmodernidad se evidencia el predominio de concepciones que reconocen a la vejez como enfermedad, discapacidad e improductividad, agudizadas desde el discurso biomédico que enfatiza esencialmente el deterioro orgánico característico de esta etapa.

El proceso de envejecimiento de la población ocurre cuando aumenta el porcentaje de personas de 60 años y más, disminuye el porcentaje de menores de 15 años y el de la población económicamente activa. Como consecuencia de este proceso, el grupo de adultos mayores pasar de un 5,6 % del total de la región en 1950 a un 9,9% en 2010. Se proyecta que en el año 2100 representará más del 35% de la población (Envejecimiento poblacional, CEPAL, 2011).

En este contexto, existe un aumento de la prevalencia de muchas enfermedades crónicas y una mayor supervivencia en procesos hasta hace pocos años incurables como el cáncer, que proporcionan más tiempo de vida y de cuidados. Por todo ello, se espera que haya un mayor número de personas con enfermedades crónicas y degenerativas que necesiten alguna forma de ayuda en el final de su vida.

La nueva tecnociencia da lugar a la aparición de tratamientos con potencialidad, no sólo de brindar confort a las afecciones con riesgo de vida, sino de luchar contra ellas y contra la muerte (antibióticos, las técnicas de reanimación, cirugías y de trasplantes, etc.). El frecuente éxito de tales tratamientos llevó a que la expectativa de vida creciera hasta pasar los 70 años, habiendo desplazado la edad a que dichas enfermedades arribaban a estados terminales. Entre ellas destacamos cáncer, enfermedades cardiovasculares, pulmonar obstructiva crónica y demencias.

Es por ello, que la estructura social tradicional está experimentando profundos cambios en este grupo de adultos mayores objeto de estudio de esta investigación, con la delegación de

los cuidados de los pacientes a profesionales de la salud, lo cual repercute en la calidad de vida del paciente y su familia dado que se inicia la transición de los cuidados curativos a tratamientos paliativos. En estos casos, se observan internaciones prolongadas y estadías largas en centros de rehabilitación de tercer nivel luego derivados a residencias de la tercera edad en ciertos casos donde la familia no pudo asumir la responsabilidad del cuidado de estos pacientes y su reinserción en el hogar.

Los cambios sociales, eventos vitales como pérdida de la salud y dificultades que acompañan al envejecimiento, pueden declinar en situaciones de soledad, y en el peor de los casos, de aislamiento. En casos de institucionalización, el efecto atenuante que tiene el apoyo familiar puede verse incrementado ante la necesidad de hacer frente a una nueva etapa como la vejez.

Sin embargo, en muchos casos los pacientes se encuentran en condiciones de altas supervisadas con personal sanitario que posibilite una asistencia continuada y eficaz. Dichas externaciones suelen ser transitorias y limitadas en el tiempo, existiendo recaídas producto de sus patologías de base y posterior alta. A tal fin, la familia ocupa un lugar trascendental y debe poder asumir responsablemente el cuidado activo del paciente en el hogar y por consiguiente la necesidad de una educación previa de parte del personal de salud sobre dichos cuidados: como signos de alarma, administración de medicación, como actuar en situaciones de emergencia, la utilización del AMBU entre otras y esencialmente que la familia se sienta contenida en lo emocional y promover la integración familiar.

En un estudio realizado por Sáez, Meléndez y Aleixandre (1995), se pidió a una muestra de población mayor que identificaran y valoren los problemas propios de su edad. La soledad, se situó en la primera posición, como la variable por la que más directamente se sentían afectados los participantes (59%), seguido del rechazo familiar, con un 33%. Además, encontraron diferencias en cuanto al género respecto a: la desadaptación social, afectando de manera más intensa a hombres que a mujeres; y el tipo de apoyo social que demandan, decantándose los hombres hacia el apoyo social, mientras que las mujeres tienden a buscar el apoyo familiar en mayor medida. Así pues, dentro de las redes de apoyo que se dan en la vejez, no se ha de pasar por alto que las relaciones familiares suponen, como ya se apuntó anteriormente, un elemento primordial, en la determinación del bienestar y la Calidad de Vida del individuo (Barrón, 1996; Buendía, 1994; Montorio, 1994; Rodríguez, 1995).

En esta misma línea, Antonucci y Jackson (1990) se interesaron por el análisis diferencial del apoyo prestado por familiares y amigos. Lo que sugieren estos autores es, que el apoyo familiar, resulta decisivo durante los periodos de crisis, especialmente durante el curso de enfermedades crónicas. Así, un ejemplo de influencia del apoyo familiar en la salud lo encontramos en el estudio llevado a cabo por Redondo-Sendino, Guallar-Castillón, Banegas y Rodríguez-Artalejo (2005), en el cual se demostró, que la frecuencia de contactos familiares mejoraba el conocimiento del estado hipertensivo en una muestra de ancianos con HTA. Por el contrario, el apoyo prestado por amigos funciona más bien como refuerzo de la integración social del anciano.

Para otros autores, como Yanguas, Leturia, Gutiérrez, Martín y Aragón (1993), el apoyo familiar implica, una percepción del nivel de apoyo mayor y de forma más clara, que cuando ésta proviene del círculo de amigos.

Estos estudios demuestran que la desesperanza, el aislamiento y la soledad de estos pacientes pueden ser superados con integración y la contención familiar.

En relación a la satisfacción que perciben los mayores institucionalizados con respecto a la relación que mantienen con sus familiares, Cava y Musitu (2000) realizaron un estudio en el

que encontraron que este grupo parece tener una percepción más desfavorable del grado en que son valorados por su familia, si son comparados con otro grupo de mayores no institucionalizados. No obstante, estos autores no sostienen la consideración de la variable institucionalización como un indicador de bienestar en el mayor.

En un trabajo posterior, Rodríguez, La Rosa y Reyes (2006), valoraron la integración de la familia con el adulto mayor institucionalizado. Para ello, aplicaron un cuestionario en el que se preguntaba a un grupo de 50 residentes por la frecuencia en los contactos con sus familiares, así como por el grado de satisfacción que tenían con respecto a dichas relaciones. Lo que encontraron fue que el 70% de los mayores entrevistados recibían visitas de familiares con una frecuencia mensual o cada dos o tres meses, siendo menor el grupo que afirmaba ser visitado semanalmente por la familia. La mayor parte de la muestra valoró las relaciones familiares como “buenas”.

Los datos obtenidos en esta investigación también hacen referencia a otra modalidad de relación del mayor con sus familiares desde la residencia, hablamos de los contactos telefónicos. Así pues, se puede observar cómo un 14.5% de los pacientes con estancias de larga duración mantienen conversaciones telefónicas con familiares o amigos todos o casi todos los días, un 26.9% realizan llamadas dos o tres veces por semana y un mayoritario 31.3% no realizó ni recibió llamadas en las tres últimas semanas. El grupo de residentes permanentes que con mayor frecuencia hace uso del teléfono celular, como modo de contactar con familiares desde el centro de tercer nivel, son las mujeres más jóvenes.

En este sentido, esta investigación busca indagar en las percepciones de los familiares, los pacientes y el equipo de salud acerca del regreso a casa del paciente con enfermedad crónica avanzada o terminal. Los resultados presentados muestran la primera indagación exploratoria, realizada para dar una respuesta inicial al problema planteado. En este sentido, no agotan el tema ni buscan cerrar las cuestiones indagadas, sino que se requerirán etapas posteriores para profundizar esta exploración preliminar.

Marco teórico

El envejecimiento como fenómeno mundial

En 1991 fueron aprobados los Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad. Bajo el lema “para dar más vida a los años que se han agregado a la vida” se establecieron normas universales para este sector poblacional, referidos a cinco ámbitos principales:

- Independencia
- Participación
- Atención
- Realización personal
- Dignidad

La mayor parte de los individuos nacen, viven y mueren en un contexto familiar; aunque si bien es cierto que, con la llegada de la vejez, son muchos los que se ven en la necesidad de trasladarse a una institución de tercer nivel. No obstante de ello, consideramos oportuno señalar que la tendencia a generalizar la afirmación de que todas las personas de edad avanzada terminan sus días en una institución de salud o residencias de la tercera edad no es más que otro de los estereotipos que frecuentemente acompañan a la etapa de la vejez (Gázquez *et al.*, 2009; Salvarezza, 1998).

A partir de allí, se dejó planteado al mundo, la necesidad de que cada uno, desde el lugar que le toca actuar, trabaje en la construcción de espacios, donde el intercambio intergeneracional, genere enriquecimiento para todos y que, sobre todo, permita a las personas envejecer con seguridad y dignidad, participando en sus sociedades como ciudadanos de pleno derecho, que contribuyan al desarrollo y, al tiempo, se beneficien del mismo.

Las generaciones de adultos mayores viven ahora una realidad diferente, por lo que requieren respuestas nuevas que se adapten a un mundo en el que todas las expresiones de la civilización humana tienden a globalizarse y a uniformarse: las ideas políticas, los valores éticos, la economía, las comunicaciones, la cultura...etc.

Con el paso de los años, la probabilidad de experimentar pérdidas sociales y familiares irá en aumento, lo cual conlleva una alteración de la red de apoyo social del individuo (Romero, 2006), produciendo esto, a su vez, un deterioro de su Calidad de Vida (Winningham y Pike, 2007). Si centramos la atención en el contexto de la institución de salud y las modalidades de apoyo que tienen los mayores, observamos como la familia cobra especial relevancia en los procesos de adaptación e integración de la persona mayor durante su permanencia en el centro. El hecho de mantener vínculos de afecto con los hijos y los nietos va a promover el intercambio intergeneracional y ofrecer a la persona mayor una sensación de seguridad ante la posibilidad de requerir su apoyo en situaciones críticas (Chappel, 1991; Gómez, López, Moya y Hernández, 2005; Lex, Hernández, Pereira y Sardiña, 2008).

Los diferentes modos de contacto familiar que se producen desde el entorno del centro de tercer nivel se pueden agrupar en tres tipos: llamadas telefónicas, visitas de los familiares al centro y salida del adulto mayor al domicilio familiar. Las dos primeras, son las que se llevan a cabo en las dependencias de la institución de salud, además de ser las que se dan con mayor frecuencia, sobre todo entre la población femenina residente (Pérez, 2005).

El hecho de recibir llamadas o visitas de familiares va a otorgar la sensación al mayor institucionalizado, de que los vínculos con el exterior no se han perdido, lo que a su vez infiere en un nexo de continuidad con la vida anterior al ingreso en la institución de salud (Barenys, 1990).

En el momento en que la persona mayor institucionalizada no recibe, o no percibe, la suficiente atención por parte de los familiares comienza a experimentar la sensación de pérdida de rol que éste desempeñaba en el núcleo familiar.

Esto puede llevar asociado una serie de consecuencias, que pasan por una preocupación constante que puede derivar incluso en manifestaciones clínicas de índole psicológica o fisiológica en el adulto mayor (Pérez, 2005). Por tanto, los problemas familiares previos son considerados como un factor que va a influir de manera considerable en la estabilidad tanto física, psíquica y emocional de la persona mayor, y, en definitiva, en su nivel de autonomía y bienestar incluido el deterioro en la salud en ciertos casos. Tanto es así que el desarraigo del mayor institucionalizado con respecto a las redes de apoyo familiar puede incrementar la probabilidad de padecer de ansiedad, depresión, psicomatización, introversión y aislamiento del entorno, entre otros (Guillén, 1998).

Las repercusiones sociales de esta explosión demográfica son numerosas y entre ellas figuran las que afectan a las pautas de producción, consumo, ahorro e inversión, a las condiciones del mercado laboral y a la productividad, a los tipos de servicios necesarios y a los patrones del gasto público.

Hasta la actualidad, solo se ha hecho hincapié en los aspectos negativos del envejecimiento, sin tener en cuenta a menudo, la contribución que las personas de edad pueden hacer a la sociedad e incluso al progreso económico.

La realidad poblacional Argentina

Si bien la cuestión del envejecimiento poblacional es de dimensiones mundiales, el proceso que se produjo en los países desarrollados se está dando ahora en los países en desarrollo (entre ellos Argentina) pero en condiciones muy diferentes a los que se desarrolló en los primeros. Mientras que aquellos envejecieron gradualmente durante un siglo, lo que se encuentran en desarrollo, lo están haciendo en menos de 30 años. El mundo desarrollado era rico cuando envejeció y los otros están envejeciendo en pobreza.

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (I.N.D.E.C) el fenómeno denominado “invierno demográfico”, desde la década del '70 en Argentina, ha seguido un camino lento pero sostenido. Los mayores de 65 años que eran en 3.300 millones en 1995 serán 5.800 millones en el 2025, lo que representarán el 12 % de la población total a cuestión de las personas de edad, desde hace muchos años, es de gran interés para las Naciones Unidas debido a que el aumento de la expectativa de vida en el mundo es de alrededor de 20 años, mientras que la tasa de fecundidad va en continuo descenso. Lo que da lugar a una mayor cantidad de personas adultas en el mundo, que a partir de los 60 años (en el caso de las mujeres) y de los 65 años (en los hombres) se retiran del circuito productivo y pasan a ocupar el rol de “pasivos”, espacio que les ha destinado la sociedad a pesar de que la mayoría de ellos tengan muchos años por delante para vivir con vigor y salud.

Conceptos teóricos

ENFERMEDADES CRÓNICAS OMS: Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años.

CUIDADOS PALIATIVOS: Cuidados Paliativos, o cuidados tipo Hospice, como se denominaron en muchos países anglosajones en sus orígenes, ya que se iniciaron en la década del sesenta en Londres por Cicely Saunders, la primer institución académica y científica para el cuidado de personas con enfermedades avanzadas.

Es un tipo especial de cuidados diseñados para proporcionar bienestar o confort y soporte a los pacientes. Se proponen conseguir que los pacientes dispongan de los días que les resten conscientes y libres de dolor, con los síntomas estén bajo control, de tal modo que los últimos días puedan andar con dignidad, en su casa o en un lugar, rodeados de la gente que los quiere.

ENVEJECIMIENTO: Proceso fisiológico que se inicia en el momento de la concepción y se hace más evidente después de la madurez. (O.M.S.)

ADULTO MAYOR: Denominación elegida entre otras como “viejos”, “ancianos”, “personas de la tercera edad” para referirse al colectivo de las personas que, habiendo alcanzado la adultez, transitan la tercera etapa de este ciclo vital.

CALIDAD DE VIDA: La calidad de vida supone una vida de plenitud, en la que se dan o se buscan una serie de circunstancias y atributos que se valoran como positivos y satisfactorios.

La definición de calidad de vida puede estructurarse en dos dimensiones:

a) valoraciones subjetivas (satisfacción y bienestar; autoconcepto)

b) condiciones objetivas (salud general y estado funcional, nivel socioeconómico y condiciones de vida).

La atención paliativa se dirige a potenciar, mejorar o mantener una buena calidad de vida haciendo frente a los desafíos que merman los tres grandes bienes de una vida: el bienestar, la compañía y la autonomía. La calidad de vida en cuidados paliativos significa, en última instancia, la posibilidad de hacer cosas, de funcionar y, cuando no es posible ya, hacer cosas en funcionamiento físico, en sentirse bien y en paz, consigo mismo y con los demás. La muerte sería, en último extremo, una variable de tipo psicológico: ausencia de comportamiento, no poder hacer cosas y, en esta línea, difunto, equivale a ausencia de funcionalidad.

Calidad de vida en cuidados paliativos implica cubrir y satisfacer las necesidades y demandas del paciente, atendiendo aspectos concretos tanto de la familia del paciente como del equipo profesional de cuidados paliativos. Desde una perspectiva sanitaria, atender, entender y acompañar son comportamientos paliativos intrínsecamente ligados a calidad de vida.

Cuidados paliativos en la familia

La familia, al igual que la persona enferma, está en crisis, se pregunta por el resultado y el pronóstico, por los procesos y procedimientos diagnósticos o terapéuticos, presenta conflictos o comportamientos de negación, racionalización, culpa, ira, desesperanza o, en ocasiones, somatiza. La ansiedad, el temor, la pérdida de control, el agotamiento físico y mental son respuestas normales a una situación estresante.

La familia sirve de amortiguador entre el individuo y la sociedad, es una protección psicosocial para sus miembros, es el vehículo principal para la transmisión de la cultura y la salud individual y se relaciona con las creencias, valores y deberes de cada uno. La enfermedad en fase terminal puede provocar en los familiares confusión, miedo, rechazo, silencio. La tarea del equipo es, pues, establecer una relación de ayuda que permita a los familiares transitar por este proceso sintiéndose y estando acompañados. Además de los cuidados indispensables para la persona enferma, los profesionales deben dirigir sus esfuerzos hacia los familiares con el objetivo de reforzar su función, acompañándolos y posibilitando que la familia recupere la confianza, a veces perdida, en sus capacidades cuidadoras.

Objetivo de la atención familiar

El objetivo de la atención familiar en cuidados paliativos es el de ayudar a las familias a cumplir con su función cuidadora, como medida saludable de participar en el proceso de duelo que están viviendo. Para ello es necesario facilitar elementos de comprensión que ayudaran a encontrar la forma más adecuada de tratar cada situación en particular.

Cuando observamos a familias con capacidades y recursos propios suficientes, constatamos que seguramente podrán llevar el proceso de la enfermedad de manera saludable, mitigando posibles problemas de adaptación a la pérdida. En caso contrario o de no ser así, la situación puede complicarse de manera que se genera gran sufrimiento emocional. Este hecho también repercutirá en el equipo al ser previsible la aparición de sentimientos de frustración e impotencia.

En este marco, estudiar las percepciones de los actores fundamentales (pacientes, familiares y equipo de salud) supone interpretar las creencias y valores en nuestra sociedad sobre el rol social de los adultos mayores durante su proceso de envejecimiento. Las percepciones nos permiten a través de la palabra de estos actores valorar la situación de los adultos mayores con enfermedad crónica avanzada o en fase terminal institucionalizados, teniendo en cuenta las

dimensiones enunciadas por las Naciones Unidas: Independencia, Participación, Atención, búsqueda de nuevos proyectos y Dignidad.

Desarrollo

Se realizó un estudio desde un abordaje cualitativo basado en entrevistas a pacientes adultos mayores de 65 años con enfermedad crónica en fase avanzada o terminal internados en un centro de tercer nivel de la Ciudad de Buenos Aires, sus familiares y equipo de salud asistente.

La población de este centro de salud se caracteriza por tratarse de una clase media acomodada con cobertura de salud mayoritariamente prepaga.

Pacientes

La mayoría de los pacientes vivencian su situación como el final de su trayectoria socialmente productiva, sumada a su condición de paciente en cuidados paliativos.

Asimismo, se perciben sentimientos de desarraigo y esperanza de un retorno al hogar.

Ellos manifiestan que sus familias los han abandonado y que sólo los visitan esporádicamente. Esta situación genera cuadros de depresión profunda caracterizados por apatía generalizada, problemas de comunicación con el equipo de salud y negándose a recibir alimentos y cuidados de higiene personal. El escenario de “darse por vencidos” se presenta recurrentemente en su relato con frases tales como:

“... por qué sigo acá, para qué vivo... me quiero morir”

El estado de agotamiento de los pacientes por su situación de internación prolongada (tanto en cuidados paliativos como ocasionalmente en terapias intensivas) agrava su cuadro integral como sujeto profundizando su cuadro general.

Equipo de salud

Los enfermeros y médicos entrevistados manifestaron que los familiares presentan un estado de claudicación familiar en su rol de cuidadores principales teniendo en cuenta lo prolongado de las internaciones y su incapacidad para satisfacer el elevado nivel de demanda de atención que estos pacientes requieren. El equipo de salud percibe una continua resistencia de los familiares a la reinserción del familiar en el hogar, que se manifiesta en temores acerca del impacto que tendrá en su dinámica familiar.

Describen que los pacientes son profesionales y empresarios que en su vida activa han sido exitosos y que sus familias se caracterizan por ser de clase media/alta con una carga laboral extensa e importante vida social.

Refieren también que los pacientes padecen de delirio positivo provocado por tratamiento invasivos e internaciones prolongadas que les genera una pérdida de ubicación tiempo/espacial y vincular.

Familiares

Los familiares entrevistados declaran un desdibujamiento del vínculo familiar con el paciente debido a las internaciones continuas en cuidados paliativos. Presenta una multiplicidad de temores en relación a la complejidad de los cuidados que requiere la atención de la patología del paciente.

La enfermedad prolongada de estos pacientes pone en evidencia conflictos familiares previos que impiden un manejo emocional que se adapte a esta nueva situación de un integrante de la

familia. Asimismo, los familiares inician nuevos proyectos (laborales, de pareja) que no contribuyen a un adecuado desarrollo del vínculo con el familiar internado.

Cabe destacar que un escaso número de familiar se presentan como receptivas al retorno del familiar en cuidados paliativos al hogar. Son familias que se caracterizan por presentar una estructura armoniosa, involucradas activamente en el tratamiento de pacientes y sus cuidados, que realizan visitas regulares y que trabajan en conjunto con el equipo de salud para el regreso a casa. Hay experiencias exitosas en donde el paciente ha retornado al hogar y las familias logran manejar las situaciones de alerta y los cuidados y prácticas médicas básicas.

Conclusiones

En este trabajo observamos una tensión entre las necesidades de los adultos mayores- de enfrentar esta nueva etapa con todo lo construido a lo largo de los años vividos para continuar posicionándose como protagonistas, realizando actividades relegadas, descubriendo potencialidades inesperadas, creativas y productivas- y el estilo de las familias en nuestras sociedades. Este estilo de vida impone un ritmo laboral, social y cultural que no contribuye a integrar al adulto mayor en cuidados paliativos a la vida familiar.

En este sentido, sostener y reforzar los espacios que les permiten continuar reclamando y defendiendo su lugar en lo social; desde donde comenzar a armar un lenguaje propio, aquel que los identifica como grupo con deseos y proyectos.

El ritmo de la vida que poseen los integrantes de estas familias, en relación a su actividad profesional, laboral y social contribuye a generar multiplicidad de barreras para el retorno del paciente en cuidados paliativos al hogar.

El agotamiento familiar tanto emocional como psicológico que producen las prolongadas estadías en internación de cuidados intensivos como en cuidados paliativos desdibuja el vínculo parental, generando la resistencia familiar a la reinserción en el hogar del adulto mayor.

Las familias, por su parte, deben procurar convertirse en una red de contención ante este adulto mayor que se encuentra inserto en una cultura posmodernista que se contrapone con muchas de las ideas, creencias y valores con los que crecieron.

Será tarea del equipo de salud promover acciones tendientes del regreso al hogar, tales como afianzar los vínculos y roles del paciente con la familia, brindar información sobre medidas de alarma, fomentar la escucha activa y la sociabilización en la comunidad. Asimismo, alcanzar un trabajo interdisciplinario, que contemple al adulto mayor como una integridad biopsicosocial y procurar una permanente actualización de los recursos humanos que incursionan en el campo de la vejez, a fin de que desde cada intervención se responda a las transformaciones y fenómenos sociales vigentes.

Referencias Bibliográficas

Abellán, A., Esparza, C. y Pérez, J. (2011). Evolución y estructura de la población en situación de dependencia. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 29(1), 93-123.

Antonucci, J.R. y Jackson, J.S. (1990). Apoyo social, eficacia interpersonal y salud: una perspectiva del transcurso de la vida. En L. Carstensen y B.A. Edelstein (Eds.), *Gerontología clínica. Intervención psicológica y social*. Barcelona: Martínez Roca. Barenys, M.P. (1990). *Residencias de ancianos. Análisis sociológico*. Barcelona: Fundación La Caixa.

Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.

Bayarre, H.D., Pérez, J. y Menéndez, J. (2008). Las transiciones demográfica y epidemiológica y la Calidad de Vida objetiva en la tercera edad. *Geroinfo*, 1(3).

Buendía, J. (1994). *Envejecimiento y psicología de la salud*. Madrid: Siglo XXI.

Cava, M.J. y Musitu, G. (2000). Bienestar psicosocial en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 10(4), 215-221.

Cerquera, A.M. y Meléndez, C. (2010). Factores socioculturales asociados a las características diferenciales de la depresión a través del envejecimiento. *Pensamiento Psicológico*, 14(7), 63-72.

Chappell, N.L. (1991). *The role of family and friends in quality of life*. Los Angeles: Academic Press. Connidis, I. (1989). *Family ties and aging*. Toronto: Butterworths.

Craig, G. (1996). *Desarrollo psicológico*. México: Prentice Hall Hispanoamericana.

European Social Survey (2006). *Data file edition 3.3*. Norway: Norwegian Social Science Data Services.

Fernández, A. (1998). *Apoyo social y Calidad de Vida en personas mayores*. Madrid: Imprenta Serrano.

Gaymu, J. (2008). What family support will dependent elders have in 2030? European projections. *Population & Societies*, 444, 1-4.

Gázquez, J.J., Pérez-Fuentes, M.C., Fernández, M., González, L., Ruiz, I. y Díaz, A. (2009). Estereotipos sobre la vejez y su relación con la formación en gerontología: un estudio intergeneracional. *European Journal of Education and Psychology*, 2(3), 263-273.

Gómez, M., López, A., Moya, M. y Hernández, O.R. (2005). Influencia de algunas variables en las relaciones familiares del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21, 1-12.

Guillén, F. (1998). *Atención a personas mayores que viven en residencias: Protocolos de intervención psicosocial y sanitaria*. En: Ministerio del trabajo y asuntos sociales IMSERSO. Los problemas familiares (p. 196-208). Madrid: IMSERSO.

Hoffman, L., Paris, S. y Hall, E. (1996). *Psicología del desarrollo*. Madrid: McGraw-Hill.

Jiménez, E. (2011). Psychosocial characterization of aged people who committed suicide. *Medisan*, 15(3), 339-345.

Leiva, F. (1995). La Calidad de Vida como método de valoración de las actuaciones en atención primaria. *Atención Primaria*, 16(1), 130-137.

Lex, E.I., Hernández, R., Pereira, I. y Sardiña, O. (2008). Caracterización de la atención familiar al adulto mayor. *AMC*, 12(6).

BARROS, Carmen, 1998: "Aspectos sociales del envejecimiento". Santiago de Chile, Revista Epas.

BEAUVOIR, Simone de, 1968: "La Vejez". Buenos Aires, Editorial Sudamericana.

COMPORT, Alex, 1984: "La Edad Dorada". Madrid, Editorial Debate.

CORDERO, Liliana, CABANILLAS, Silvia y LERCHUNDI, Gladys, 2003: "Trabajo Social con adultos mayores". Buenos Aires, Editorial Espacio.

GASCON, Silvia (Conferencia Central), 2002: "Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento". Madrid (España).

GASTRON, Liliana y ANDRÉS, Haydee, 1995. “Análisis sociológico del envejecimiento femenino: un entrecruzamiento de los estudios sobre la vejez y los estudios de género”. Buenos Aires, Universidad Nacional de Luján –Universidad de Buenos Aires.

IACUB, Ricardo, 2001: “Proyectar la vida: el desafío de los adultos mayores”. Buenos Aires. Editorial Manantial.

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO Y EDUCACIÓN PARA EL ALTA

Champonois Paula

Abstract

Es importante detectar y prevenir las caídas en los adultos mayores, porque estas pueden tener graves consecuencias a nivel de la morbilidad, mortalidad y dependencia, convirtiéndose en un grave problema de salud pública por las lesiones que producen. En la mayoría de los casos responden a una inadaptación entre la persona y su entorno de origen multifactorial. Los objetivos de este programa consisten en tomar conciencia del impacto que provocan las caídas sobre la salud del adulto mayor, favorecer la formación gerontológica de los profesionales de enfermería, prevenir las caídas dentro de una institución hospitalaria y, educar al paciente y/o familia, para prevenirlas también en el domicilio.

Es frecuente que el Adulto Mayor que presenta una caída, desarrolle temor de volver a caer, lo que puede provocar limitación en la realización de las actividades de la vida diaria, por ello restringen la deambulacion lo que conduce a aumentar la incapacidad funcional, a que se aíslen socialmente y desarrollen un cuadro depresivo.

Con la implementación de este programa estaríamos previniendo las caídas de los adultos mayores y por tanto las consecuencias que traen aparejadas las mismas.

Preventing falls in hospitalized patients and education for discharge.

It is important to detect and prevent falls in the elderly, because they can have serious consequences in terms of morbidity, mortality and disability, becoming a serious public health problem for injuries that occur. In most cases they respond to maladjustment between the person and their environment, related to multifactorial origin. The objectives of this program are to create awareness of the impact caused by falls on the health of the elderly, promote gerontological training of nurses, prevent falls within hospital environment and educate the patient and/or family, to prevent them also in home environment.

Often, the Elderly that presents a fall, develops fear of falling again, which may cause limitation in performing activities of daily life, reason that makes them restrict mobilization leading to increased functional disability, isolate themselves socially and develop depressive symptoms.

With the implementation of this program we would be preventing falls in the elderly and therefore the consequences associated to it.

Introducción

La OMS define las caídas como: “consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al paciente al suelo en contra de su voluntad”. (1)

Es importante detectar y prevenir las caídas en los adultos mayores, porque estas pueden tener graves consecuencias a nivel de la morbilidad, mortalidad y dependencia, convirtiéndose en un grave problema de salud pública, por las lesiones que producen, en la mayoría de los casos responden a una inadaptación entre la persona y su entorno de origen multifactorial.

La prevalencia de caídas en el adulto mayor varía del 30 al 50% con una incidencia anual de 25 a 35%. Del 10 al 25% de las caídas en el adulto mayor provocan fracturas, 5% requiere

hospitalización. Las caídas son el 30% de la causa de muerte en los mayores de 65 años. Estadísticas internacionales señalan que cerca de un tercio de las personas de 65 y más años que viven en sus casas sufren una o más caídas cada año y que, de estas, aproximadamente una de cada cuarenta ingresará a un hospital. (1)

Desarrollo

Las caídas se pueden clasificar en dos grupos fundamentales, las accidentales y las no accidentales. La caída accidental es cuando un factor extrínseco actúa sobre una persona que está en estado de alerta y sin ninguna alteración para caminar originando un tropezón o resbalón con resultado de caída.

Las caídas no accidentales pueden ser de dos tipos:

1. Aquellas en las que se produce una situación de pérdida súbita de conciencia en un individuo activo.
2. Aquellas que ocurren en personas con alteración de la conciencia por su estado clínico, efectos de medicamentos o dificultad para la deambulación.

Hay mayor frecuencia de caídas en mujeres que en hombres con una relación en paciente de 75 años o más, 35 hombres por cada 43 mujeres.

Todo lo que altere la marcha y equilibrio contribuye a favorecer las caídas.

- Disminución de agudeza visual y alteración de la acomodación.
- Reducción de la circulación sanguínea y de la conducción nerviosa del oído interno.
- Disminución de la sensibilidad propioceptiva.
- Enlentecimiento de los reflejos.
- Sarcopenia, atrofia muscular.
- Atrofia de partes blandas (ligamentos, tendones, cápsula articular, meniscos).
- Degeneración de estructuras articulares (artrosis).

El tipo de lesión más frecuente en las caídas del adulto mayor son:

1. Equimosis 97%
2. Contusión 99.5%
3. Fractura no expuesta 87%

Las estructuras más lesionadas son:

1. Cadera 50%
2. Cabeza y cara 24%
3. Mano 10%
4. Hombro 9%
5. Tobillo 9%.

La mayoría de las caídas ocurre en casa 62%, y vía pública 26%. El lugar en casa en que con mayor frecuencia ocurren las caídas es: la habitación 27%, el patio 21%, el baño 14%, la escalera 13%, la cocina 10%.

Los mecanismos más frecuentes de caída son:

- Resbalón 39%
- Trepiezo 27%
- Pérdida de equilibrio 23%. (1)

Las caídas constituyen uno de los síndromes geriátricos más importantes por su elevada incidencia y especialmente por las repercusiones que va a provocar en la calidad de vida del anciano como del cuidador. (2)

Según estudios realizados, los adultos mayores con mayor riesgo de caer son:

- Personas del sexo femenino;
- Mayores de 75 años;
- Aquellas personas con mayor dependencia para las actividades de la vida diaria;
- Quienes toman más de 3 medicamentos (hipotensores, hipoglucemiantes y psicofármacos) al día;
- Las personas con alteraciones visuales y auditivas;
- Personas portadoras de enfermedades crónicas, neurológicas, osteoarticulares y musculares;
- Personas que se exponen a barreras arquitectónicas;
- Aquellos con antecedentes de caídas (el 75% podría sufrir una nueva caída en los siguientes seis meses).

Programa de prevención de caídas hospitalarias

Teniendo en cuenta estos aspectos se propone el siguiente programa de prevención de caídas hospitalaria, cuyos objetivos generales serán:

1. Reconocer que las caídas tienen alto impacto sobre la salud de los adultos mayores.
2. Favorecer la formación gerontológica de los profesionales de enfermería que entran en contacto con los adultos mayores hospitalizados.
3. Reconocer la importancia de prevenir las caídas dentro del hospital.
4. Educar antes del alta médica, al paciente, la familia y/o el cuidador para prevenir las caídas en el domicilio.

Dicho programa contará de 4 pilares fundamentales enfocados en:

- 1) **Educación o capacitación gerontológica del personal de enfermería que atiende a adultos mayores dentro de una Institución Hospitalaria.**
- 2) **Valoración del riesgo de caída de un adulto mayor al ser hospitalizado**
- 3) **Valoración del riesgo de caída, previa al alta**
- 4) **Educación al paciente cuidador o familia.**

1. Educación o capacitación gerontológica del personal de enfermería que atiende a adultos mayores dentro de una Institución Hospitalaria

Se hace necesario que los adultos mayores, una vez hospitalizados (cualquiera sea el motivo de la internación) sean asistidos por personal de enfermería idóneo. Profesionales con formación académica acorde a la tarea que desempeñan y con conocimientos de los aspectos gerontológicos. Para brindar un cuidado integral, favoreciendo desde el primer momento la prevención de caídas y educando al paciente (si es posible) y a la familia para el regreso al hogar.

Es de fundamental importancia que el personal de enfermería lleve a cabo una valoración geriátrica integral (VGI), para identificar, describir y cuantificar, a través de diferentes escalas de valoración, los problemas biopsicofuncionales que pueden presentarse en las personas ancianas, para llegar a un plan de cuidados global, optimizando la utilización de los recursos y garantizando el seguimiento.

La VGI es una de las mejores herramientas de las que disponemos actualmente para detectar las disfunciones existentes en el anciano, para cuidarlo con mayor eficacia.

2. Valoración del riesgo de caída de un adulto mayor al ser hospitalizado.

Una vez que el paciente es internado (cualquiera sea el motivo). Se procederá a realizar una valoración exhaustiva según la escala de Downton, para detectar si éste paciente tiene o no riesgo de caída.

En la misma se valoran los siguientes ítems: caídas previas, fármacos que se le administran, déficits sensoriales (visual y auditivo), estado mental y deambulación.

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS		ALTO RIESGO > 2
CAÍDAS PREVIAS	NO	0
	SI	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes, sedantes, Diuréticos, antidepresivos, otros	1
DÉFICITS SENSORIALES	Ninguno	0
	Alteraciones visuales, auditivas	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda, insegura	1

Si al concluir la misma se obtiene un resultado **mayor a 2**, se considera que el paciente tiene “Alto Riesgo de Caídas” El enfermero que realiza la valoración, será el responsable de implementar los cuidados necesarios para disminuir el riesgo de caídas mientras dure la internación.

Los cuidados para la prevención de caídas en el adulto mayor hospitalizado serán los siguientes:

- Informar al paciente (si es posible) y a la familia, respecto de porqué se toman las medidas abajo mencionadas;
- Identificación del paciente con pulsera y signo de riesgo de caída;
- Paciente acompañado;
- Barandas elevadas;
- Luz de noche encendida;
- Timbre de enfermería cerca;
- Reevaluación de la farmacología indicada.

FÁRMACOS QUE PUEDEN PROVOCAR CAÍDAS	
Antihipertensivos	amlodipina, nifedipina, enalapril, atenolol, propranolol, carvedilol, esmolol, nebivolol, sotalol, bisoprolol
Diuréticos	hidroclorotiazida, furosemida, hidralazina, amiloidea, espironolactona
Relajantes musculares	carisoprodol, baclofeno, y relajantes musculares usados en quirófano: pancuronio, vecuronio, rocuronio, succinilcolina, atracurio
Benzodiacepinas y similares	lorazepam, midazolam, diacepam, clonacepam, alprazolam, bromazepam
Anticonvulsivantes	ácido valproico y derivados, vigabatrim, clobazam, fenitoína, etosuximida, topiramato, fenobarbital, lamotrigina, carbamacepina y oxcarbazepina
Antidepresivos	citalopram, escitalopram, venlafaxina y derivados, amitriptilina, fluoxetina, sertralina, mirtazapina, zolpidem

3. Valoración del riesgo de caída, previa al alta.

En forma conjunta el médico geriatra favorecerá a través del kinesiólogo y/o enfermería la evaluación de riesgo de caídas previa al alta, a través de la valoración del equilibrio estático y dinámico, para detectar cambios que hubieran podido surgir durante la estadía hospitalaria.

La magnitud en los costos de la dependencia funcional inducida (rehabilitación, cuidadores, residencias) a consecuencia de la caída de un adulto mayor es suficiente para avalar la adopción de programas preventivos generalizados que mejoraran la calidad de vida del paciente.

El equilibrio estático se medirá con la prueba **Estación Unipodal** y el equilibrio dinámico con la prueba **Timed Up and Go**.

a) **Estación Unipodal**

Consiste en mantener el equilibrio corporal el mayor tiempo posible apoyado en una extremidad inferior.

La persona a evaluar deberá estar con:

- Calzado cómodo (zapatilla, zapato cerrado, zapato c/tacón de altura fisiológica 2 a 3 cm. de altura máxima).
- En posición de pie.
- Los brazos cruzados delante del tórax y apoyados en los hombros.
- Sin usar ningún tipo de ayuda técnica.

El evaluador deberá:

- Demostrar previamente a la persona mayor como se ejecuta esta prueba, luego;
- Ubicarse a un costado de ella y estar atento a posibles pérdidas de equilibrio.
- Registrar el mejor tiempo de ejecución de la prueba con un cronómetro.
- Registro de la prueba:

A la orden del evaluador, la persona deberá levantar una extremidad inferior hasta lograr una posición de 90° en cadera y rodilla. En ese momento se inicia el registro del tiempo (cronómetro) en que la persona es capaz de mantener esta posición. Es necesario que la persona repita la prueba tres veces en cada lado, registrando el mejor tiempo obtenido. Luego, se debe repetir en el lado contrario.

Se considera que presenta un equilibrio **normal**, a aquella persona que es capaz de mantener la posición descrita por más de 5 segundos.

Equilibrio **alterado**: persona que registra menos de 4 segundos sobre la extremidad de apoyo.

Criterios de suspensión de la prueba:

- Descruzar los brazos y buscar apoyo.
- Las extremidades inferiores se tocan entre sí
- Cuando el pie elevado toca el suelo.
- Pierde el equilibrio.

b) **Timed Up and Go (Levántate y camina)**

Consiste en caminar, lo más rápido que pueda, sobre una pista previamente trazada, entre las patas de una silla (sin apoyabrazos) y un cono ubicado en línea recta a 3 metros de distancia.

Al inicio de la prueba la persona debe estar sentada, con la espalda apoyada contra el respaldo de la silla, con los brazos colgando a ambos costados sin tocar los muslos, y los pies colocados justo detrás de la línea de partida.

El evaluador se ubica de pie, a un costado de la trayectoria de la persona, a media distancia entre la línea de partida y la marcación a tres metros de esta.

A la orden de partida, se pide que se levante de la silla y, camine lo más rápido que pueda en dirección al cono, de la vuelta, y regrese a la silla, volviendo a retomar la posición de sentado.

El evaluador cronometra el tiempo desde que se da la orden de partida y despega la espalda de la silla, hasta que el sujeto tras caminar los seis metros y retornar, apoya su espalda contra el respaldo de la silla. **Si la realiza en un tiempo igual o menor a 20 segundos se considera normal; si tarda más se considera alterado**

4. Educación al adulto mayor, cuidador o familia.

Objetivo:

Conocer y controlar las barreras y obstáculos del interior de la casa que puedan generar caídas.

Dependiendo del grado de dependencia que el paciente tenga al momento del alta se educará al paciente, familia y/o cuidador.

- En la **Prevención Primaria**: (si el paciente egresa siendo totalmente independiente) buscaremos la reducción de los riesgos, de la susceptibilidad y de la vulnerabilidad.

Se entregará el siguiente folleto formativo y se buscará motivar, para que se tomen las medidas necesarias para modificar en el hogar las barreras que puedan ocasionar caídas.

Cómo prevenir las caídas

- Mantenga sus zonas iluminadas en casa durante el día. La iluminación nocturna es también muy importante. Tenga acceso al interruptor o sea y presione que la luz no se apague.
- Evite la colocación de objetos a baja altura.
- Si tiene inestabilidad, use una silla de ducha e intente hacer coincidir el uso cuando esté acompañado.
- No use alfombras en casa; son un factor de riesgo.
 - Cuando se inicie, espere en la silla o el fin de la cura una vez terminada, hasta asegurarse de que no está mareado.
 - Andar con chancas, calcetines o mudas son un peligro: un caído ocurre **silenciosamente**.
- El suelo, sin objetos.
- No lleve ropa demasiado holgada o que amarse.
- Si tiene animales domésticos, evite que circulen por las habitaciones.




Más vale prevenir que curar

- Coloque barandillas en las escaleras así como agarres en la ducha y el inodoro.
- Revise su dispositivo de apoyo: si usa bastón, andador o muletas tienen estar en perfectas condiciones.
- Haga ejercicio regular; mejorará su **equilibrio**. Bailar, hacer Tai-Chi o simplemente caminar, ayudará a aumentar su estabilidad.
- No se auto-medique y consulte a la enfermera de su centro de salud si toma más de 3 **fármacos** al día. Especial cuidado si toma benzodiazepinas, antihipertensivos, diuréticos o antidepresivos.
- Mantenga sus **oídos saludables** (gafas y audífonos adecuados).
- Si necesita ayuda en su vida diaria, procure darle esta información a su **cuidador/a**.
- Tenga un teléfono a mano o un dispositivo como el botón de teleasistencia.
- Al subir las escaleras, apóyese de la barandilla y no transporte objetos que le impidan ver los peldaños.

Si tiene sobrepeso, procure controlar su dieta y disminuir su peso bajo control de su médico o enfermera. Intente consumir alimentos ricos en sales. Así mismo, si tiene dedos gordos entorpecidos, es aconsejable que gane peso (será posible evitar una caída).

Consecuencias de una "mala caída"

Las caídas y sus consecuencias suponen una de las principales causas de muerte en mayores de 65 años. Además, son causa directa de:

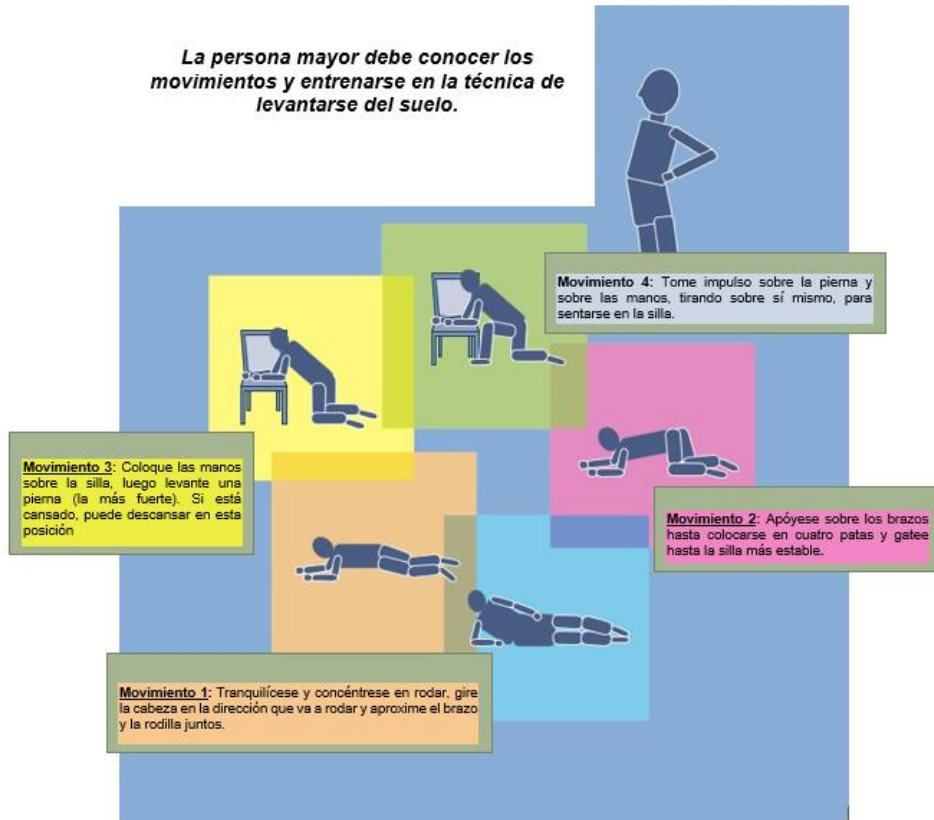
- Fracturas (sobre todo en antebrazo, cadera), lussiones y esguinces.
- Incontinencia que conlleva a la debilidad muscular y a una recuperación lenta. Además, aumenta el riesgo de sufrir úlceras por presión (escaras).
- Aislamiento social, depresión, ansiedad, confusión, pérdida de autonomía y miedo a volver a caer.
- Ingreso hospitalario o institucional por la pérdida de autonomía para las actividades de la vida diaria.



ANEXO I

También se educará, sobre cómo levantarse después de una caída. (3)

La permanencia en el suelo tras la caída durante un tiempo prolongado es un factor de mal pronóstico que se ha asociado con graves complicaciones: **hipotermia, deshidratación, infecciones respiratorias y urinarias, úlceras por presión**, entre otras. Es importante, por tanto, el entrenamiento para que el adulto mayor caído pueda levantarse por sí mismo y sin ayuda



En la **Prevención Secundaria**: (si el paciente egresa siendo semidependiente) realizaremos la valoración, e intentaremos anticiparnos a los problemas. Considerando seriamente en forma interdisciplinaria si el paciente requiere de dispositivos de apoyo para la deambulación. En ese caso será necesario educar sobre el uso de los mismos.

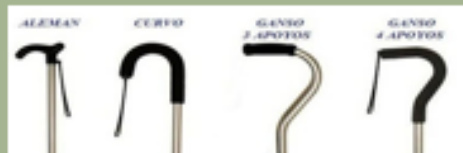
Se entregará el folleto formativo (mencionado en Prevención Primaria)

Se educará sobre el uso de los dispositivos de apoyo, dependiendo del indicado para cada paciente en particular.

Selección y uso de un bastón

Use el bastón en forma segura:

1. Ponga todo el peso en la pierna "buena" y luego mueva el bastón.
2. A menos que se indique lo contrario, use el bastón en el **lado opuesto** de la pierna lesionada o más débil.
3. Apoye el bastón firmemente en el suelo antes de dar un paso.
4. No coloque el bastón demasiado adelante de usted ya que este podría resbalarse.
5. Las puntas de goma antideslizantes permiten evitar los resbalones.
6. Revise las puntas con frecuencia y cámbielas si se ven desgastadas.
7. Si no se siente cómodo con el bastón, pídale a su kinesiólogo que lo ajuste.



Selección y uso de un andador

Use el andador en forma segura:

1. Desplace el andador un paso adelante de usted. Apóyelo firmemente en el suelo.
2. No coloque el andador demasiado adelantado ya que podría resbalarse.
3. Inclínese un poco hacia adelante y sosténgase del andador a modo de apoyo.
4. De un paso.
5. Repita el ciclo.
6. Las puntas de goma antideslizantes (regatones) permiten evitar los resbalones.
7. Revise los regatones con frecuencia y cámbielos si se ven desgastados



- En la **Prevención Terciaria**: (si el paciente egresa siendo dependiente) trataremos el problema, aplicando medidas de rehabilitación en forma conjunta con los profesionales de las áreas pertinentes.

Será importante tener en cuenta aquí, la VGI, ya que la intensidad, la duración y el contenido de los ejercicios de rehabilitación a realizar por cada adulto mayor, será planificado en forma individual, según el requerimiento de cada caso en particular.

La **intensidad** se incrementará progresivamente.

La **duración** será entre 10 y 15 minutos.

Los **contenidos** serán: ejercicios de flexión, de fuerza muscular y de equilibrio.

Con la implementación de este programa estaríamos previniendo las caídas de los adultos mayores y por tanto las **consecuencias** que traen aparejadas las mismas:

- ✓ **Síndrome Post Caída.**
- ✓ Lesiones de tejidos blandos.
- ✓ Fracturas (cadera, fémur, húmero, muñeca, costillas).
- ✓ Hematoma subdural.

- ✓ **Hospitalización** (complicaciones que llevan a la inmovilización y riesgo de enfermedades iatrogénicas).
- ✓ **Dependencia** (limitación de la movilidad por lesión física).
- ✓ **Riesgo de institucionalización.**
- ✓ **Muerte.**

La persona mayor que se cae una vez tiene mayor riesgo de volver a caerse en los próximos meses. La caída puede ser la manifestación de fragilidad en el Adulto Mayor, y además ser un predictor de muerte.

Es frecuente que el Adulto Mayor que presenta una caída desarrolle temor de volver a caer, lo que puede provocar limitación en la realización de las actividades de la vida diaria, por ello restringen la deambulación lo que conduce a aumentar la incapacidad funcional, a que se aíslen socialmente y desarrollen un cuadro depresivo. (4)

Referencias Bibliográficas

De Santillana Hernández Sonia Patricia. Caídas en el Adulto Mayor, Factores Intrínsecos y Extrínsecos. Rev. Med. IMSS 2002;40 (6): 489

Gac E. Homero. Caídas en Adultos Mayores Institucionalizados Descripción y Evaluación Geriátrica. Rev. Med. Chile 2003; 131: 887 -894.

Rubén López; Eladio Mancilla S; Alicia Villalobos C; Patricio Herrera V. Manual de Prevención de Caídas del Adulto Mayor. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud.

Manuel Quintanilla Martínez. Cuidados Integrales de Enfermería Gerontogerítricos. Ed Monsa. España 2010.

CLÍNICA DE LA VEJEZ EN EL SIGLO XXI: MITOS Y REALIDADES. EL APEGO Y LA ACTIVIDAD

Gabriela Pisano

Palabras claves: Posmodernidad. Adultos mayores. Agerasia. Personalidad de base. Psicología clínica.

Introducción

La posmodernidad con sus avances científico-tecnológicos trajo aparejado un aumento en la población de adultos mayores que se va incrementando año tras año en detrimento de la tasa de natalidad. Dicha realidad nos lleva a cuestionarnos las conceptualizaciones sobre la vejez con las que se ha venido abordando clínicamente desde la psicología esta etapa de la vida. Desde una visión biopsicosocioaxiocognitiva se impone ampliar la perspectiva con la finalidad de realizar una praxis más ética y apropiada. Pensar a la vejez como proceso inherente a la vida y como continuidad y consecuencia de la personalidad que se va construyendo y reconstruyendo desde el inicio de la infancia. Es el objetivo de este trabajo reflejar lo que la clínica hoy nos muestra a los que trabajamos con adultos mayores. El imaginario social se ha modificado al igual que la realidad y la calidad de vida, es por ello que la transdisciplina nos aporta el camino para entrelazar los conocimientos que desde diferentes ciencias confluyen en la singularidad de cada paciente, de su manera de ser, de pensar, de valorar, de disfrutar, de padecer; en síntesis, lo que nos lleva a realizar un trabajo artesanal de caso único. La vejez como proceso inicia en la misma gestación, es allí donde se iniciará el condicionamiento genético que marcará la biopredisponibilidad que dejará su impronta en el acontecer de la vida del hombre. La línea de la vida de cada humano está dividida y denominada con diversos nombres que apuntan a dar las características propias de cada proceso. Si bien se las toma por separado, no son otra cosa que una sucesión de puntos de la misma recta que todos vamos transitando tramo a tramo para concluir en un envejecimiento lento, progresivo y continuo.

Desarrollo

Hablar de vejez en la actualidad implica redefinir conceptos, teorías, imaginarios sociales, políticas de salud, etc., dado que ya en 1998 las estadísticas presentadas en el Primer Congreso Internacional sobre el Hombre al Envejecer en Ginebra estimaban que, para el 2050 la población de adultos mayores sería 16 veces mayor a nivel mundial. Dichos datos combinados con la postergación de la maternidad dan por resultado una inversión en las pirámides poblacionales en general, que lentamente hemos ido comprobando con el correr de los años.

Los que trabajamos con esta población hace años, entendemos que dicho aumento se debe a la confluencia de múltiples factores que, desde una visión holística podemos denominar biopsicosociocognitivos.

FACTORES BIÓTICOS: en este aspecto, partimos del descubrimiento de la penicilina por Alexander Fleming en 1928, en el curso de sus investigaciones sobre la gripe. Su hallazgo revolucionó la salud ya que no sólo se contaba con el sistema inmunológico para combatir bacterias, sino que la creación de antibióticos disminuyó la mortandad en todas las edades. A su vez la creación de diversas vacunas fortaleció la capacidad humana de defensa frente a

microorganismos que en otros contextos sociohistóricos llevaban a la muerte irremediadamente. Las dietas variadas asociadas a una alimentación continua y nutrición consecuente han favorecido la calidad de la salud orgánica general. Por último, podemos también nombrar el incremento de actividades deportivas y recreativas como forma de prevención de trastornos cardiovasculares.

FACTORES PSÍQUICOS: La capacidad de conservar un proyecto de vida personal e independiente, sumado al incremento de lazos sociales que apunten a la inclusión, la recreación y con ello promover aprendizaje otorga un sentido diferente al acontecer del adulto mayor. A su vez hay que tener en cuenta la personalidad de cada uno porque esto va a dar los diferentes resultados en cada manera de vivir; de la personalidad que el hombre va desarrollando depende, la capacidad para resolver conflictos, adaptarse a situaciones nuevas, tolerancia a la frustración, resiliencia, agerasia, continuidad en la sexualidad y genitalidad, sentido del humor, etc.

FACTORES SOCIOCOGNITIVOS: La evolución tecnológica ha realizado enormes aportes a la sobrevida actual en diferentes áreas, por ejemplo en el campo de la medicina los estudios por neuroimágenes posibilitan diagnósticos más precisos y precoces; en cuanto al confort, la calefacción ha disminuido las afecciones bronquiales propias de la época del carbón como única forma de dar calor en los hogares, el agua caliente los lavarropas disminuyeron la artrosis característica de generaciones anteriores; la creación de centros de jubilados, en los cuales se pueden reunir divertirse con pares desarrollando actividades que van más allá del clásico cuidado de nietos y las tareas domésticas. La educación obligatoria masiva incrementó el acceso a las universidades, lo cual repercutió en un desarrollo mayor de plasticidad neuronal que, a la hora de envejecer opera como paracaídas ya que, la degeneración neuronal inevitable encuentra en el desarrollo dendrítico un dique de contención.

La confluencia de dichos factores es lo que cada adulto mayor denuncia en su modo de ser. De ahí que estos meros ejemplos dan fundamento a la necesidad de conformar equipos y aprender a trabajar transdisciplinariamente. Es quizá lo más llamativo el impacto que tiene en el hombre en general en los adultos mayores en particular el concepto de vejez en el imaginario social, que si bien ha ido variando a lo largo de los años en algunos aspectos sigue siendo complejo. Es por ello que comenzaremos por revisar la definición del concepto según la Real Academia Española.

Etimológicamente el término vejez se forma de la raíz latina *vetusto*, que significa antiguo y del sufijo *ez* que implica cualidad. En este sentido, la vejez sería un sustantivo femenino cuya esencia es la cualidad de ser antiguo.

Según Iacub (2011), la vejez ha sido definida de un modo instrumental como una significación, que produce un corte en lo social en términos laborales o biológicos.

Con esa carga es coherente el repudio general que se ha ido generando sobre la etapa. Ese, es uno de los motivos que nos lleva a los que trabajamos en clínica de adultos mayores, a pensar y repensar teorías, abordajes, criterios clasificatorios, etc. Una de las mejores opciones es dejar de tomarla como una etapa y comenzar a considerarla como un proceso integral de vivir. En tanto etapa se la estima como desgajada de lo propio, despojada de la vitalidad inherente a otras etapas, etc., en síntesis, se la desvaloriza con tanta intensidad que sólo conduce al rechazo, la negación, la no aceptación y todo tipo de distorsión. Lo cierto es que la vejez es parte de la vida humana, actualmente la más prolongada y lejos de los prejuicios que la mayoría sostiene es una etapa vital, sana, divertida, con proyectos, erotizada y ello es así siempre y cuando sea la continuidad de una vida vivida con esas condiciones. Cuando nos muestra otra cara no es diferente de cómo haya vivido todas las etapas previas la misma

persona. Es por ello que seguir hablando de tercera edad en el siglo XXI es absurdo y obsoleto. De hecho, el primer interrogante sería definir las dos anteriores y toda la psicología ha definido muchas más que dos previas a la tercera, por eso siguiendo con los lineamientos originales sería correcto hablar de infancia, pubertad, adolescencia, juventud, adultez joven, adultez madura y adultos mayores.

La vejez como proceso inicia en la misma gestación, es allí donde se iniciará el condicionamiento genético que marcará la biopredisponibilidad que dejará su impronta en el acontecer de la vida del hombre. La línea de la vida de cada humano está dividida y denominada con diversos nombres que apuntan a dar las características propias de cada proceso. Si bien se las toma por separado, no son otra cosa que una sucesión de puntos de la misma recta que todos vamos transitando tramo a tramo para concluir en un envejecimiento lento, progresivo y continuo (Pisano, 2015).

La resistencia al concepto de vejez tiene más relación con el sentido que el término ha tenido en los diferentes contextos sociohistóricos. Si la vejez tiene una mala conceptualización para el imaginario social, causará un impacto negativo en aquellas personas que se encuentran transitando dicho proceso, al igual que en los profesionales tratantes de dichas personas y de la sociedad en general. De ahí que se imponga la necesidad de distinguir entre los mitos y las realidades que contextualizan dicha etapa en la posmodernidad que vivimos.

Siguiendo los planteos de Salvarezza (2005), nos encontramos con una serie de prejuicios, que deberíamos comenzar a plantearnos en términos de mitos y realidades dado que no concuerdan con lo observado en la población general de adultos mayores; los más frecuentes encontramos que el autor menciona son: que lo primero que se considera es la enfermedad como status propio y patognomónico, de ahí otro mito que dice que los adultos mayores sólo hablan de médicos y problemas de salud; que surgen nuevos mecanismos de defensa y también existen gerontólogos y gerontopsicólogos que parten de pensar que la mala predisposición promueve el rechazo al lazo social y los torna inanalizables. Por último y a mi criterio el más grave de todos es, el que hace que los profesionales que abordan este proceso los considere desertizados.

Trabajando con esta población hace más de diez años, es mucho lo que me han enseñado y me permite cuestionar todos estos prejuicios, a saber, la enfermedad es una comorbilidad que no está presente en todos los adultos mayores, si bien hay un desgaste biótico que como señalamos previamente se relaciona con la biopredisponibilidad adquirida durante la gestación y condicionada por la manera de vivir de cada persona, es precisamente esa diferencia la que rompe el mito de estándar. Veo pacientes de más de 75 años que han llevado una vida saludable y afectiva y por lo tanto no presentan enfermedades ni mucho menos hablan permanentemente de ello. A su vez veo pacientes de menor edad y que por su manera de vivir promueven enfermedades orgánicas en su cuerpo y ello hace que su discurso circule por la enfermedad constantemente.

Con respecto a la nueva estructuración psíquica tampoco es patrimonio de envejecer, sino que, cuando se observa es la consecuencia de la comorbilidad de un daño subcortical o cortical localizado o difuso; que a su vez actualmente, podemos observar con una elevada y alarmante frecuencia en personas jóvenes, como consecuencia del distress con el que la población mundial del siglo XXI vive.

La mala predisposición y el rechazo social está absolutamente contradicho por la creación de centros para jubilados con la consecuente participación en todas las actividades que promueven, los viajes que organizan, la búsqueda de pareja y el deseo de divertirse. Lo que

cabría preguntarnos es por qué los únicos ausentes son los familiares del adulto mayor. Por otra parte, si bien existe la jubilación como límite social que expulsa a las personas del sistema productivo, hoy no podemos dejar de ver que dejó de ser un impedimento para académicos, profesionales, comerciantes, deportistas, etc., son cada día más los seres humanos que no acotan su vida en ese límite social. El adulto mayor no experimenta un cambio de estructura psíquica, simplemente está más en contacto con sus emociones y por ello detecta con mucha facilidad la falta de interés y compromiso en el otro sea éste un profesional tratante, un familiar, vecino, cuidador o empleado.

Si nos tomamos unos minutos de las entrevistas de admisión para hacer un recorrido biográfico, rápidamente observamos y comprobamos que aquellas personas con mala predisposición y rechazo al lazo social no son diferentes de cómo han sido a lo largo de toda su vida, es decir, fue una constante vital no una nueva adquisición atribuible al envejecer. Por lo tanto, afirmo que es un rasgo de personalidad, con frecuencia asociadas a personas que portan rasgos obsesivos que los han catapultado al hacer y que han vivido toda su vida con la creencia que socializar es una pérdida de tiempo y un hecho improductivo en sí mismo.

Muy por el contrario de estos mitos y gracias los aportes de la teoría del apego, surge en 1973 la teoría de la actividad propuesta por Maddox en contraposición a la teoría del desapego, presentada por Cummings y Henry en 1961. Maddox sostuvo que los viejos deben permanecer activos tanto tiempo como les sea posible.

Es interesante retomar este concepto ya que rompe con todo imaginario social que ubica al adulto mayor en una quietud no compatible con la realidad. Mantenerse activo no sólo significa trabajar o realizar algún tipo de tarea considerada productiva para cada sociedad, si ampliamos el zoom de nuestra visión, activo significa mucho más, es importante para los adultos mayores al igual que para toda la población sentirse útiles reconocidos por lo que son y por lo que hacen; en ese sentido leer, jugar cartas, bochas, tejer o participar en redes sociales virtuales son sólo algunas de las actividades que un adulto mayor puede y es importante que realice al igual que sean valoradas por su entorno. A veces perdemos de vista que a lo largo de toda nuestra vida la mirada del otro nos condiciona, la necesitamos tanto como el oxígeno para respirar. Si esa mirada de reconocimiento nos falta, la vida y nuestras actividades pierden sentido.

Es por ello que sostengo que la personalidad de base nos dará la tonalidad de la manera de envejecer, dicha personalidad se construye desde la más temprana infancia a la sombra de diversos modelos identificatorios entrelazados con diversos contextos sociohistóricos-culturales y económicos que a su vez moldearán el desarrollo biológico y cognitivo. El hombre es una unidad compleja que requiere de un abordaje transdisciplinario. Si ese hombre se desarrolla en un ambiente facilitador, al decir de Piaget será una persona con capacidad de adaptación mientras que si sucede lo contrario el ambiente podría operar como obstáculo.

El desarrollo comienza en la gestación y culmina con la muerte, todo ser humano va transitando cada punto de esa recta que es su vida de una manera única y particular. Con esa singularidad es con la que vivimos y llegamos a ser adultos mayores.

Si a ello agregamos la capacidad afectiva de conservar un proyecto de vida que dé sentido a su existencia, el incremento de lazos sociales que apunten a la recreación, entretenimiento y aprendizajes, la capacidad para resolver conflictos, una personalidad histórica flexible y resiliente que colabora con la tolerancia a la frustración siempre que haya existido castración en su estructuración psíquica y la continuidad de la sexualidad y genitalidad; todo ello rompe con el mito de la desertización en el proceso de envejecer.

Es importante reconocer que es frecuente la disminución de algunas funciones psíquicas muchas veces asociadas a deterioro normal sensorial, las más afectadas son la atención y por ende la memoria, pero también ello depende de la biografía de la persona. Es decir que el desarrollo cognitivo haya promovido la plasticidad necesaria para operar como paracaídas en el proceso de envejecer normal. Los mecanismos de defensa no se modifican, pero sí se intensifican y en ello vuelve a cobrar sentido la biografía de la persona.

Todas las realidades mencionadas tornan al proceso de envejecer abordable, analizable y éticamente respetable.

Quizá un punto central, en los trabajadores de la salud, sea comenzar a pensar en el término agerasia, sustantivo femenino que significa la capacidad que algunas personas tienen para conservar su vigor, energía vital y la fortaleza de la juventud pese a ser adultos mayores.

De ahí que frente a la pregunta de qué hacer, las respuestas son múltiples: promover la realización de algún deporte o actividad física, en función de las capacidades de cada uno; indagar sobre la alimentación, dado que es frecuente que la pérdida de cónyuge por ejemplo, modifique los hábitos alimenticios al igual que la pérdida de piezas dentarias o de papilas gustativas; promover la socialización lo más posible, siempre en función de las motivaciones de cada paciente, es decir leer, bailar, tejer, mirar tv, hablar por teléfono, jugar cartas, buraco, etc. ; solicitar las interconsultas pertinentes que incluyan chequeos anuales, control de enfermedades preexistentes. Conocer la realidad del padecer de un paciente nos permite en la praxis distinguir síntoma de sufrimiento real; mantener el erotismo activo en todo paciente orienta el tratamiento a eros y de ahí que sea no sólo viable sino poderosamente positivo integrar la vejez a la biografía.

A modo de síntesis: ¿DE QUÉ DEPENDE EL ÉXITO EN UN TRATAMIENTO? De nuestra capacidad para diagnosticar la personalidad previa.

Si nos encontramos con una personalidad: Rígida con incapacidad para disfrutar, una mayor disposición a cumplir con el deber ser, con una crianza muy estricta, basada en la distancia emocional, un pensamiento pesimista continuo, basado en la desconfianza al mundo externo y ausencia de un pensamiento crítico, es muy probable que las oportunidades de trabajo sean a partir de la línea cognitivo conductual con la finalidad de ir construyendo y reconstruyendo una biografía y un paciente que si se llega a pensar dará un salto cualitativo que habilitará la intervención desde otras escuelas.

Pero si nos encontramos con una personalidad: Flexible, con capacidad para disfrutar, con conciencia de síntoma, con la misma predisposición al deber ser que al querer ser, con una crianza estricta pero afectiva, con optimismo y confianza en sí mismo y en el mundo externo y que además manifieste un pensamiento crítico y reflexivo, el éxito está garantizado independientemente del marco teórico desde el cual el profesional tratante se identifique.

Conclusiones

- * Los avances científico-tecnológicos prolongaron el promedio de vida, de ahí el incremento en la población de adultos mayores.
- * El imaginario social incide en la concepción que cada sociedad tiene con respecto a dicha población.
- * La vejez requiere de una revisión y actualización de teorías.
- * Se propone entenderla como proceso que se inicia en la gestación y asociada a la personalidad.

* Abordar la clínica desde los prejuicios obstaculiza cualquier tratamiento.

* El concepto de agerasia nos permite hacer mejores diagnósticos y entender las diferencias a la hora de envejecer.

Referencias Bibliográficas

Acuña, M. (1997) Talleres de activación cerebral y entrenamiento de la memoria. Paidós, Argentina

Ardilla, A. (1998) Diagnóstico del daño cerebral. Enfoque neuropsicológico. Trillas, México.

Bauman, Z. (1998) Vida líquida. Paidós, Argentina.

Bauman, Z. (2007) Miedo líquido. Paidós, Argentina.

Beck, U. (2002) La sociedad de riesgo global. Siglo XXI, Madrid.

Bowlby, J. (2009) Una base segura. Paidós, Argentina

Ey, H. (1969) Tratado de psiquiatría. Toray-Masson, Barcelona

Freud, S. (2004) Obras Completas. Amorrortu, Argentina.

Fromm, E. (2007) La vida auténtica. Paidós, Argentina.

Iacub, R. (2006) Erótica y vejez. Perspectivas de occidente. Paidós, Argentina 1ra. Edición.

Iacub, R. (2011) Identidad y envejecimiento. Paidós. Argentina.

Le Doux, J. (1999) El cerebro emocional. Planeta, Madrid.

Mas Colombo, E. (2011) Clínica Psicofisiopatológica. Ecu, Argentina

Moizeszowicz, J; Monczor, M. (2001) Psicofármacos en geriatría. Nomos S.A.

Pisano, G. (2014) Proceso de envejecer en la posmodernidad. Jornadas conmemorativas del 50 aniversario UK. La Psicología del siglo XXI: Actualizaciones, problemáticas y desafíos.

Salvarezza, L. (2005) Psicogeriatría. Teoría y clínica. Paidós, 2da. edición

Verhaeghe, P. (2011) El amor en los tiempos de la soledad. Paidós, Argentina.

LOS VÍNCULOS INTERGENERACIONALES, LA FAMILIA Y EL ADULTO MAYOR

*Andrés Febbraio, Ana Perriot, Ramiro Blanco, Laila Levy, Cristina Cantarell, Leila Marassi,
Lucia Fiasson y Mara Bangerter.*

Resumen

El estudio que se está llevando a cabo es el correlato natural de una investigación precedente. En ella se exploró cómo funcionan las redes de apoyo en adultos mayores con una familia de al menos un descendiente. Se pudo determinar que el mayor porcentaje concentra la importancia del vínculo como la red de apoyo en el núcleo familiar primario, siendo los hijos, en especial las hijas mujeres, los nietos, el cónyuge y otros familiares cercanos los más significativos.

Dado el incremento incesante en la expectativa de vida, como el gran número de adultos mayores que no han procreado o adoptado, el objetivo de esta nueva investigación es indagar para estos, cuáles son esos vínculos significativos y cómo organizan sus redes de apoyo.

La hipótesis es que dichas redes están diversificadas tanto en familiares, amigos, vecinos o centros que propician la participación del adulto mayor, con mayor predominio de los vínculos extra-familiares.

La muestra está conformada por adultos mayores de 65 a 85 años de CABA y, los instrumentos utilizados son los mismos en ambas investigaciones: el Test de las dos personas de Bernstein y la Entrevista para evaluar vínculos significativos en adultos mayores (EVSAM), creada especialmente para el primer estudio en 2013 y modificada para la investigación actual, denominada EVSAM-M.

Palabras clave: adulto mayor – redes – vínculos

Introducción

El presente estudio es la segunda parte de una investigación anterior que se focalizó en los vínculos significativos de los adultos mayores de ambos sexos y con familia de descendencia (hijos), teniendo en cuenta las características de los mismos y sus significados. Esta nueva parte intenta indagar cuáles y cómo son dichos vínculos cuando no hay hijos y establecer la existencia o no, de diferencias entre los dos grupos. Esta segunda parte de la investigación es financiada por el Instituto de Investigaciones de la Universidad del Museo Social Argentino.

Los vínculos y sus significados durante esta etapa plantean variados interrogantes que aún requieren ser estudiados más profundamente. Así pues, este es un tema de candente actualidad para la investigación psicológica y que está relacionado con el objetivo de este trabajo.

Los resultados finales de la primera investigación que se presentan y el proyecto del nuevo estudio, de los cuales aún no se han obtenido resultados finales, refieren a ambos aspectos planteados y a los aportes que brindan en el área psicogerontológica.

Se trata de un estudio exploratorio y descriptivo de corte transversal, con un enfoque cuali-cuantitativo. (Sampieri, 2006, Marradi, Archenti, Piovani, 2011).

La tercera edad, como se denomina a la vejez y última etapa de la vida, enfrenta a la persona mayor a uno de los momentos más complejos en su desarrollo, debiendo enfrentar múltiples

desafíos: la aceptación de la proximidad de la finitud, de pérdidas altamente significativas, de cambios físicos, cognitivos, de modificaciones en los roles y funciones personales y sociales, entre otros.

El proceso de envejecimiento también posiciona al adulto mayor frente a otro aspecto fundamental de su vida como son los cambios en sus “vínculos” y las “representaciones” del sí mismo y de los otros.

Finalmente, para cada persona, este proceso tiene un significado especial según la historia personal, el contexto y la cultura.

Desarrollo

Marco Referencial Teórico

Dos conceptos son fundamentales en la temática investigada: la vejez y los vínculos.

La mayoría de las investigaciones se han centrado en la definición que hacen los sujetos de las etapas de la vida, según la categoría de edad y han encontrado que la mayor parte de las personas consideran que se es joven entre los 18 y 35 años. La mediana edad estaría comprendida entre los 35 y los 60 años, y a partir de los 65, comenzaría la vejez. (Zepellin, Sills y Heath, 1986).

El concepto de **vejez** abarca en el ser humano una pluralidad de facetas que sobrepasan el ámbito de los aspectos biológicos para adentrarse en los psicológicos, los sociales y los filosóficos. El significado de la vejez y el envejecimiento pueden ser considerados desde muy diversos ángulos, según se considere.

Siguiendo los estudios realizados por Fernández-Ballesteros (2000) y Lehr (1983) se considera el concepto de vejez según tres criterios: social, biológico y psicológico.

La vejez *biológica* tiene que ver con los cambios derivados del desgaste del organismo por el paso del tiempo, y ocurre en un período que comienza con el crecimiento en la infancia y la pubertad, y en los años siguientes a la adolescencia. Posteriormente, tiene lugar una etapa de estancamiento y progresiva disminución de diferentes capacidades corporales a medida que se avanza en la edad adulta.

En cuanto a la vejez *psicológica*, Fernández- Ballesteros (2000: 40) dice: “*es el resultado de un equilibrio entre estabilidad y cambio y, también, entre crecimiento y declive*”. Así, habría funciones que a medida que aumenta la edad experimentan una mejora, como ocurre con la inteligencia cristalizada, que se refiere al conocimiento acumulado, a la riqueza verbal y a la comprensión del lenguaje, mientras que otras sufren un decremento, como es el caso de la inteligencia fluida, la cual está representada por las capacidades que exigen versatilidad y habilidad para enfrentarse a las situaciones nuevas. Finalmente, otras funciones se estabilizan, como ocurre con la mayoría de las dimensiones de la personalidad.

Por otra parte, el envejecimiento y la vejez dependen en gran medida de los modelos de curso vital dominantes *socialmente*, los cuales obedecen, a su vez, a la organización familiar, la estructura económica, demográfica y política y a los sistemas de creencias compartidas (Kalish, 1991).

En la Argentina, Salvareza (1985), Rolla (1991), Aduci (1987) y Iacub (1998), entre otros, fueron los que iniciaron el camino hacia el cambio en la concepción de la vejez, desarrollando extensamente las nuevas interpretaciones de la teoría psicoanalítica acerca de la misma. Esto incluye en el psicoanálisis la mirada de la psicología social en la comprensión de la vejez. Hoy en día se observan los cambios en el proceso de envejecimiento producto de las transformaciones sociales y culturales de los últimos 50 años. Las personas de 60 años y más

no se identifican con sus padres y abuelos, pues sus imágenes e ideologías se han modificado. Los procesos de maduración y desarrollo implican un nuevo proceso de subjetivación. Dice Iacub (1998: 46):

“El trabajo de subjetivación de estos nuevos requerimientos se apoyará en las transformaciones que desde el imaginario social y las representaciones sociales se vienen dando. Las representaciones sociales actuales acerca del envejecer forjan actitudes, modos de pensar, de comunicarse y autodenominarse novedosas”.

Finalmente, resulta importante mencionar los aportes de De Rosnay, (2005), quien desarrolla un concepto de la vejez que incluye el proceso identificatorio denominado *madurescencia* y del cual dice que no solo es un momento sino también un movimiento del recorrido vital y existencial. El adulto mayor se cuestiona en su propia madurez. La madurescencia comienza en la vejez temprana con la exploración del sí mismo y continúa a lo largo de esta larga etapa con nuevos replanteos sobre los modos de funcionamiento y hace una selección de los modelos identificatorios que han servido a lo largo del tiempo para sostener la identidad. La madurescencia es un tiempo personal que se inscribe en un tiempo social de permiso y que implica un movimiento subjetivo de re-apropiación y reorientación de la propia experiencia vital. En este proceso intervienen distintos factores; la experiencia individual frente a los cambios corporales, la interpretación psicológica de los años y los logros y las exigencias sociales que delimitan lo que debe ser una mujer o un hombre madurescente. Estos factores se vinculan en una interacción dialéctica; interacción signada por los recursos, obstáculos y posibilidades que los adultos mayores han tenido a lo largo de su recorrido vital, pero que se ve enriquecida y transformada por los aprendizajes que puede incorporar en este momento.

Tomando en cuenta los conceptos de relación de objeto y **vínculo**, la perspectiva psicoanalítica contemporánea permite comprender que:

“A lo largo del desarrollo de las etapas evolutivas, la persona va estableciendo diferentes relaciones que permiten la incorporación de una serie de representaciones internas de objetos que irán generando la posibilidad y capacidad de hacer vínculo con otros significativos. (Bion, 1959).

Este proceso interno tiene una apoyatura desde el mundo exterior (el otro que funciona con su deseo de hacer contacto, ligadura, alianza) y proporciona la verdadera capacidad de vinculación.

En este sentido, para el psicoanálisis, son de fundamental importancia las funciones parentales como los promotores de la constitución del bebé como sujeto (aparato psíquico y ser deseante) que permitirán establecer el primer modelo de funcionamiento para las relaciones de objeto y los vínculos (Winnicott, 1971).

Para Pichón Rivière (1985), los vínculos están conformados por dos campos, el campo interno y campo externo. El campo interno, está dado por la relación con el objeto interno, es decir por la introyección de una representación que remite a un objeto y el campo externo es el vínculo propiamente dicho con un objeto (otro) del exterior.

El vínculo afectivo se caracteriza por cumplir con las siguientes condiciones: la implicación emocional, el compromiso en un proyecto de vida con continuidad, la permanencia en el tiempo y la unicidad de la relación. Durante la infancia los vínculos remiten a relaciones con aquellas personas significativas, las cuales han invertido sus propias emociones y retroalimentado en el tiempo, generando un proyecto común de relación. Este proceso los ha convertido en personas únicas e insustituibles, en referentes de desarrollo para el niño o niña. Cada relación es diferente, con cada persona construyen un mundo distinto de significados. La

incorporación de estos vínculos, funcionan a la manera de una matriz para toda la vida. (Horno Goicoechea, 1999).

Finalmente, en el transcurso de la vida los cambios en los vínculos y los modelos interiorizados, representaciones, se modifican y van tomando distintas características según las necesidades de cada una de las etapas evolutivas de la vida (López, 2000).

Hipótesis

Si en cada una de las etapas del desarrollo del sujeto, los vínculos presentan características propias, entonces en el proceso evolutivo de la vejez, los vínculos presentarán características específicas que permitan determinar significados en relación a las necesidades propias de esa etapa evolutiva.

La presencia o ausencia de familia de descendencia (hijos) mostrará diferencias relevantes respecto de los vínculos como sostén afectivo y efectivo entre ambas muestras.

Objetivo General

Determinar las características de los vínculos más significativos en personas adultas mayores sin hijos.

Objetivos Específicos

- 1- Determinar los vínculos más significativos y sus significados en adultos mayores sin hijos.
- 2- Comparar por sexo para determinar la existencia, o no, de diferencias relevantes, en cuanto a los vínculos más significativos y sus significados.
- 3- Comparar posteriormente los resultados de la muestra con hijos con la muestra actual sin hijos, para determinar la existencia o no de diferencias relevantes.

Muestra

Para la primera investigación, se seleccionó una muestra no probabilística de tipo intencional de 200 adultos mayores -mujeres y varones- de 65 a 85 años residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el año 2011. Las edades seleccionadas se basaron en distintos trabajos de investigación donde los autores coinciden en que la vejez se inicia a partir de los 65 años. Entendiéndose por tercera edad el período comprendido entre los 60 a 65 a 85 años (Zepellin, Sills y Heath, 1986 y OMS, 1999).

La búsqueda de los sujetos para la muestra, se basó en la idea de localizar y contactar centros de jubilados por zonas (Comunas) representativas de la ciudad. Se establecieron cuotas de sexo tomando como referencia la Encuesta Anual de Hogares 2010, aplicada por la Dirección General de Estadísticas y Censos del GCBA. La misma arroja como resultado, que el 63% en la franja de edad entre 65 y 85 años son mujeres. Por lo tanto, se entrevistaron 126 mujeres y 74 varones.

Para la investigación actual y en proceso se está utilizando el sistema de bola de nieve, a fin de localizar adultos mayores de ambos sexos sin hijos de CABA.

Instrumento

Se utilizó para alcanzar los objetivos de la primera investigación una técnica especialmente ideada para este estudio (Febbraio, 2013) denominada Entrevista para Evaluar Vínculos Significativos (**EVSAM**). Para la investigación actual, se modificó el instrumento, agregando algunas preguntas en función a las necesidades del estudio, denominando al mismo como EVSAM-M. (Febbraio y otros. 2015-2016. Modificada)

Procedimientos de la nueva investigación

Se seguirán los mismos procedimientos que para la primera investigación. Se modificó la entrevista semi-estructurada EVSAM, para indagar vínculos significativos actuales y sus significados en adultos mayores, por la EVSAM-M.

Se respetó la entrevista con tres dimensiones: socio-demográficas, de filiación y psicológica. Se formularon las preguntas que dieran cuenta de las categorías que se querían indagar, fundamentando y definiendo cada una de ellas.

Las preguntas pertenecientes a la dimensión psicológica indagan acerca de los vínculos, permitiendo determinar con qué personas arman los mismos y los significados que le otorgan, diferenciando entre vínculos familiares y extra-familiares y el grado de apoyo real y eficaz que cumplen.

Una vez aplicada la **EVSAM-M** se pasará a procesar cada conjunto de los datos: socio-demográficos, de filiación y psicológicos. Para los datos cuantitativos se utilizará el análisis estadístico a través del Software PSPP. En cuanto a las preguntas abiertas de la Entrevista se agruparán y codificarán, es decir, se definirán categorías analíticas. Estas categorías serán procesadas estadísticamente obteniendo frecuencias y cruces según género. Así mismo, las preguntas abiertas se analizarán desde la perspectiva de la teoría fundamentada, proponiendo categorías emergentes. La comparación entre los resultados de la primera investigación y esta segunda parte, permitirán determinar la existencia o no de diferencias entre ambos grupos de adultos mayores.

Resultados de los datos obtenidos de la EVSAM en la 1era Investigación

Datos Socio-demográficos y de filiación

La muestra estuvo compuesta por un 63% de mujeres y un 37% de varones. La edad promedio es de 75 años. El 73,5% son casados, el 14,5% son viudos, el 9,0% son separados y/o divorciados y el 3,0% son solteros.

Respecto al nivel educativo, el 71,4% de las mujeres tienen solo primaria completa, en tanto que los hombres evidenciaron una frecuencia más distribuida entre primaria completa y secundaria incompleta-completa.

Estos porcentajes son coincidentes con los datos obtenidos por la Dirección General de Estadística y Censos. (Ministerio de Hacienda GCBA 2010 y EAH 2010), en los que se advierte que las generaciones que constituyen la población adulta mayor actual de la Argentina, no han atravesado la masificación de la educación y que solo la mitad del total de ancianos en la actualidad logró alcanzar sus estudios primarios completos.

Con más del 90% todos los sujetos tienen familia (hijos, nietos, hermanos y otros familiares vivos).

El 85,5% vive acompañado por su cónyuge y algún hijo; y apenas el 14,5% vive solo.

Datos Psicológicos

Persona más significativa

El *vínculo más significativo* para las mujeres es la hija mujer (44,4%), donde los significados de la elección se distribuyeron en varias categorías, de las cuales las más relevantes muestran un sentimiento de identificación y un alto grado de confianza. Para los hombres dicho vínculo lo constituye la esposa (54,1%) y los significados otorgados se relacionan también por el grado de confianza y a su vez por un sentimiento de trayectoria de vida compartida.

Otras personas significativas

Respecto a los *Otros vínculos significativos*, las mujeres lo jerarquizaron de la siguiente forma: los nietos (87,3%), los otros hijos (78,6%) y los hermanos (66,7%) como aquellos más relevantes. El cónyuge aparece en un quinto lugar significativamente (44,4%). Podría entenderse este lugar del marido, como una expresión cultural donde para este grupo de mujeres, el rol de madres y abuelas está por encima de su rol de esposa y mujer.

Los significados de las elecciones hicieron referencia a varias categorías emergentes, de las cuales, las más relevantes fueron: el vínculo o relación de tipo familiar que los une y los sentimientos que despiertan estas personas.

Los hombres jerarquizaron de igual manera que las mujeres, con la diferencia que habían elegido al cónyuge como el vínculo más significativo. Los motivos de las elecciones también fueron los mismos que dieron las mujeres, diferenciando solo a los “amigos” por un sentimiento de pertenencia grupal.

Primera persona a la que recurren

En relación a la *Primera persona a la que recurren frente a una necesidad*, tanto hombres como mujeres coincidieron en elegir a sus hijos en un 60,5%, en detrimento de las otras categorías (otros familiares, cónyuge, vecinos y otros). El significado de esta elección se remitió espacialmente a dos de las categorías emergentes: al grado de eficiencia y la cercanía física de los hijos. También se observó una mayor elección de las hijas mujeres por encima de los hijos varones.

Actividades sociales

Respecto a la participación en *Actividades sociales*, las mujeres evidenciaron una alta participación en eventos familiares en un 76,6%, en detrimento de otras actividades extra-familiares. Si bien, son aquellas que más participan en los Centros de Jubilados (33,1%). Los hombres por su parte mostraron una distribución más homogénea entre eventos familiares (52,7%) y las otras categorías emergentes, (trabajo 44,6%, encuentro con amigos 54,1% y concurrencia a un club 41,9%).

También se obtuvieron datos sobre la percepción actual en relación a la pareja, los hijos y los nietos. En relación a la pareja prevaleció en ambos casos la percepción de “compañerismo”. Respecto a los hijos prevaleció en la mujer un “alto grado de idealización” sobre la prole, si bien algunas pudieron reconocer aspectos buenos y malos del vínculo con prevalencia de lo positivo. Los hombres rescataron respecto a sus hijos, un “sentimiento de compañerismo” y al igual que en la mujer, la “posibilidad de ayuda mutua”. Finalmente, sobre los nietos prevaleció la gratificación por el nuevo “rol de abuelos”.

En la actual investigación en curso; con una muestra de adultos sin hijos, a través de la EVSAM-M se están indagando sobre los mismos aspectos que con la EVSAM (puntos 1,2,3,4), se quitaron los ítems referidos a Hijos y Nietos; se agregaron los puntos 5 y 6; y se amplió el punto 7.

1. Persona más significativa y sus motivos
2. Otras personas significativas y sus motivos
3. Primera Persona a la que recurren
4. Percepción de la pareja actual
5. Percepción de familia de origen
6. Percepción de los amigos actuales

7. Actividades sociales y tipos de vínculos creados en las mismas

Se espera que, en esta muestra de adultos mayores, debido a “la ausencia de hijos” la red de apoyo evidencie diferencias a la anterior, con mayor tendencia hacia los vínculos extra-familiares.

Conclusiones

Mediante el primer estudio realizado se puede concluir que, la **EVSAM** es una entrevista adecuada para la indagación de los vínculos significativos en la vejez y sus resultados permiten determinar la red de sostén afectiva que cada adulto mayor desea y necesita. En la primera investigación, con una muestra de adultos mayores con hijos, prevalecieron los vínculos familiares por encima de los extra-familiares, siendo los hijos y el cónyuge la red de apoyo afectivo y efectivo más importante con la que cuentan. En la nueva investigación, la ausencia de hijos, con un alto grado de probabilidad, mostrará diferencias significativas. La ausencia de hijos posiblemente sea desplazada a otros vínculos significativos dentro y fuera del entorno familiar. Por otra parte, la presencia del cónyuge también se considera una variable importante a tener en cuenta al momento del análisis de los resultados. El uso de este instrumento para la evaluación de las redes de apoyo percibidas por los adultos mayores posibilita en el trabajo terapéutico, un conjunto de conocimientos con el fin de poder diferenciar entre los deseos (necesidades) del paciente y la verdadera red de contención emocional. Lo que facilitaría armar un mapa más objetivo de la realidad vincular del paciente mayor.

Referencias Bibliográficas

- Aduci, E. (1987) Psicoanálisis de la vejez. Ediciones Kargieman, Buenos Aires.
- Aulagnier, P. (1979) Los destinos del placer. Alienación, amor, pasión.
Buenos Aires: Argot
- Bion W. (1959), “Réflexion faite”, PUF, 1992, p. 115.
- Fernández-Ballesteros, R. (Directora.) (2000). Gerontología social. Madrid: Pirámide.
- Fernández Ballesteros, R y otros. (1981) La entrevista, un instrumento para la investigación Doc.: La entrevista semi-estructurada. Ed. Paulinas. Stgo. – Chile
- Horno Goicoechea, P y otros.: (1999) Carpeta de Formación para padres de la campaña: Educa, no pegues en “Save the Children”.
- Iacob, R. Salvarezza, L.: (1998) El viejo y su viejo cuerpo en: La Vejez. Una mirada gerontológica actual. Salvarezza, L. (compilador) Ed. Paidós, Bs. As.
- Kaës, R (2009) La realidad psíquica del vínculo, Revista de la AIPCF, El vínculo.
- Kalish, R. (1991). La vejez Perspectivas sobre el desarrollo humano. Madrid. Pirámide.
- Lehr, U. (1980). Psicología de la senectud. Barcelona: Herder.
- Lehr, U. (1983). “Objective and subjective health in longitudinal perspective. Aging”, 23, 291-298.
- Lehr, U. (1999). El envejecimiento activo. El papel del individuo y de la sociedad. Universidad de Heidelberg. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 34(6), 314-318.

- López, F. (2000) Desarrollo afectivo y social. España. Ed. Martinez Roca
- Marradi, A.; Archenti, N. y Piovani, J. I. (2007), Metodología de Las Ciencias Sociales. Buenos Aires: Emecé.
- Pichon-Rivière E. (1979) Teoría del vínculo, Nueva Visión, Buenos Aires.
- Rolla, E. H. (1991) Senescencia. Ensayos psicoanalíticos sobre la tercera edad. Editorial Galerna. Buenos Aires.
- Winnicott, D. (1971) Realidad y juego. Gedisa. Barcelona.
- www.pami.org.ar/sistemas/consulta_centroJubilados/consCentrosJub.php
- Salvarezza, L. (1985) Psicogeriatría. Teoría y clínica. Paídos Buenos Aires.
- Sampieri, R.; Fernández Collado, C.; Pilar Baptista, L. (2006) Metodología de la investigación. Cuarta Edición. México. Ed. McGraw – Hill.
- Zepellin, H., Sills, R.A. y Heath, M. W. (1986). "Is age becoming irrelevant? An exploratory study of perceived age norms. International Journal of Aging and Human Development," 24(4), 24.

EL DESARROLLO DE HABILIDADES COGNITIVAS Y SU INCIDENCIA EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES: PROPUESTA PARA EL DESARROLLO DE DETERMINADAS HABILIDADES COGNITIVAS, O LA PREVENCIÓN O DILACIÓN DE SU DETERIORO

María de los Ángeles Testa

Palabras claves: Adulto Mayor y aumento de la esperanza de vida. Adulto Mayor y educación. Flexibilidad cognitiva. Fluidez verbal. Memoria de corto plazo y memoria de trabajo. Habilidades sociales. Adulto Mayor y las relaciones familiares. Orientación Familiar y el adulto mayor.

Introducción

Prolongación de la expectativa de vida

Una persona nacida en Argentina en 2015 tiene una esperanza de vida de 76,3 años mientras que la media mundial se ubica en 71,4, un promedio que creció cinco años desde 2000, según los últimos datos difundidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe anual "World Health Statistics".

Según los nuevos datos arrojados por la OMS, Argentina se ubica en el décimo lugar de los países con mejor expectativa de vida de América [...]

Demostrado está entonces que la prolongación de la esperanza de vida media crece mundialmente a medida que pasan los años y que nuestro país está posicionado por encima de la media mundial. De hecho, ocupa el puesto n° 58 en la lista de 194 países de la muestra, con una esperanza de vida media al nacer en 2015 de los hombres argentinos, de 73 años y de las mujeres de nuestro país, de 79.

Ahora bien, todo organismo [...] puede sobrevivir en tanto sea capaz de adaptarse a los cambios de su ambiente. [...]

Para eso, un mecanismo clave es la memoria, que es la capacidad de establecer enlaces temporales en la experiencia y que representa la base para todo lo que es conocimiento, habilidad, creatividad, planes y esperanza humana. [...]

Muchos datos comprometen a una sustancia química llamada acetilcolina como la mediadora que está íntimamente relacionada con todos los procesos de adquisición y almacenamiento de los recuerdos, con la capacidad de concentración y con el razonamiento lógico.

Con el paso de los años los niveles de acetilcolina tienden a disminuir en los seres humanos y esa disminución tiene un papel fundamental en las fallas de memoria a corto plazo o con el recordar los nombres propios, bastante habituales en las personas mayores.

Sin embargo, resulta evidente que no todas esas personas llegan en el mismo estado, ya sea que consideremos el aspecto físico, psicológico, u otros; pues esto depende no sólo de la

genética, sino de la vida que han llevado a cabo y de múltiples factores que no es propósito de este trabajo analizar. Basta aquí mencionar simplemente como ejemplo, uno de dichos factores expresados en la cita, en la que se vincula el deterioro habitual de la memoria en los adultos mayores a la disminución de una sustancia química.

El deterioro cognitivo natural

Los adultos mayores y sus familias al ocuparse de la salud de aquellas obviamente que consideran los síntomas que presentan estos y, a partir de eso, realizan las consultas pertinentes.

Mientras tanto, el deterioro cognitivo natural avanza, es decir, que incluso cuando no hay enfermedades degenerativas, los adultos mayores sufren la degradación de sus habilidades cognitivas sin prisa, pero sin pausa. Al ser este deterioro habitualmente paulatino y sutil, puede pasar desapercibido. O, incluso si es detectado, puede ser considerado como un proceso inevitable, frente al que únicamente hay que resignarse, sin que haya posibilidad de hacer nada. Entonces, se olvida que la mente, así como el cuerpo, necesita realizar ejercicios para mantenerse activa y saludable, pues si bien el deterioro no puede impedirse totalmente, sí puede retrasarse practicando ejercicios de estimulación cognitiva. Lo que es recomendable realizar incluso antes de que dicho deterioro sea tan notorio como sucede en los adultos mayores de 70 años .

Sin duda el deterioro cognitivo, el cual según Franco y Criado (2002) es toda alteración de las capacidades mentales superiores (la memoria, juicio, razonamiento abstracto, concentración, atención, praxis), es un tema de gran importancia, que comporta implícitamente una serie de limitaciones en referencia a la autonomía y calidad de vida de los ancianos afectados.

Orientación familiar y el adulto mayor: Incertidumbres y debate entre los hijos sobre cómo manejarse con el adulto mayor, de la tercera edad.

El punto es que esta prolongación de la vida de las personas y el deterioro consiguiente de su salud hace que muchas veces sus hijos, también adultos, no sepan cómo manejarse con los miembros mayores de la familia o no puedan hacerlo como quisieran, al tener que ocuparse en simultáneo de sus hijos y de sus padres. Naturalmente, nadie sabe cómo enfrentará esta etapa de la vida de los padres por diversas razones. En primera instancia pues se ignoran las condiciones en las que estarán los mismos. Por otra parte, no son tan claras qué decisiones serán las mejores para sus padres y, si estos han tenido más de un hijo, suele suceder que entre hermanos adultos se genere un debate al respecto, habitualmente con posiciones desencontradas, por lo que resulta difícil llegar a acuerdos sobre qué es lo más conveniente para el cuidado, seguridad y una mejor calidad de vida de sus padres.

Para poder comprender esta compleja situación, no debemos perder de vista que los hijos de los adultos de la tercera edad se encuentran con múltiples problemáticas en sus vidas diaria. Algunos, si tienen la dicha de tener un trabajo, enfrentan una realidad laboral exigente, por lo que muchas veces tanto hombres como mujeres tienen jornadas laborales de 8 horas y con insuficiente o nula ayuda doméstica. Además, pueden tener la demanda de tiempo propia de sus hogares y su descendencia, sumados a los escasos recursos de los que se disponen: ya sea en cuanto a tiempo para acompañar a los adultos mayores, lugar físico para albergarlos en sus hogares, y/o económicos para enfrentar los gastos que suponen mantener a algunos adultos mayores (recordemos que los que tienen algún tipo de problema de salud requieren de la compañía de personal especializado y múltiples atenciones médicas, con sus consiguientes delicados traslados y tiempos de esperas prolongados en hospitales o costosos pagos de visitas a domicilio de los profesionales correspondientes).

Por otra parte, muchos adultos mayores, que gozan de relativa buena salud, se resisten a perder su autonomía y quieren con legítimo derecho continuar viviendo en sus propios hogares. Pero esto, desde ya que supone, en el mejor de los casos, que alguna persona los acompañe permanentemente ya que rápidamente esta situación puede cambiar. Por ejemplo, frente a una caída en la calle o incluso en el propio hogar es frecuente la rotura de cadera y la necesidad de una subsiguiente operación o el uso de algún elemento de apoyo para la movilidad, indicado por los médicos.

Desde ya que la situación es más delicada en el caso de los adultos que presentan algún tipo de deterioro (ya sea cognitivo, mental o físico), porque supone una serie de recursos extraordinarios de los que muchas veces las familias no disponen o el adulto mayor no acepta, por lo cual se genera un debate intrafamiliar de compleja resolución, que en ciertas oportunidades deriva en la institucionalización del adulto mayor en un instituto geriátrico.

Pero sea cual fuere la resolución tomada, en cualquier caso, toda esta serie de medidas y decisiones respecto al adulto mayor implican una consideración, un diálogo intrafamiliar, intereses contrapuestos, así como escuchar y considerar los deseos del adulto mayor para poder intentar arribar a la decisión más atinada, para que dicha persona goce de la mejor calidad de vida posible hasta el último de sus días como se merece.

Se hace evidente que, frente a esta situación, las familias se encuentran muchas veces desconcertadas y necesitan de orientación familiar, es decir, de un otro objetivo y capacitado en la temática, es decir, que no se encuentre inmerso en la realidad familiar de modo que evite caer en una mirada parcial y que, por lo tanto sea capaz de escuchar a los diferentes miembros de cada familia, recibir y comprender las características peculiares, recursos y necesidades de cada familia real y del adulto mayor, para así poder luego orientarlos en las diversas opciones y ayudarlos en el proceso de toma de decisiones, considerando las ventajas y desventajas de cada una, en función de su situación particular.

Lo observado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Al visitar diversos institutos de esta ciudad en el 2004 se observó que muchos carecen de este tipo de talleres de estimulación cognitiva.

Por todo lo manifestado anteriormente se considera relevante mostrar, por medio de este texto, la experiencia que se lleva a cabo desde hace más de una década en un instituto geriátrico de dicha ciudad, sus propósitos y las conclusiones a las que se arribó a partir de la misma, que retroalimentaron el trabajo en ese instituto y revitalizaron el clima del mismo, por lo que se impone la obligación moral de difundirlo a través del presente paper. Se apunta en particular a concientizar y movilizar a los familiares de adultos mayores y a los profesionales que trabajan en institutos geriátricos o que deseen hacerlo, para que puedan llevarse a cabo actividades como las que se mencionarán, planificadas con objetivos específicos en relación a la estimulación cognitiva y que, a partir de la lectura del presente texto, puedan enriquecer su experiencia y tomar esta como base para continuar desarrollando propuestas innovadoras.

De aquello se deduce que los objetivos de este trabajo son:

Objetivos generales

A nivel macro se busca:

- A. Clarificar qué nuevos desafíos nos presenta la prolongación de la expectativa de vida de los adultos mayores, en orden a que este tiempo prolongado sea de calidad.
- B. Considerar la realidad actual de las familias, sus problemáticas en relación a falta de tiempo, stress y otros factores que perjudican los vínculos con los adultos mayores.
- C. Analizar la desorientación de las familias e incluso su desborde respecto a la mejor manera de manejarse con los adultos mayores.
- D. Reconocer el valioso intercambio interpersonal que puede darse en el seno de una familia por la interacción de, en general, al menos tres generaciones.
- E. Difundir la importancia de realizar actividades con los adultos mayores que promuevan el desarrollo de habilidades cognitivas o el retardo de su natural deterioro, aún antes de que sea notorio.

Objetivos específicos

A su vez, en concreto, se pretende:

- a. Establecer claramente la incidencia de las habilidades cognitivas en las habilidades sociales y fundamentalmente en los vínculos familiares.
- b. Clarificar cómo pueden desarrollarse dichas habilidades cognitivas, tanto con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, así como para en definitiva promover el enriquecimiento y la mejora de los vínculos intrafamiliares.
- c. Motivar a los asistentes a crear y diseñar espacios para la promoción y/o retardo del deterioro de habilidades cognitivas, en sus ámbitos de influencia y desde sus profesiones/vocaciones específicas.

Desarrollo

La experiencia empírica

Hace más de una década dos profesionales presentaron el proyecto de crear un taller de estimulación cognitiva en un instituto geriátrico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, al percibir que era un centro en el que había múltiples actividades para promover la salud y la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados, como uno de educación física, encuentros con psicólogos y talleres de terapia ocupacional pero no había quién se ocupará de promover las habilidades cognitivas o bien retrasar el deterioro cognitivo en ellos.

Por lo que en un principio se realiza una evaluación individual de los miembros de dicha residencia y, en articulación con el médico de cabecera de la institución, se determina cuáles estaban en condiciones de participar en este tipo de actividades. Durante un tiempo se realizan actividades individuales hasta que se determina la creación de talleres grupales que se llevan a cabo un día a la semana por espacio de 2 horas cada vez, en los que se efectúan diferentes tipos de ejercicios para estimular una o más habilidades cognitivas en simultáneo o consecutivamente. Este texto se limitará a mencionar todas las habilidades cognitivas trabajadas en función de que es una información valiosa tanto para el profesional que desee concretar talleres similares o ejercitarlas individualmente con el adulto de la tercera edad, como para los familiares de los mismos adultos e incluso para dichos adultos que lo lean y deseen mantener activo su cerebro y retrasar el deterioro natural de sus habilidades cognitivas, así como cuidan de su cuerpo realizando ejercicios de tipo motriz.

Luego sí, se centrará y desarrollará en particular aquellas actividades que se ha comprobado por observación directa y por el feedback recibido de parte de los familiares de los adultos, del médico de la institución y de sus directivos que han influido en las habilidades cognitivas, en consecuencia, en las habilidades sociales y, por ende, en los vínculos intrafamiliares. Este taller continúa desarrollándose en la actualidad.

Habilidades trabajadas

Por medio de los mencionados talleres, se desarrollaron actividades con el objetivo de promover el desarrollo de las siguientes habilidades: atención; habilidades vinculadas a funciones frontales, tales como razonamiento, noción y secuenciación temporal, flexibilidad cognitiva, planificación y resolución de problemas; categorización; habilidades vinculadas al pensamiento-lenguaje: abstracción, comprensión; análisis y síntesis, articulación, fluidez verbal, asociación; y memoria –particularmente memoria de trabajo o working memory y memoria a corto plazo que son las que mayor y más rápidamente se deterioran–, pero también remota biográfica, semántica, de datos, de reconocimiento y sensorial, en especial la memoria visual y la auditiva.

Ejercicios prototípicos realizados

Desde ya que no se manifestarán en el presente trabajo todas las actividades concretadas, pues el propósito es mostrar qué tipo de ejercicios pueden realizarse de modo que sirvan como inspiración para todos los mencionados al comienzo del presente paper.

Las habilidades cognitivas puntualizadas en el subtítulo anterior se promovieron con los objetivos referidos a través de diversas actividades.

En algunas oportunidades se trabajaba con todos los adultos en simultáneo, como en el caso de los relatos de las profesionales o lectura de textos acordes y significativos para adultos de la tercera edad y su consiguiente comentario grupal posterior, con guía de preguntas planificadas (por medio de este tipo de actividad se promovieron la fluidez verbal, la memoria a corto plazo y la memoria de trabajo o working memory).

Muy desafiantes, aunque también motivadores y promotores de la autoestima, al ver que eran capaces de realizarlos, fueron los ejercicios dinámicos con objetos, como pelotas blandas, que eran lanzadas por los coordinadores del taller a uno de los participantes del mismo y/o por uno de ellos a un par, bajo diferentes consignas, por ejemplo: mencionar nombres de mujeres, de próceres, fechas significativas de nuestra historia personal o social, sinónimos de un término, tipos de muebles, etc. El objetivo en este caso era fundamentalmente el desarrollo de la capacidad de atención, pero también: se veían implicadas habilidades tales como la memoria auditiva, de trabajo, biográfica y de largo plazo; flexibilidad verbal; e incluso fluidez (en el caso de que tuviera que decir diferentes tipos de verduras, por ejemplo, el que recibiera la pelota y no una cada uno).

También se propuso la resolución de problemas matemáticos o derivados de una situación planteada, real o verosímil o bien a raíz de un texto leído en conjunto, así como a través de laberintos. En estos casos se trabajó la flexibilidad verbal, la atención, la capacidad de planificación, la memoria auditiva y la memoria de trabajo.

Además, se llevaron a cabo ejercicios de gnosia visuales: reconocimiento de siluetas y reconocimiento de un todo a partir de sus partes, con lo que se apuntaba a desarrollar la memoria visual.

Para trabajar la memoria, así como la noción y secuenciación temporal se presentaron figuras secuencialmente entrelazadas.

Por otro lado, en otros encuentros se realizaron ejercicios individuales, que luego se compartían con el grupo, como por ejemplo ejercicios expresivo-espontáneos, orales o de redacción a partir de ciertas palabras impresas llevadas por las profesionales que sacaban al azar de una bolsa o bien a partir de imágenes con la misma metodología (en cuyo caso se desarrollaron las habilidades de fluidez verbal, flexibilidad cognitiva y memoria biográfica, entre otras).

En otras ocasiones se presentaron imágenes en las que los adultos debían detectar similitudes y diferencias y con el mismo objetivo se les pidió que detectaran el hiperónimo que vinculaba grupos de palabras dadas por las profesionales o, a la inversa, se les daba un hiperónimo y debían decir todos los hipónimos que pudieran. En los dos últimos ejemplos, no se trabajaba solamente la abstracción, como en los otros ejercicios citados en el presente párrafo, sino que también se trabajaba la asociación y la fluidez verbal.

Frecuentemente se trabajó la memoria remota semántica, a partir de refranes y argentinismos o términos típicos de la región más comúnmente usados antaño. Esto era muy fructífero a la hora de fomentar el vínculo abuelo-nieto, a la vez que promovía el desarrollo de su autoestima al sentirse revalorizados como personas con algo para dar, ser mirados como depositarios de sabiduría principalmente por sus nietos o por los niños que visitaban la institución en ocasiones especiales, como el día del niño.

Para el final de este apartado se dejó aquellos ejercicios que tuvieron un lugar preponderante en los talleres, que fueron aquellos vinculados al parafraseo, es decir, la reformulación de frases, así como el trabajo para la ampliación del vocabulario, actividades que suponían mencionar sinónimos y/o antónimos de palabras dadas o que aparecían en los textos leídos, en orden a desarrollar la flexibilidad verbal. Como se podrá deducir, estas habilidades son fundamentales a la hora de entablar una conversación fluida y amena con otra persona, especialmente con los familiares que por sus propias limitaciones de vida o por los horarios sugeridos por la institución, para el natural desenvolvimiento de las actividades propuestas, tenían un tiempo acotado que debía aprovecharse al máximo, generando una comunicación efectiva que hiciera posible un encuentro intrafamiliar de calidad, en orden a que todos los miembros disfrutaran de la misma y los miembros no institucionalizados se vieran motivados a realizar más frecuentemente estas visitas.

Conclusiones

Se percibe que los adultos mayores, institucionalizados o no, representan uno de los sectores etarios en mayor situación de vulnerabilidad, al no poder en muchos casos tomar sus propias decisiones independientes y, además, por encontrarse en inferioridad de condiciones físicas y mentales respecto a otros grupos, ya sea por el deterioro que sufren en su salud en los diferentes aspectos, muchas veces paralelamente aunque no tengan relación, y otras, como consecuencia del problema en un área que aqueja a una persona y que luego incide también en las demás ya que como sabemos somos seres bio-psico-socio-espirituales.

Esto cobra mayor relevancia al observar los datos de la Organización mundial de la Salud, que año a año reflejan la prolongación de la esperanza media de vida al nacer, que ya supera mundialmente los 70 años, punto crucial en el que el deterioro cognitivo se incrementa notoriamente. Y si consideramos la realidad de nuestro país, esto se torna más imprescindible, al ser la esperanza media de 76 años, 73 para los hombres y 79 para las mujeres.

Siendo que dichos adultos mayores tanto han colaborado en el pasado y, por ende, en la construcción de nuestro presente y de nuestras familias, núcleo fundamental de cualquier sociedad, se deduce que es imperativo desterrar la cultura del descarte y revalorizarlos en esta

etapa de sus vidas, que puede ser muy fructífera y enriquecedora para toda la familia y la sociedad si se lo permitimos y los ayudamos.

Se considera que la felicidad de una persona está asociada a los vínculos interpersonales que posee, y particularmente, asentada en los vínculos intrafamiliares. También se sabe que el sentido de la vida no se encuentra sino en el intercambio con el otro, y la plenitud en esta etapa de la misma reside específicamente en la posibilidad de dar, de entregarse al otro, de brindarle sus experiencias y regalarle la sabiduría alcanzada.

Por todo esto es que se considera fundamental realizar acciones que mejoren la calidad de vida de los adultos mayores y focalizar puntualmente en las acciones tendientes a promover el desarrollo de sus habilidades cognitivas, que como se ha comprobado por experiencia directa, incidieron en sus habilidades sociales.

Se afirma esto sobre la base de que una persona que puede hablar fluidamente, buscando sinónimos o reformulando la frase cuando no logra evocar el término que pretende decir, que dispone de mayor vocabulario y con su memoria fortalecida para poder recordar lo que acaban de contarle e incluso lo que sus familiares o amigos le comentaron en la anterior conversación, obviamente presenta una mejora en sus habilidades de comunicación, pilar fundamental de cualquier vínculo.

Al lograrlo además se fortalece su autoconcepto y su autoestima, con lo cual valora aquello que tiene para dar a otros, particularmente a sus más cercanos.

El problema es que muchas veces no sólo los adultos mayores y sus familias, sino también los mismos profesionales de la salud, se centran en el aspecto físico, olvidando la importancia de la estimulación cognitiva y su incidencia en la calidad de vida de la persona y la calidad de los vínculos interpersonales e intrafamiliares.

Por todo esto, se considera fundamental concientizar a la población general sobre la importancia de dicha estimulación, orientar a las familias del adulto mayor en particular para la toma de las mejores decisiones en torno a la vida de dicha persona y reforzar la formación de los profesionales, acercándoles las conclusiones mundiales a las que se ha arribado y los ejercicios que se llevan a cabo en diferentes lugares, para que puedan adaptarlas a sus ámbitos de influencia y desarrollar propuestas personalizadas.

En definitiva, lo que resulta trascendental es transmitir la relevancia de realizar ejercicios con el objetivo de promover las habilidades mencionadas en el presente trabajo para que los adultos mayores las hagan por sus propios medios; para que los familiares perciban la importancia de la acción temprana y la prevención del deterioro cognitivo, alentando a sus integrantes de la tercera edad a que practiquen estos ejercicios, por supuesto, siempre en un ambiente ameno y de forma lúdica; y para que los profesionales se vean motivados a diseñar, realizar y ejecutar actividades que promuevan el desarrollo de las habilidades cognitivas o retrasen el deterioro cognitivo, según el caso.

Referencias Bibliográficas

Acuña, Mercedes M. y Risiga, Magalí (2007). *Talleres de activación cerebral y entrenamiento de la memoria. Guía para profesionales que trabajan con pacientes añosos*. Buenos Aires: Paidós.

Allegri, R. F., Butman, J., Drake, M. y Harris, P. (2000) *Fluencia verbal en español datos normativos en Argentina*, en *Medicina*, vol. 60. Bs. As. Publicado online en: goo.gl/mSP6kH

- Alfonso, I., Papazian, O. y Luzondo, R. J. (2006). *Trastornos de las funciones ejecutivas*, en *Revista Neurológica*, vol. 42, nº3. Disponible en: goo.gl/a18Ezh
- Arriola Manchola, E.; Leturia Arrazola, F.J.; Uriarte Méndez, A. y Yanguas Lezaun, J.J. (2001). *La valoración de las personas mayores. Evaluar para conocer, conocer para intervenir*. Madrid: Editorial Cáritas.
- Barberena, Ángeles (1996). *Las Tendencias Demográficas y el Desarrollo*. Disponible en: goo.gl/sbGcWX
- Berjano Peirats, E. (2002). *Impacto social de la rehabilitación en los mayores. Percepción de los mayores ante sus propios problemas de salud*, en *Revista Geriatrika*, vol. 38, nº 4.
- Binotti, Paola; de la Barrera, María Laura; Donolo, Danilo y Spina, Daniela (2009). *Funciones ejecutivas y aprendizaje en el envejecimiento normal. Estimulación cognitiva desde una mirada psicopedagógica*, en *Revista chilena de neuropsicología*, vol. 4, nº 2. Chile. Disponible en: goo.gl/xZsIyB
- Burin, D.; Drake, M. y Harris, P. (2007). *Evaluación neuropsicológica en adultos*. Bs. As: Paidós.
- Calero, M.D. (2003). *La utilidad de los programas de intervención cognitiva en personas mayores*, en *Revista Geriatrika*, vol. 38, nº 6.
- Cornachione Larrinaga, M. A. (1999). *Psicología evolutiva de la vejez*. Córdoba: Talleres gráficos de Germán Marcelo Ferrero.
- Ciruzzi, María Fernanda y Rodríguez Spuch, Julia E. (2007). *SOS ¡Ya somos grandes! Estimulación cognitiva y psicofísica para adultos*. Buenos Aires: De Los Cuatro Vientos.
- Domínguez Torrejón, Isabel y Sanguinetti Agustini, Héctor (1996). *Estimulación del Lenguaje – 4*. Madrid: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.
- Erikson, Erik (ed.) (1978). *Adulthood*. New York: W.W. Norton & Company.
- Erikson, Erik (1994). *Identity and the Life Cycle*. New York: W.W. Norton & Company.
- Erikson, Erik;
- Erikson, Joan M. y Kivnick, Helen Q. (1994). *Vital Involvement in old age*. New York: W.W. Norton & Company.
- Erikson, Erik y Erikson, Joan M. (1998). *The Life cycle completed. Extended version*. New York: W.W. Norton & Company.
- Estévez González, Armando y García Sánchez, Carmen (1999). *Estimulación cognitiva I*. Barcelona: Ediciones Lebón.
- Estévez González, Armando y García Sánchez, Carmen (1999). *Estimulación cognitiva II*. Barcelona: Ediciones Lebón.
- Estévez González, Armando y García Sánchez, Carmen (1999). *Ejercicios de rehabilitación – I. ATENCIÓN*. Barcelona: Ediciones Lebón.
- Estévez González, Armando y García Sánchez, Carmen (2002). *Ejercicios de rehabilitación – II. MEMORIA*. Barcelona: Ediciones Lebón.
- Estévez González, Armando y García Sánchez, Carmen (2002). *Estimulación cognitiva III*. Barcelona: Ediciones Lebón.

Fernández-Ballesteros, R. (1996). *Psicología del envejecimiento: crecimiento y declive*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

Fernández-Ballesteros, R.; Maciá, A y Zamarrón, M.D. (1996). *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. Madrid: INSERSO.

Fernández-Ballesteros, R. y otros. (1999). *Qué es psicología de la vejez*. Madrid. Editorial Biblioteca Nueva.

Fernández Ballesteros, R. (2004). *La psicología de la vejez*. Disponible en: goo.gl/B87d8d

Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Psicología de la Vejez*. Madrid: Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Active aging. The Contribution of psychology*. Gottingen: Hogrefe & Huber. (Traducción española: *Envejecimiento Activo: La contribución de la psicología*. Madrid: Pirámide, 2008).

García Pintos, Claudio (1993). *La familia del anciano también necesita sentido. Sobre la Orientación Psicogerontológica Familiar*. Buenos Aires: San Pablo.

García Pintos, Claudio (1995). *ABUELOS. La memoria del futuro*, en *Revista Intercambios*, nº 3, noviembre.

González Aragón, J. (1994). *Aprendamos a envejecer sanos*. México: Editorial Costa-Amic.

Lukas, Elisabeth (2004). *La felicidad en la familia. Comprender, aceptar, amar*. Buenos Aires: San Pablo.

Manes, Facundo y Torralva, Teresa (2007). *Cambio, desafío y aprendizaje son las tres claves para mantener el cerebro en forma*. Citado en artículo periodístico del día 23/03/07. Buenos Aires, diario *Clarín*. Disponible en: goo.gl/bFAf8F

Manes, Facundo y Torralva, Teresa (2007). *Funciones ejecutivas y trastornos del lóbulo frontal*. Buenos Aires: Instituto de Neurología Cognitiva (INECO). Centro de Estudios de la Memoria de Buenos Aires. Disponible en: goo.gl/UUWKUusercontent_copy

Naciones unidas (2003). *Declaración Política y Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento Madrid, España, 8 a 12 de abril*. Nueva York: UN. Disponible en: goo.gl/4fALpG

OMS (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: goo.gl/z2aDjPusercontent_copy

Puig Alemán, A. (2000). *Un instrumento eficaz para prevenir el deterioro cognitivo de los ancianos institucionalizados: El Programa de Psicoestimulación Preventiva (PPP)*. Disponible en: goo.gl/o2pnI4

Puig Alemán, A. (2001). *Programa de Psicoestimulación Preventiva (PPP). Un método para la prevención del deterioro cognitivo en ancianos institucionalizados*. Madrid: Editorial CCS.

Sardinero Peña, Andrés. *Taller de memoria 1: 70 fichas ejercicios prácticos con soluciones*.

Vínculos URL recomendados

goo.gl/hxDYWa

goo.gl/uhwCTe

goo.gl/UG00m4

goo.gl/vNHGSx

AMORIS LETITIA y PASTORAL DE ADULTOS MAYORES

Petrelli María Elisa

Introducción

En primer lugar, hay que considerar que esta carta encíclica está orientada por la teología del encuentro, porque el espíritu del encuentro nos lleva a no prejuzgar a nadie, y a no desechar a nadie. Sabiendo que “estamos llamados a formar las conciencias, pero no a pretender sustituirlas” (N.º 37), recordando las actitudes de Jesús que, al mismo tiempo que proponía el ideal exigente, nunca perdía la cercanía compasiva con los frágiles, como la samaritana o la mujer adúltera” (N.º 38) y no convertir el Evangelio en “piedras muertas para lanzarlas contra los demás” (N.º 49) porque la misericordia que valora y acobija al sufriente debe ser nuestro faro.

También, siguiendo a *Familiaris Consortium* (San Juan Pablo II), habla de la transformación de la familia en iglesia doméstica, con sede en la Eucaristía, pero analiza desde el Evangelio las veces que la casa es lugar de oración y de encuentro de Jesús con los hombres (N.º 15). Agrega una característica más: la familia debe ser misionera, todos sus miembros son misioneros y, los hijos al ver en forma natural esta actitud de sus padres y abuelos, aprenden a ser solidarios como parte integrante e innegable de sus vidas.

Capítulo II-Realidad y desafíos de las familias

Situación actual de los ancianos

El debilitamiento de la fe y la práctica religiosa en nuestra sociedad afecta a las familias porque las deja solas ante las dificultades, sus miembros se sienten impotentes ante los problemas y viven como un peso la presencia de los ancianos, este peso comienza como un malestar afectivo, pero, a veces, se transforma en violencia hacia ellos (N.º 43)

La falta de una vivienda digna, el no tener acceso a servicios adecuados de salud ante las enfermedades de sus ancianos, las coerciones económicas, las migraciones que dejan a los ancianos solos porque sus hijos están en otros países, y enfermedades con trastornos cognitivos desbaratan los equilibrios de las familias, sus deseos y expectativas y “ponen a dura prueba a sus seres queridos” (N.º 48).

Las familias que acogen a sus miembros con discapacidades son un valioso testimonio de fidelidad al don de la vida, pero necesitan de la comunidad que los reciba en la lógica de la acogida misericordiosa y de la integración de los más frágiles “La Iglesia siente el deber de ayudar a las familias que cuidan a sus miembros ancianos y enfermos” (N.º 48)

También hay un reconcomiendo a las instituciones eclesiales que acogen un gran número de ancianos, donde puede vivir en un ambiente sereno y familiar espiritual y materialmente.

Desarrollo

Capítulo quinto- Amor que se vuelve fecundo

En este amor conyugal, de varón y mujer que se encuentran en una integración de vida, surge inevitablemente el deseo de fecundidad, para desarrollar la prolongación del amor que los sustenta. Porque una familia no debe encerrarse en sí misma para protegerse de la sociedad, sino que debe salir de sí e ir a la búsqueda, sabiendo que su amor está destinado a sanar las heridas de los abandonados, a instaurar la cultura del encuentro. SS Francisco propone fomentar la familia ampliada donde están los padres, los tíos, los primos, suegros, suegras,

cuñados y los vecinos pues, algunos de ellos pueden estar necesitados de gestos de afecto, o de consuelo. “El individualismo de estos tiempos a veces lleva a encerrarse en un pequeño nido de seguridad y a sentir a los otros como un peligro molesto” (N.º 187).

¿Pero cómo mantener fecundo el amor?

En primer lugar, el Santo Padre menciona no perder la conciencia de ser hijos, aun cuando seamos padres o abuelos con grandes responsabilidades, porque el reconocerse como hijo nos permite centrarnos en que la vida nos ha sido dada, “que es el primer gran regalo que nos han dado” (N.º 189).

Por eso el 4º mandamiento pide a los hijos que honren al padre y a la madre (Ex20,12). Este mandamiento viene inmediatamente después de los que se refieren a Dios mismo. Porque encierra algo sagrado, algo divino, algo que está en la raíz de cualquier otro tipo de respeto entre los hombres. Y la cita bíblica agrega: “para que se prolonguen tus días en la tierra que el Señor, tu Dios, te va a dar”. El vínculo intergeneracional es garantía de futuro porque una sociedad que no honra a sus mayores es una sociedad destinada a poblarse de jóvenes desapacibles y ávidos” (Catequesis 11 febrero 2015 L’Observatore Romano, Ed. semanal del 13 febrero 2015 pág. 12 (N.º 189).

Y reitera en el N.º 191 no abandonar a los ancianos, para lo cual, sugiere despertar el sentido colectivo de gratitud, de aprecio, de hospitalidad, que hagan sentir al anciano parte viva de su comunidad. A continuación, en los N.º 192 y 193 hace una bella descripción del valor de los ancianos para las familias y para la humanidad en sí misma, retomando el concepto de San Juan Pablo II que los abuelos son puente entre generaciones, insiste en enfrentar la cultura del descarte valorizando que los mayores son historia viva de un pueblo y de una cultura, que de descartar su sabiduría ingresa en la sociedad el virus de la muerte.

Finalmente, en este amor fecundo que genera una familia grande sugiere que se integre a los ancianos y enfermos que sufren soledad, que no reciben el apoyo de sus hijos.

Pero no es fácil esta integración en familias donde todos sus miembros trabajan o las enfermedades de los mayores agotan a los parientes que tampoco son jóvenes. Para acompañar y estimular a los ancianos y ayudar a sus familias se han creado centros de acogida, hogares de día, para personas mayores vulnerables (padecen problemas cognitivos, afectivos, motrices, los más descartados de los mayores); ya hay estos centros de acogida en la Ciudad de Buenos Aires, con la colaboración de VOSS ONG con muy buen resultado.

Capítulo sexto-Algunas perspectivas pastorales

Hasta aquí siempre habla de ancianos y enfermos, pero los adultos mayores son un sector de la sociedad con mucha vitalidad, capacidades y voluntad de evangelizar y misionar. Capacidades que muchas veces no se valoran y se limitan a grupos parroquiales o en los movimientos que brindan formación y encuentro entre los mayores, pero el gran desafío de AMORIS LETITIA es encomendar a los adultos mayores, como miembros de la pastoral familiar, a salir a evangelizar: no queda en una actitud cómoda de recepción de servicios a su favor, de reunirse solo a orar o cuidar de la liturgia o Caritas, sino de salir al encuentro de las familias, de los matrimonios, de los jóvenes...

Cuando analizamos este Capítulo advertimos la cantidad de misiones pastorales que pueden desempeñar los adultos mayores y actualmente no los consideramos como agentes pastorales válidos. Y sin darnos cuenta, nosotros mismos formamos parte de la cultura de descarte, al no incluirlos en muchas de las actividades pastorales para las cuales están capacitados.

Los adultos mayores, como vimos son historia cultural viva, los matrimonios de mayores han atravesado muchas de las vicisitudes, sufrimientos, dudas, desalientos, que los jóvenes matrimonios atraviesan. Su consejo, su mirada cariñosa y atenta, su pasividad y capacidad de escucha son valores que darían muchos frutos en las siguientes perspectivas pastorales:

La encíclica es muy clara en proponer una conversión misionera: “es necesario no quedarse en un anuncio meramente teórico y desvinculado de los problemas reales de las personas” (N.º 201), porque no se trata solamente de presentar normativas, sino de proponer valores, como explicamos en el primer párrafo: sin prejuzgar a nadie, sin desechar a nadie, sin imponer los valores evangélicos, sino mostrarlos y vivirlos.

Formar agentes de pastoral familia con ayuda de psicopedagogos, médicos, asistentes sociales, abogados, psicólogos, sociólogos, y counseling. Para acompañar a las familias ante situaciones de violencia doméstica, abuso sexual, problemas relacionales entre sus miembros.

Acompañar a los jóvenes matrimonios en sus primeros años de convivencia. La encíclica reconoce “resulta de gran importancia en esta pastoral la presencia de esposos con experiencia para que desde la parroquia los cónyuges expertos puedan ofrecer su disponibilidad a ayudar a los más jóvenes (N.º 223)

Para que los matrimonios jóvenes o frágiles pueden aprender a encontrarse, a detenerse el uno frente al otro, e incluso a compartir momentos de silencio que los obliguen a experimentar la presencia del cónyuge. Es allí cuando los matrimonios que tiene buena experiencia de haber aprendido en este sentido pueden aportar los recursos prácticos que les fueron útiles como: la programación de tiempos juntos gratuitamente, la relación con los hijos, las diversas maneras de celebrar cosas importantes, los espacios de espiritualidad compartidos, generar una rutina propia de gestos de amor.

Acompañar a matrimonios de un cónyuge católico y el otro agnóstico o que no quiere vivir un compromiso con la fe.

Integrar las consultorías que se creen sobre diferentes situaciones familiares como adicciones, infidelidad, violencia familiar, talleres de formación para padres e hijos

Otro camino de acercamiento es la bendición de los hogares o la visita de una imagen de la Virgen que dan la ocasión para desarrollar un diálogo pastoral acerca de la situación de la familia. Tarea que sí suelen realizar los adultos mayores en nuestras parroquias.

Acompañar los matrimonios mayores a matrimonios más jóvenes del vecindario, para visitarlos, acompañarlos en sus comienzos.

Crear centros de la escucha especializados en las diócesis para acompañar y acoger y valorar el dolor de quienes han sufrido injustas separaciones, divorcio, abandono o maltratos del cónyuge. En una pastoral de la reconciliación y la meditación hacia el perdón por las ofensas recibidas

Conclusión: iluminar crisis, angustias y dificultades

Hay frases de la Carta que parecen propias para la misión de los adultos mayores como: “Cuando el vino se añeja con la experiencia del camino, allí aparece, florece en toda su plenitud la fidelidad de los pequeños momentos de la vida. Es la fidelidad de la espera y de la paciencia. Esa fidelidad llena de sacrificios y de gozos va como floreciendo en la edad en que todo se pone añejo y los ojos se ponen brillantes al contemplar los hijos de sus hijos... Como enseñaba San Juan de la Cruz “los viejos amadores son los ya ejercitados y probados” (N.º 231)

La vida de la familia es un “pastoreo” misericordioso, cada uno-con cuidado- pinta y escribe en la vida del otro. Pero sus miembros no deben encerrarse en la comodidad familiar, sino que, bajo el impulso del Espíritu, la familia se abre, y sale de sí para derramar su bien en otros cuidándolos y buscando su felicidad. Sabiendo que ninguna familia alcanza la perfección, sino que requiere una progresiva maduración de su capacidad de amar. “Esta conciencia que no alcanzamos la plenitud como familia nos permite dejar de exigir a las relaciones interpersonales una perfección, una pureza de intenciones y coherencia que sólo alcanzaremos en el Reino definitivo. Y nos impide juzgar con dureza a quienes viven en condiciones de mucha fragilidad”

“No desesperemos por nuestros límites, pero tampoco renunciemos a buscar la plenitud de amor y de comunión que se nos ha prometido” (N.º 325) Fomentar el encuentro de las personas con su existencia concreta, alentar el deseo de Dios y la voluntad de sentirse miembros de la Iglesia, acompañar el paso de todos los hombres en el camino de la vida con verdad, paciencia, amabilidad, alegría y misericordia.

EXPERIENCIA UNIVERSITARIA PARA ADULTOS MAYORES: CONSTRUYENDO ESPACIOS INCLUSIVOS

Álvarez, María Victoria; Calzón Flores, María Mercedes

Palabras claves: Adulto Mayor. Inclusión. Participación Social. Cultura. Comunidad. Extensionismo. Derechos. Educación.

Introducción

El presente trabajo desarrolla la experiencia y actividades que se llevan a cabo desde la Universidad Tecnológica Nacional-Facultad Regional Buenos Aires (UTN.BA) con el objetivo de generar espacios de inclusión social y cultural para los adultos mayores.

Según la OMS:

“Por primera vez en la historia, hoy en día la mayoría de las personas pueden esperar vivir hasta los setenta años e incluso más allá. La ampliación de la esperanza de vida brinda una oportunidad importante no solo para las personas mayores y sus familias, sino también para las sociedades en su conjunto. En estos años de vida adicionales pueden emprender nuevas actividades, como estudios o antiguas aficiones, sin dejar de hacer aportaciones de gran valor a su familia y su comunidad.” (2015)

Partiendo de la consideración de que la vida cada vez se prolonga más, debido a los avances médicos y tecnológicos, entre otros, y considerando el ámbito universitario como un actor de significativa importancia a la hora de dar respuestas acordes a la problemáticas de inclusión y participación de nuestros adultos mayores, hemos desarrollado una serie de actividades en pos de generar espacios que les permitan formarse en diversas actividades, a la vez que se crean espacios de socialización, basándonos en la creencia que las actividades culturales, formativas y recreativas en los adultos mayores son de tanta importancia como la alimentación, el control médico, los cuidados básicos y todo lo inherente a esta etapa de la vida. La misma que comienza después de la jubilación se prolonga más, sin la consecuente extensión de las políticas públicas, orientadas al desarrollo intelectual, social y emocional de los adultos mayores.

Basándonos en el concepto de envejecimiento activo definido por la OMS como “el proceso de aprovechar al máximo las oportunidades para tener un bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida” a partir de las actividades desarrolladas queremos colaborar en la mejora de la calidad de vida de las personas favoreciendo así el mantenimiento de su actividad física, social y mental.

El estatuto de la Universidad Tecnológica Nacional, en su artículo 2, establece que es su misión:

“crear, preservar y transmitir los productos de los campos científicos, tecnológico y cultural para la formación plena del hombre como sujeto destinatario de esa cultura y de la técnica, extendiendo su accionar a la comunidad para contribuir a su desarrollo y transformación”.

En ese marco, la Secretaría de Cultura y Extensión Universitaria (SCEU) de la UTN.BA se propone establecer vínculos diversos entre la Facultad y la comunidad, en pos de favorecer el desarrollo de los ciudadanos y generar un impacto más allá de la propia institución. Así mismo, ejecutar proyectos socioculturales que se orienten a responder a las demandas tecnológicas y sociales de sectores poblacionales que se encuentran en situación de vulnerabilidad de derechos es una actividad primordial en esta Secretaría.

Las acciones que se realizan son variadas y se dirigen a públicos muy distintos: cursos de idiomas, cursos técnicos, proyectos sociales orientados a jóvenes, actividades culturales como muestras de arte y presentaciones musicales, cursos a distancia, capacitación docente, entre otros. Si bien los destinatarios de las diversas actividades son grupos heterogéneos, con diferentes niveles socio-económicos, diferencias etarias, etc., hay que resaltar que los adultos mayores no eran destinatarios específicos de ninguna de las actividades de la Secretaría, constituyéndose en un terreno inexplorado. Cabe destacar, de todos modos, que gran parte de los participantes de las actividades culturales, especialmente las presentaciones musicales, son adultos mayores del barrio de Almagro, donde se ubica una de las sedes de la Facultad.

Si bien las actividades no están dirigidas únicamente a este grupo, sino que pretenden convocar a estudiantes, docentes, graduados y no docentes de la comunidad universitaria, los principales asistentes son adultos mayores de 60 años.⁷ Las razones que inferimos están vinculadas a los géneros musicales que suelen presentarse, como ser Sinfónicas, Jazz, Tango o distintas obras corales y también por la gratuidad de las mismas. A partir de estas actividades, hemos podido visualizar que los adultos mayores son una población que necesita y disfruta de la participación en diversas actividades culturales, en pos de su propio desarrollo.

Los primeros pasos

Desde este marco y comenzando a dar pasos en esta iniciativa es que, a partir de un convenio con una entidad privada, desde el Área de Desarrollo Social, se implementan cursos de informática para adultos mayores, centrados en el uso de redes sociales. El objetivo es alfabetizar digitalmente esta población, de modo que puedan manejar algunas herramientas tecnológicas y posicionarse como sujetos activos frente a las nuevas experiencias que brinda la tecnología rompiendo barreras culturales que le impiden su integración social y colaborando así en su inclusión a la sociedad, otorgándoles nuevos recursos para su vida cotidiana.

Fue una experiencia novedosa y los resultados fueron muy buenos, se concretaron 10 cursos a lo largo de un año, por los que pasaron 150 adultos mayores, que aprendieron desde cómo prender una computadora y usar el mouse hasta el uso del mail y de Facebook, manejo de Home Banking; herramientas que permiten al adulto mayor adquirir mayores niveles de confianza e independencia a la hora de enfrentarse a las nuevas tecnologías. De esta manera, más allá de los aprendizajes técnicos aparece un plano simbólico en el que los adultos se afirman como sujetos conocedores de las tecnologías propias de la época, habilitando nuevos espacios de socialización y comunicación.

A partir de estas experiencias se fue visibilizando el problema de la escasez de espacios o talleres donde los adultos mayores puedan participar de actividades recreativas y culturales en pos de su desarrollo integral en tanto sujetos de derechos económicos, sociales y culturales. En algunas ocasiones, estos talleres son organizados por organizaciones barriales, lo que implica que se dirigen únicamente a la comunidad local, dejando de lado a personas que viven alejadas y que no se enteran de esa oferta. En otros casos, son pagos. Desde la UTN.BA entendemos que esos espacios no sólo generan un momento de distensión para los adultos que

⁷ “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. Según Convención Interamericana Sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores

asisten, sino que también posicionan a la Facultad como un referente, al brindarles una oportunidad de desarrollar actividades culturales de buena calidad y accesibles. Partiendo entonces desde esta concepción es que desarrollamos el programa de Experiencia Universitaria para Adultos Mayores.

Considerando que la SCEU se propone realizar actividades que hagan a la interacción con la comunidad y teniendo en cuenta que la UTN tiene como objetivo extender sus acciones y sus servicios a la comunidad con el fin de contribuir a su pleno desarrollo y transformación hacia una forma de sociedad más solidaria que brinde mejor calidad de vida a sus integrantes, se entendió que un importante grupo poblacional, como son los adultos mayores, no eran receptores de ninguna política de inclusión impulsada por la Facultad, a pesar de constituir un grupo social vulnerable. Es decir, nos centramos específicamente en un grupo etario que por sus características requiere y demanda espacios inclusivos de formación y esparcimiento, usualmente escasos. Se visualizó que este grupo demanda espacios en los que puedan desarrollar sus capacidades físicas, intelectuales, emocionales, culturales y sociales, manifestando un interés activo.

Ante esta problemática, la Dirección de Cultura junto al Área de Desarrollo Social de la SCEU de la UTN.BA se planteó la relevancia de planificar un ciclo de talleres y actividades dirigidas a la población mayor de 60 años, en pos de posicionar a la Facultad como un espacio inclusivo y de referencia y de esta manera, dentro del ámbito del extensionismo, establecer un vínculo con la comunidad, específicamente con un sector de la población que usualmente no tiene contacto con Universidad. El mismo consiste en la instrumentación de un programa integral propio y con otros organismos creando espacios universitarios específicos para favorecer la inclusión y participación de adultos mayores en procesos formativos, culturales y recreativos, brindándoles nuevos conocimientos y herramientas de expansión social. Asimismo, se valora su acervo cultural para potenciar su autoestima y al mismo tiempo proteger el patrimonio y las tradiciones culturales. Consideramos que la participación en actividades comunitarias de recreación, sociales, culturales y espirituales, le permite los adultos mayores seguir ejerciendo sus competencias, gozar de respeto y estima, y mantener o establecer relaciones de apoyo y cuidado; fomenta la integración social y es la clave para mantenerse informado.

Teniendo como referencia el concepto de ocupación significativa –donde la misma tiene un poder potencial de transformación y un profundo impacto en cómo la persona se siente física, emocional y espiritualmente–, consideramos que, si la ocupación es satisfecha, el ser humano desarrolla la capacidad de poder influir sobre su salud a través de las actividades. Al estar desarrollado dentro de la Facultad, el programa permite la participación comunitaria/social pero además colabora en las relaciones intergeneracionales ya que se comparten espacios e instalaciones, alentando la participación y cooperación de personas de diferentes edades y niveles de habilidad, permitiendo de este modo el intercambio de valores y enriquecimiento mutuo al compartir sus experiencias de vida.

Planteando una mirada integral de la calidad de vida, ofrecemos una oferta variada y de calidad, que permite a los adultos desarrollarse, a la vez que se revaloriza una etapa de la vida *tradicionalmente postergada* en lo que refiere a las políticas sociales. “Según la Ciencia de la Ocupación, calidad de vida implica tener igualdad de oportunidades en el acceso a los recursos y la capacidad para funcionar autónomamente.”⁸

⁸ Pellegrini, M. (2007). Fundamentos del Paradigma de la Ciencia de la Ocupación (Yerxa), en: Terapeutas Ocupacionales, Servicio Andaluz de Salud. Ed. MAD. España.

El objetivo general del Programa consiste en *generar espacios inclusivos para adultos mayores, donde puedan desarrollarse integralmente en los distintos aspectos de la vida: intelectual, física, cultural y socialmente.*

Entre los objetivos específicos, se destacan:

-Contribuir a la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores, promoviendo la prevención y la salud integral y favoreciendo su envejecimiento activo

-Generar espacios de socialización y esparcimiento, que fomenten la creación de vínculos sociales y afectivos.

-Promover el aprendizaje de diversas disciplinas, que generen nuevas motivaciones e intereses a los adultos participantes de las actividades.

-Consolidar el vínculo de la FRBA con la comunidad interna y externa, posicionando a la Facultad como una institución de referencia en políticas para la población mayor de 60 años.

- Promover en la Comunidad UTN.BA la responsabilidad social a través de la participación de los distintos claustros en los proyectos socioculturales de la Facultad.

El Programa

El programa de Experiencia Universitaria para Adultos Mayores tiene como destinatarios a personas mayores de 60 años o adultos que, no habiendo alcanzado esa edad, no se encuentren activos laboralmente. El mismo está conformado por talleres de disciplinas diversas tales como baile, macramé, origami, tejido, estimulación cognitiva, lectura, computación o astronomía, entre otras. Se ofrecen también actividades como muestras de arte, presentaciones corales o jornadas específicas sobre alguna temática, como prevención de la diabetes.

En este marco, antes de comenzar con los talleres se lanzó a través de los medios la convocatoria y se invitó a participar a la comunidad de una charla informativa donde se realizó la presentación del Programa y la oferta de talleres. Durante la misma los participantes completaron una encuesta que nos sirvió para conocer sus intereses, necesidades y cuál era su motivación en participar de estas actividades (Ver gráficos adjuntos). Participaron de esta jornada más de 240 personas, una estimación muy mayor a la que se había planteado inicialmente. Como consecuencia, muchos de los asistentes, interesados en las diversas actividades quedaron en lista de espera, ya que el Programa era reciente y no se contaba con una agenda amplia de actividades. *La difusión de esta experiencia a través de medios radiales y periódicos evidenció la necesidad de estos espacios ya que en los 5 días posteriores a la publicación ingresaron alrededor de 1500 llamadas telefónicas consultando por los talleres.* En vista de que los interesados superaban nuestras expectativas y teniendo en cuenta la encuesta realizada, se comenzó la búsqueda de nuevos talleres, en pos de satisfacer esta demanda.

Los cursos tienen duración variable y se realizan 1 o 2 veces por semana, usualmente por la tarde. En la realización de actividades se tuvo en cuenta la importancia elegir horarios que fueran accesible a sus disponibilidades y cuestiones de seguridad, desarrollando las mismas dentro de la franja horaria de 13 a 18:00 hs.

Participan aproximadamente 15 personas por cada taller. En algunos casos se propone una continuidad de niveles, como en los cursos de computación, donde se ofrecen 3 niveles consecutivos a los fines de asentar el conocimiento adquirido. La mayor parte de los participantes son mujeres.

Una característica distintiva del Programa es que los docentes de los talleres son miembros de la comunidad UTN: docentes, no docentes y graduados de la Facultad, que dedican parte de su tiempo a planificar y desarrollar talleres sobre diversas temáticas que son de su interés y que pueden estar vinculadas específicamente a su formación o no. De esta manera, se logra una verdadera integración, ya que diversos miembros de la comunidad tecnológica comparten sus saberes y experiencias con los adultos participantes de los talleres, que pasan a constituirse como parte de la comunidad universitaria. No es que los adultos simplemente asisten a los cursos, sino que toman a la Facultad como un espacio de pertenencia, que se ocupa de sus necesidades y les brinda un momento donde pueden desarrollar nuevas iniciativas y experiencias y además les brinda la posibilidad de satisfacer viejos deseos y/o curiosidades ingresando a un ámbito que, hasta ahora, para muchos, era propio de los nietos.

La dinámica de los talleres toma, de esta manera, una forma particular. Los vínculos entre los adultos y entre los adultos y los docentes son fluidos, informales, pero ello no implica que los talleres sean meros espacios de socialización o charla. Si no que son talleres en los que se desarrollan diversas temáticas y contenidos, que se combinan con momentos donde se pueden compartir meriendas o charlas y se planifican salidas fuera del horario de talleres entre participantes en pos de fomentar los vínculos y redes de sociabilidad.

El hecho de que los docentes sean miembros de la comunidad universitaria permite posicionarse a la Facultad en un doble rol como referente interno y externo. Es decir, por un lado, se posiciona frente a la comunidad como una entidad comprometida en el desarrollo integral de la ciudadanía en general, y específicamente de los grupos vulnerables, considerando que los adultos mayores son un grupo etario con frecuencia olvidado y para el cual no existe gran oferta de talleres y actividades que estimulen su creatividad y su intelecto, siendo gratuitas y de calidad. Por el otro, se concreta una transformación al interior de la Facultad, por cuyos pasillos empiezan a aparecer adultos mayores, que comienzan a ser considerados como parte de la comunidad institucional. Además, los graduados, docentes y no docentes de la Facultad pueden dedicarse a ofrecer talleres que son de su interés, revalorizando sus saberes no formales y encontrando nuevos espacios para los formales.

El hecho de que la Universidad sea la que brinda los cursos, le da un valor agregado, en el sentido de que los asistentes la conciben como una institución de referencia con cursos de calidad. Los adultos mayores, que en muchos casos no han pasado por la universidad, puedan realizar cursos en esta facultad, generando en ellos un sentimiento de valorización. En algunas ocasiones, los participantes se alegran de poder asistir a cursos que se dictan en la misma institución en la que cursan, se recibieron o trabajan sus hijos o sus nietos. Para aquellos que realizaron una carrera universitaria, suele ser una gran experiencia poder retornar a una universidad, esta vez resignificando el rol de estudiante. Además, se manifiesta que el hecho de que los cursos se realicen en una universidad pública nacional genera en los participantes la seguridad de que los cursos serán buenos, con contenidos acordes y docentes calificados. Si bien esto no debería ser necesariamente así –ya que el hecho de que los cursos se realicen desde la Facultad no los hace buenos de por sí–, es de destacar el sentimiento de seguridad que provoca en las personas que asisten a los diversos talleres.

Sabemos que el proceso de jubilación “implica una transición de un estado ocupacional a otro, llevando al despliegue de distintos mecanismos de adaptación”. Es característico que el personal docente y no docente de la UTN.BA hayan dedicado muchos años y horas de su vida laboral a la institución generando vínculos de pertenencia que al dejar de trabajar generará la sensación de “pérdida de una fuente de gratificaciones de gran importancia para la vida del

hombre, pues el trabajo tiene para la persona numerosos significados”⁹. Los talleres también han logrado ofrecer un espacio para aquellas personas de ambos claustros que se han jubilado en la UTN.BA, participando de los mismos en el rol de alumno y otros casos en el rol de profesor.

Otro punto importante de este Programa es la posibilidad que tienen los participantes de los talleres de formar parte de los mismos, como ayudante de taller o dictando su propio curso favoreciendo y fomentando las potencialidades de los mismos, sus capacidades y roles en la sociedad actual. El compromiso social de las personas mayores constituye un aporte positivo hacia su valoración dentro de la comunidad, colaborando en que pueda desempeñar un papel activo donde puede compartir sus saberes y experiencias. Un factor que se menciona con frecuencia es que se debe confiar en aprovechar las capacidades de las personas mayores y su experiencia de vida en la toma de decisiones. Sus recursos deben ser valorados por la comunidad.

Todas estas posibilidades de participación comunitaria que generan la realización de este Programa favorece a la igualdad de oportunidades para el desarrollo de valores culturales y vocacionales y al bienestar de la persona entendiendo que esto ocurre cuando las personas participan en ocupaciones productivas y significativas de su elección que se encuentran dentro del contexto sociocultural de sus vidas. Así se afirma, que las ocupaciones con significado contribuyen a la sensación de bienestar, proveen una forma de expresión y por lo tanto contribuyen al mantenimiento de una identidad y, la percepción de uno mismo como eficaz, contribuye a la sensación de bienestar.¹⁰

Conclusiones

El Programa Experiencia Universitaria para Adultos Mayores constituye una novedad para la Facultad, al integrar a su comunidad a un grupo hasta el momento excluido de las actividades: los adultos mayores. La comunidad cambia, se transforma. Ver por los pasillos a adultos mayores que realizan distintos talleres genera un impacto en toda la comunidad institucional, que visibiliza las nuevas actividades inclusivas y se interesa en participar de diferentes formas. Pero, como ya se ha mencionado, el impacto no solo es interno, sino que se genera una modificación en lo que refiere al rol social de la Facultad, al abrir sus puertas a un nuevo grupo. Los derechos de los adultos mayores son, en muchos casos, vulnerados; por lo que desde la FRBA se considera importante trabajar en pos de su realización como sujetos plenos, aportando a su desarrollo integral y visibilizando así las cuestiones que respecta a la vejez como problemática social que debe de interesar a la universidad pública.

Es de destacar que los cursos generan un impacto muy positivo no sólo en aquellos que participan sino en la comunidad en general. Por un lado, el hecho de integrar a un nuevo grupo en la comunidad universitaria la vuelve más diversa, generando espacios de intercambio y nuevos puntos de vista. Por el otro, el hecho de revalorizar las actividades y trabajar en pos del desarrollo de este grupo etario genera un impacto positivo en toda la comunidad. Porque cuando un grupo o sector se desarrolla, el impacto repercute sobre la sociedad en su conjunto.

⁹ Allan, A., Wachholtz, M., Valdés R. (2005) Cambios en la Ocupación de los adultos mayores recientemente jubilados. Revista Chilena de Terapia Ocupacional N°5.

¹⁰ Pellegrini, M. (2007). Fundamentos del Paradigma de la Ciencia de la Ocupación (Yerxa), en: Terapeutas Ocupacionales, Servicio Andaluz de Salud. Ed. MAD. España.

Los cursos posibilitan la adquisición de destrezas y habilidades para afrontar nuevas demandas, propias del siglo XXI como así también colaborar en la prevención y cuidado de la salud integral de las personas. Permiten recuperar y revalorizar los saberes personales, a la vez que estimulan el diálogo intergeneracional. Facilitan la inserción en el medio socio comunitario, a través de actividades diversas y de la participación en un espacio que se constituye como propio. De esta manera, abren nuevas perspectivas de desarrollo para los adultos mayores, revalorizando esta etapa de la vida, como un momento en el cual se puede aprender y enseñar, compartir y generar nuevos vínculos, estimular la mente y el cuerpo, desarrollar el intelecto y estimular el plano emocional.

A través de esta propuesta la FRBA se consolida como una institución inclusiva, que promueve el desarrollo integral de diversos grupos vulnerables, entendiendo que la mejora en su calidad de vida repercute positivamente no solo sobre los sujetos destinatarios de los diversos programas y proyectos sino también sobre la comunidad en su conjunto. Con el propósito de romper las distintas manifestaciones de discriminación –ya sean prejuicios, actitudes, prácticas o políticas– que perpetúan creencias desvalorizantes, se generan nuevos espacios inclusivos y de revalorización de la vejez que tornan a la comunidad universitaria más diversa y heterogénea, con todos los beneficios que ello implica.

Como sostiene la Secretaria de Derechos Humanos de la Nación,

“El derecho a ser incluido, a participar y a contribuir, debe estar garantizado por la sociedad a todos sus miembros por igual, sin tener en cuenta la edad. La edad no puede ni debe ser una barrera para participar, enseñar, aprender, comunicarse, enamorarse, trabajar, elegir, ser independiente, elegir el domicilio, desarrollar su vocación, o defender su Dignidad”.¹¹

Más allá de lo innovador que resulta este Programa en la Facultad, al vincularse e incluir a un grupo etario tradicionalmente postergado, cabe destacar dos puntos que lo enriquecen y que pueden verse como distintivos, al comparar esta experiencia con otras de carácter similar. En primer lugar, como mencionamos, gran parte de los profesores que dictan los talleres son docentes de grado, no docentes o graduados de la Facultad. Este punto es fundamental porque genera una verdadera integración de los espacios y talleres para adultos mayores a la vida universitaria, conocen la Facultad, son parte de ella, y como tales hacen parte a los adultos mayores que participan de los talleres contando cómo funciona la Facultad, proponiendo otras actividades e incluyendo de manera activa a los participantes de los diversos talleres.

En este sentido, se espera poder plantear un proyecto en 2017 por medio del cual el hecho de dictar cursos en el marco de este Programa les otorgue a los docentes y no docentes puntaje para el concurso de cargos como así también aquellos docentes con dedicaciones exclusivas puedan incluir en la programación de sus actividades docentes y de investigación, horas a la dedicación en actividades de responsabilidad social, en este caso en el dictado de talleres. De esta manera, se fomentaría la participación de más trabajadores de los diversos claustros en esta experiencia, que podrían poner sus propios saberes diversos al servicio de la comunidad y de su desarrollo integral.

Por otro lado, es de resaltar la posibilidad que tienen los adultos que participan de los cursos de ofrecer talleres alternativos sobre temáticas que manejen y sean de su interés y la oportunidad que tienen de sumarse como tutores o ayudantes de otros cursos colaborando con esto en su posicionamiento frente a pares y a las nuevas generaciones como transmisores de conocimientos. Un ejemplo ilustrativo de esta situación es el de dos adultos que realizaron los tres niveles de los cursos de computación y, una vez finalizados, se sumaron como tutores voluntarios. De esta manera, siguen en contacto con la actividad y con la Facultad, a la vez

¹¹ <http://www.jus.gob.ar/derechoshumanos/areas-tematicas/adultos-mayores.aspx>

que revalorizan los temas aprendidos al ayudar a sus compañeros durante las clases. Como efecto indirecto, se destaca la importancia de que, aquellos que están realizando los cursos, vean que sus compañeros han podido aprender, avanzar y que incluso ahora pueden ayudarlos. De alguna manera, se visibiliza la noción de que es posible aprender en esta etapa de la vida, incluso cuando se trata de aprendizajes técnicos y que muchos conciben muy cerca de lo imposible. Por último, es importante destacar, en este punto, que esos tutores que son adultos mayores y ex asistentes a los cursos comparten esa función con estudiantes y graduados voluntarios que también participan realizando esta tarea en los cursos, materializando así la inclusión de toda la comunidad universitaria en estas actividades.

Otro desafío que tenemos por delante, viendo el impacto y repercusión de esta experiencia, es poder replicar este Programa en la Sede Campus de la UTN.BA, la misma se encuentra en el barrio de Lugano donde la oferta de actividades culturales y de educación no formal son muchos más acotadas y con mayor porcentaje de población en situaciones de vulnerabilidad. La condición del adulto mayor en estos barrios lo ubica en una situación de fragilidad que, muchas veces, viene acompañada de otras cuestiones socio/económica, que, lejos de optimizar la calidad de vida de estos grupos, la perjudica aún más.

En síntesis, “Cuando una Sociedad valora una etapa de la Vida –la vejez– está valorizando a todas. Es el camino más eficiente para la construcción de una "sociedad para todas las edades", incluyente e integradora.”¹² Esto es lo que se propone esta Experiencia Universitaria para Adultos Mayores.

Gráficos

Señale actividades socioculturales que le agraden

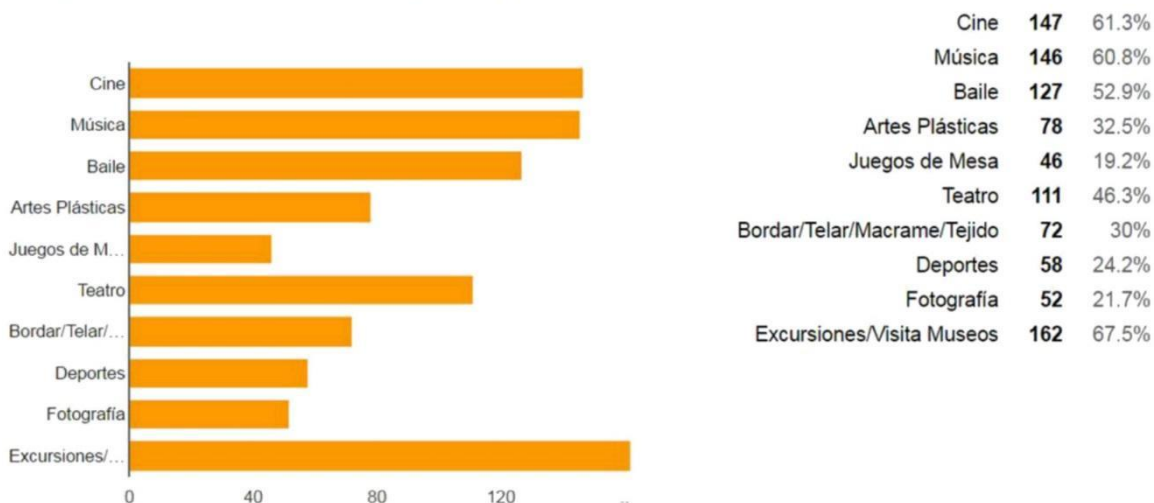


Gráfico 1: Actividades socioculturales que prefieren los adultos mayores asistentes a la charla informativa del 5 de mayo de 2016.

¹² <http://www.jus.gob.ar/derechoshumanos/areas-tematicas/adultos-mayores/los-adultos-mayores-tienen-derecho.aspx>

Señale Actividades Formativas que le interesen

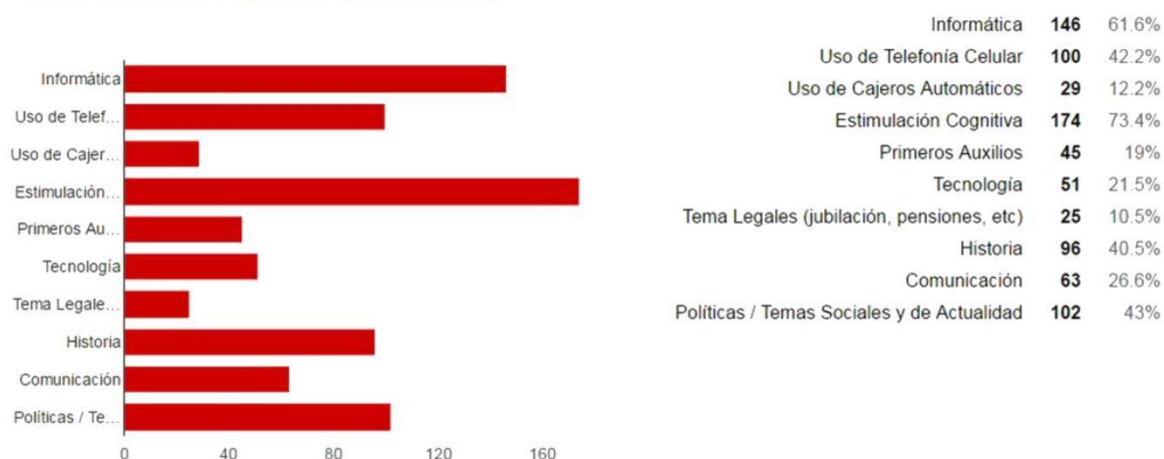


Gráfico 2: Actividades formativas preferidas por los adultos mayores concurrentes a la charla informativa del 5 de mayo de 2016.

Charlas informativas que son de su interés



Gráfico 3: Charlas informativas que son del interés de los adultos mayores asistentes a la jornada del 5 de mayo de 2016

Le gusta Compartir actividades socioculturales con

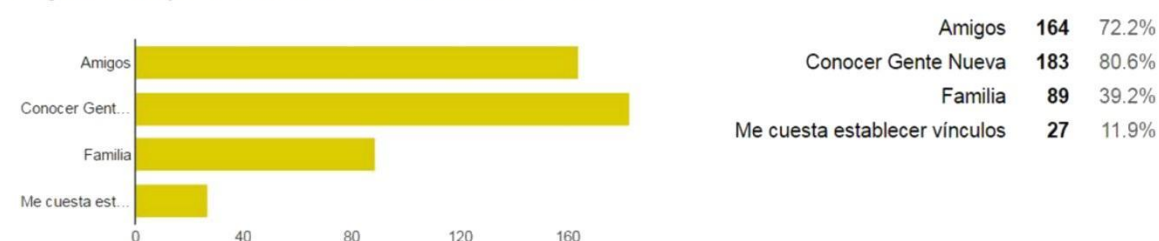


Gráfico 4: Intereses de sociabilización de los adultos mayores participantes de la charla informativa del 5 de mayo de 2016.

Referencias Bibliográfica

Aimar, A. De Dominici, C., Stessens, M.L., Torre, M., Videla, N. (2014) *Desmitificando la vejez... Hacia una Libertad Situada*. Colección Cuadernos de Investigación. Editorial Universidad Villa María (Eduvim).

Allan, A., Wachholtz, M., Valdés R. (2005) “Cambios en la Ocupación de los adultos mayores recientemente jubilados”. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional* N°5.

Equipo de Envejecimiento y Ciclo de Vida de la OMS (2001). *Campaña de la OMS por un envejecimiento activo*. Recuperado de http://www.who.int/ageing/publications/alc_elmanual.pdf?ua=1

Ludi, M.C, (2012) *Envejecimiento y Espacios Grupales*. Buenos Aires. Espacio Editorial.

Pellegrini, M. (2007). “Fundamentos del Paradigma de la Ciencia de la Ocupación” (Yerxa), en: *Terapeutas Ocupacionales*, Servicio Andaluz de Salud. Ed. MAD. España.

ADULTOS MAYORES MOSTRANDO OBRA EN LOS MUSEOS. UN ABORDAJE INTERGENERACIONAL

Carmen de Grado

Resumen

El programa se apoya fundamentalmente en la promoción de un envejecimiento activo. Se busca lograrlo en el ámbito de las ciudades, en los espacios relativos al arte, a la educación y a la salud. Consiste en una capacitación de un grupo de adultos mayores que desean mostrar obra plástica a niños de escuelas primarias de la Ciudad de Buenos Aires en instituciones como museos o galerías de arte o en los talleres donde se producen las obras. Se cuenta para ello y para la evaluación de la experiencia con el apoyo de los maestros, de los profesores de plástica, de la Dirección de la Escuela que organiza el traslado de los alumnos y con el área educativa de los espacios de arte o con los mismos artistas. A la vez el grupo de adultos mayores es invitado a realizar la transmisión de su experiencia y a reflexionar sobre ella en Congresos, Jornadas o Seminarios relativos al aprendizaje y a la prevención y promoción de la salud. La condición del arte de involucrar aspectos sensoriales, emocionales, simbólicos, cognitivos y conceptuales coincide con la necesidad de los adultos mayores de elaborar lo afectivo emocional de su historia personal integrándolo en su transmisión e intercambio con las nuevas generaciones.

Introducción

Este programa intergeneracional trata de una capacitación a grupos de adultos mayores para mostrar obra en museos, galerías de arte o talleres de artistas, a los niños de escuelas primarias de distintos grados. Comenzó a realizarse hace dos años. Busca sostenerse en el tiempo y tener sustentabilidad. Una segunda vertiente del programa se lleva a cabo en diversos lugares de educación y salud para exponer, reflexionar y, si fuera posible, multiplicar la experiencia.

Se realiza gracias a la mutua colaboración entre diversas instituciones:

- 1-La universidad donde se reúnen los adultos en el marco de un programa de desarrollo integral con talleres abiertos a la educación permanente.
- 2-Las escuelas primarias que son invitadas a participar y se hacen responsables del traslado de los alumnos por el sistema de ómnibus escolar acordado por ellos y comprometiendo a maestros y profesores de plástica.
- 3-Los museos, galerías de arte o talleres de artistas que prestan su espacio para que ello sea posible acordando de antemano horarios, recorrido y número de visitantes.
- 4-Las instituciones de salud o educacionales que buscan difundir sus trabajos preventivos o culturales invitando a las personas que integran este taller a participar en jornadas, seminarios o congresos.

Todas ellas son instituciones que se encuentran en la Ciudad de Buenos Aires, aunque la coordinadora ha difundido la experiencia de los adultos mayores mostrando obra en los museos en congresos de Latinoamérica y Europa en años anteriores y durante estos dos años.

El programa se apoya en la promoción de un envejecimiento activo

Se combinan aquí la apertura de los espacios de arte con la necesidad de las ciudades de promover hábitos saludables. Se cuenta con el bagaje de los adultos mayores deseosos de ejercer la transmisión de sus saberes, la disposición de los pequeños al juego en un ámbito diferente y la necesidad de los lugares avocados a la prevención de la salud y a la educación, de realizar programas innovadores.

Se observa la conveniencia de crear acuerdos institucionales e interdisciplinarios que faciliten acciones inclusivas para brindar la posibilidad de desarrollo, aprendizaje y alegría, necesarios para el bienestar y la calidad de vida.

En tiempos de la "revolución de la longevidad" se hace imperativo trabajar por mejorar la imagen que del viejo tiene nuestra sociedad. Encontrar los beneficios del envejecimiento es cuestionar las miradas prejuiciosas que lo asocian a enfermedad, aislamiento o incapacidad. Desarrollar factores protectores para un envejecimiento saludable significa empezar a reconocer las condiciones de proveedores de los adultos mayores en vez de considerarlos solamente necesitados de cuidados. La vida cotidiana en una ciudad como Buenos Aires, como también en sus cercanías, ofrece mil dificultades, pero también posibilidades que merecen ser aprovechadas. Los lugares de arte están deseosos de abrir sus puertas a la comunidad, a diferencia de otras épocas en que eran sitios acotados a una élite de expertos. Hoy los artistas abren sus talleres para compartir con los visitantes su espacio de creación. Las galerías de arte y los museos, aún los más tradicionales, invitan al juego, al espectáculo y a la recreación.

Los adultos mayores de hoy buscan con mucho entusiasmo actividades comprometidas con su medio y ejercer así su capacidad de comunicación valorando la interacción con los niños y lo que tanto la generación nueva como ellos puede aprender.

Esta experiencia amerita ser transmitida en lugares de estudio que se preguntan qué recursos utilizar para la prevención de la salud, especialmente en reuniones relativas al desarrollo de una postura activa, comprometida, generosa y amigable respecto del envejecer.

Valoración del espacio "inter": Lo vincular

Se privilegia lo intergeneracional, lo interdisciplinario, lo interinstitucional, lo interpersonal. En definitiva, los vínculos que potencian la realización de sueños y proyectos. En la base de la tarea que este programa propone está la convicción de que no venimos a tomar el mundo como es, sino a transformarlo. El arte es un valioso recurso para ello.

Existe la posibilidad de compartir entre niños y mayores la magia de ese espacio lúdico que es el lugar de la creación. Hoy muchos estudiosos nos acercan teoría sobre esto. Especialmente la Estética como parte de la filosofía es la disciplina que nos explica el arte como producción de una cultura, una época y la particular subjetividad del autor empeñado en la creación y transformación del mundo. Se produce entonces una "fusión de horizontes"¹³ entre autor y observador. El observador construye la obra, es su coautor, esto lo "afecta", lo transforma y lo mueve a recrear también su propio espacio personal. La obra funciona como "objeto transicional"¹⁴, ni externo, ni interno, a mitad de camino. También da la posibilidad de crear mundos transicionales, espacios potenciales que no son sólo del espectador o del autor, sino de ambos. Abarcan el mundo interno y externo a la vez. En la experiencia con los pequeños

¹³ Jauss, H.R. (1986) *Experiencia estética y hermenéutica literaria*, Madrid, Ed. Taurus.

¹⁴ Winnicott, D. W. (1972) *Realidad y Juego*, Barcelona, Ed. Gedisa.

de nuestro interés son: - el mundo que el autor nos acerca, - el de los niños que dicen cosas cuando observan y - lo que los adultos mayores transmiten. Todo, de manera conjunta, interrelacionada, resignificada, en una dialéctica de permanente recreación, plena de símbolos, atravesada por la institución que nos acoge. Se crea un clima que facilita la reflexión sobre el esfuerzo que el hombre realiza para representar y “construir” el mundo. Representar y construir el mundo es la forma de supervivencia más propiamente humana. El hombre vive y sobrevive a las dificultades que encuentra en su camino porque es capaz de interpretar la realidad de manera tal que los obstáculos se convierten en vías de solución y apertura a nuevos descubrimientos.

El arte, ya que “muestra los síntomas de su tiempo”¹⁵ mueve a la reflexión sobre el trabajo de transformación al representar y construir mundo. El artista acusa, condena, exterioriza los conflictos, nos interpela. Tratando de entender y sentir una obra nos acercamos también a su época y a su cultura. Acercarnos a diversas épocas es tener una mirada retrospectiva hacia el pasado para potenciar la proyección al futuro. Aproximarnos a diversas culturas es ampliar el horizonte para conocer y aceptar distintos puntos de vista.

El arte, al producir un impacto sensorial, simbólico, emocional y conceptual integra diferentes aspectos del adulto mayor. Siendo lo sensorio simbólico tan cercano a lo emocional favorece la elaboración de las cuestiones más difíciles de metabolizar a través del curso de la vida que son precisamente de tipo emocional y afectivo.

Antecedentes

Esta iniciativa tuvo su origen en *Palabras compartidas en MALBA*, Fundación Constantini, programa premiado por la Fundación Navarro Viola. Se desarrolló en el año 2012 gracias al Equipo Educativo MALBA en el que la coordinadora de los siguientes proyectos fue especialista invitada.

Está hoy en plena vigencia el actual programa aquí descrito que se sucedió sin interrupción y considera, de manera explícita y como su primer objetivo, ser de tipo preventivo y un referente para quienes trabajan en la salud de la población mayor utilizando el estímulo de lo artístico.

En el año 2013 se realizó *Protagonistas Mayores en Museos* de manera conjunta entre la Universidad, Escuela de Ciencias del Envejecimiento, el área Educativa del Museo Nacional de Bellas Artes y los adultos mayores que habían participado en la experiencia anterior.¹⁶

Fue un programa de 18 adultos mayores para invitados al Museo Nacional de Bellas Artes, MNBA, que eran también adultos tanto del área académica, realizando sus prácticas, como de los talleres del área comunitaria de la Universidad Maimónides. El desplazamiento de los invitados fue a cargo del transporte universitario.

Se realizaron seis encuentros en la universidad a lo largo de los seis meses que duró el programa. Los dos primeros trataron sobre la convocatoria, el informe sobre acuerdos institucionales y la formación de subgrupos para que trabajaran dentro de ellos. Los otros cuatro fueron de evaluación y planificación. Salieron de la coordinadora más de 300 mensajes entre conexión con el grupo y subgrupos e invitación a los visitantes. Realizaron cuatro encuentros de difusión de su actividad en Jornadas de Salud, dos de ellos ante un público de más de cien personas. Hubo tres visitas guiadas, especialmente para el grupo, por el área educativa del museo; tres visitas de cada subgrupo con la coordinadora; un encuentro general

¹⁵ Heidegger, M. (1936) *El origen de la obra de arte en Caminos del Bosque* (2000) Madrid, Ed. Alianza.

¹⁶ Hay material impreso goo.gl/7mGUc8 y audio visual sobre ella en goo.gl/HsAzEe

de todos con el área educativa del museo y tres visitas guiadas realizadas por los Protagonistas con unos quince o veinte invitados en cada encuentro.

En el 2014, la coordinadora del programa continúa los talleres de arte con visitas a museos. Se observan algunas presentaciones del grupo con el que se ha trabajado el año anterior. Fueron realizadas en la Fundación Navarro Viola y en el Espacio OSDE de arte. En otras se participa de las visitas guiadas por el equipo del lugar: Museo de Arte Decorativo y Museo Nacional de Bellas Artes.

La coordinadora continúa la investigación y divulgación que refiere de manera específica al programa, en ocasiones exponen también personas del taller. Se citan aquí solo algunas de las presentaciones. Son del año 2014 y se han duplicado en los años siguientes:

-Hospital Durand Curso Bienal de Gerontología, Construcción de espacios saludables en las ciudades del siglo XXI. 28 de abril, Buenos Aires, Argentina

-Palacio de los congresos, 10 Congreso Internacional de Gérontologie et Gériatrie. Les défis de la longévité créativité et innovations (Los desafíos de la longevidad: la creatividad y la innovación) Seniors, Protagonistes dans les Musées, 4 de mayo, Lieja, Bélgica

-Proyecto Suma, Instituto de salud mental, Jornadas anuales, Museos y lugares de arte abiertos al intercambio intergeneracional, 23 de agosto, Buenos Aires, Argentina

-Asociación de Médicos Jubilados, AMEJU, Jornadas sobre longevidad. Los Adultos Mayores y el arte, el impacto de lo artístico en las ciudades, 21 de septiembre, Mar del Plata, Argentina. -Universidad Maimónides, 12 Congreso de la Organización Internacional de la Tercera Edad, discurso de apertura: “La revolución de los mayores y el arte hoy, 7 de noviembre”, Buenos Aires, Argentina. Panel: “Testimonios con relación al arte”, disertantes, Graciela Stáble y Elida Salerno, asistentes a los talleres.

-Universidad Maimónides, Jornadas internas abiertas a la investigación y a la intervención en Psicogerontología, *Adultos Mayores, Protagonistas en Museos*.

Objetivos

- Potenciar la creatividad, el juego, la imaginación y la capacidad de estar en grupo
- Valorar el aprendizaje que supone el intercambio con otra generación
- Mostrar pinturas y esculturas y apreciarlas junto a nuestros invitados que en ocasiones han sido pares o jóvenes ocasionales de visita al lugar y en otras, grupos de niños de segundo grado como en estos dos últimos años.
- Instrumentar el conocimiento para transmitirlo de manera que invite a la diversión y a la participación.
- Producir material didáctico que sea atractivo y configure una caja de herramientas en la realización de nuestra tarea
- Articular lo teórico y lo práctico para comunicarlo en los espacios de estudio y relacionarlo con el envejecimiento saludable.
- Beneficiar en su cotidiano vivir a los adultos mayores que participan.
- Encontrar formas lúdicas y creativas para solucionar sus problemas - Integrar la alegría y el juego a sus vidas y en sus relaciones personales Población objetivo y criterio de selección de la misma.

Están invitados a participar en el taller de capacitación "todos aquellos adultos mayores que disfruten de comunicar sus ideas a otros y que estén interesados en el arte aun cuando no tengan conocimientos específicos en el tema. Se busca que sean personas a las que les gusta encontrarse con otras, escucharlas, expresar su punto de vista y que consideran que se enriquecen haciéndolo. Valoran la lectura, escuchar música, mirar una escultura o pintura, y se divierten cuando les proponen cosas nuevas.". Se les informa desde el inicio que realizarán un recorrido por el ámbito del museo y tal vez algunas visitas por su iniciativa. Si bien el desplazamiento está contemplado en estos lugares hoy, es conveniente considerarlo.

Desarrollo

La iniciativa se realiza en el marco del Taller Arte y Vida que está trabajando la temática del arte hace doce años, esta vez con la propuesta de "mostrar obra en los museos y divulgarla en el área de diversas instituciones de salud y educación que lo requieren".

Sobre los adultos mayores que llevaron a cabo la propuesta en estos dos años:

Se trata de 12 personas deseosas de participación, algunas con experiencia docente, otras no. Todas mujeres a excepción de un varón. Incluyo sus nombres y apellidos aquí ya que mi labor es contar lo que ellos realizan: Raquel Fridman, Emilio Hisas, Ana María López Kopusar, Dora Cousido, Beatriz Moraiz, Graciela Stábile, María Teresa Teper, Eva Wajcman, Elsa Escola, Alicia Schweizer, María Inés Garibotti, Elena Perazzo.

Cabe destacar el compromiso que la propuesta requiere por el hecho de ponerse frente a una obra en un prestigioso museo y por el considerable número de visitantes que asisten, pero no es menos importante la tarea de quienes son observadores críticos. Los espacios en jornadas requieren también estar dispuestos a la escucha de gran número de personas e intercambiar ideas con ellos. En el primer cuatrimestre del año 2015, los invitados al museo fueron pares, quince personas de un taller de UPAMI. En el segundo cuatrimestre fueron treinta niños de los dos segundos grados de la Escuela de Jornada completa N 14 Dr. Padilla de Caballito.

El encuentro con los niños tuvo una visita previa del grupo con la propuesta de una actividad de presentación y juego que se realizó en la biblioteca de la escuela con proyecciones, láminas, trabajo en pequeños grupos y armado de rompecabezas.

Tuvo también un diseño post visita al museo en colaboración con el profesor de plástica de confección de *collages* sobre las pinturas vistas. Los niños han pegado parte de las obras recreándolas a su manera agregando colores y formas usando témpera.

La experiencia fue presentada en el VI Congreso Iberoamericano de Psicogerontología, La Paz, Bolivia, octubre 2015.

En el primer cuatrimestre del 2016 se ha seguido el mismo esquema con distintos juegos Síntesis de los pasos que se siguieron:

-Observación de algunas obras muy destacadas del MNBA proyectándolas en el aula.

-Formación de tres sub grupos de tres o cuatro personas cada uno

-Selección y trabajo de los pequeños grupos sobre las obras que ellos seleccionan y sobre cómo mostrarlas de manera participativa. Esto produjo una fluida comunicación intragrupal sin la participación directa de la coordinadora. Fue tanto por comunicación telefónica, como por mails o visitando el museo y café por medio.

-Confección de material didáctico: láminas, proyecciones, narraciones, rompecabezas, etc. - Visita al MNBA con la coordinadora a ver las obras in situ. Exponen lo que planean hacer y cómo:

- Visita a los niños en la biblioteca de su escuela para conocernos y realizar juegos.
- Visita de los alumnos al MNBA. Los visitantes llegan en su ómnibus escolar con las maestras de los dos grados y los dos profesores de plástica. Cinco adultos mayores diferentes se hicieron cargo de cinco obras respectivamente. Hay bienvenida y cierre en el hall central.
- Evaluación en el aula de lo realizado en el museo
- Confección de un video breve contando la experiencia.
- Confección de un cuadernillo explicativo de la experiencia que sirve a alumnos de la Licenciatura en Gerontología y de la Especialidad en Psicogerontología de la Universidad donde también se coordina el Taller para adultos mayores, ya mencionado más arriba.

En el 2016, y continuando con la experiencia intergeneracional, se realizó una visita a la Escuela N°14 Dr. Padilla para trabajar con 32 alumnos de 2° grado también, "para que todos los segundos grados tuvieran la misma oportunidad", dirá la directora. La propuesta incluyó el juego interactivo "Las palabras escondidas" con el fin de descubrir términos que actuaran como disparadores y láminas de apoyo para la posterior visita al Museo Nacional de Bellas Artes. Se destacaron entonces, como forma de presentación, los lugares de pertenencia, viendo las proyecciones que los mostraban: el frente de la universidad de donde provenían los mayores, el edificio de la escuela a la que asisten los chicos y el edificio del Museo Nacional de Bellas Artes, lugar al que los invitamos. Las palabras escondidas habían sido: Universidad, Escuela, Museo. Las obras previamente seleccionadas por los integrantes del Taller Arte y Vida que se mostraron en el museo fueron: *Un alto en el campo* P. Pueyrredón, *Manuelita Rosas* P. Pueyrredón, *La siesta* A. Berni, *Don Juan Sandoval, el patrón* Quirós, *El Embrujador* Quirós. El tiempo total de la visita, considerando la bienvenida y el cierre, es de no más de una hora.

Las propuestas lúdicas tienen relación con darles alguna consigna para que desde el inicio del recorrido entiendan que estamos proponiéndoles participación y que queremos escucharlos y estimular su ingenio. Por ejemplo: Descubriendo la obra: "De estas tres pinturas en esta pared descubran una donde el personaje central está en la posición que yo adopto" (quien lo dice ha observado la obra previamente y ha ensayado la posición que corresponde) o "encuentren la pintura que tiene la firma del autor en la parte superior en lugar de la inferior que es lo habitual". "Les voy a mostrar en una lámina un color que se ve mucho en una de estas obras. ¿A qué obra refiero? Señálenla". En ocasiones se cuenta una breve narración frente a la pintura de algo que pasó en el lugar o de la vida de los personajes.

Como cierre de la visita se presentaron fragmentos de las obras vistas para que, a partir ellas, las nombraran y reconocieran dando como premio una tarjetita que reproducía la pintura. El juego era Recordando. Las estrategias para el reconocimiento fueron diversas. Puede hacerse con láminas que muestran sólo un fragmento de la obra, o con otras que tienen la textura de una realizada con espátula, o adoptando la posición física de un personaje, etc. Con anterioridad se les ha dicho que traten de recordar los nombres de las cinco obras ante las que nos detuvimos.

Pueden considerarse estas acciones realizadas como altamente satisfactorias, ya que permitieron establecer un vínculo inestimable entre ambas generaciones.

En la modalidad de monitoreo y evaluación de los resultados Se han tenido especialmente en consideración:

- La asistencia.

-Los comentarios surgidos como parte de la evaluación de lo que la coordinadora va realizando con el grupo de adultos mayores.

-Las expectativas de ellos respecto de la actividad que van a realizar: visita a la escuela con una propuesta de juego para conocer a los chicos, selección de las obras que van a mostrar, cómo hacerlo, observaciones respecto de lo que sucedió en la visita guiada por ellos, llamadas telefónicas entre ellos, visitas al museo, mails, encuentros en el café, etc.

Se evaluará la posibilidad de utilizar técnicas referidas a los factores protectores de envejecimiento para evaluar las diferencias entre una población que realiza este tipo de programas y otra población que no los realiza y estandarizar así cuantitativamente los resultados.

Conclusiones

La realización de la tarea despierta mucho compromiso y vínculos entre los integrantes del grupo quienes por propia iniciativa se reúnen para lograr mejor su objetivo además de asistir a las clases acordadas de antemano con la coordinadora del programa.

La actividad con los niños es fuente de alegría y desarrollo de capacidades latentes. Genera gran cantidad de comentarios con deseos manifiestos de continuidad.

Referencias Bibliográficas

Alderoqui, Silvia y Pedersoli, Constanza (2011). *La educación en los museos. De los objetos a los visitantes*, Buenos Aires, Editorial Paidós.

Cuadernillos de - MALBA, Fundación Constantini, 2012. goo.gl/5zHSgY

Cuadernillos de - MNBA, 2013. goo.gl/7mGUc8

Cuadernillos de - MNBA, 2015. goo.gl/7mGUc8

Cuadernillos de-MNBA, 2012.

De Grado, Carmen (2012). *Psicogerontología, Arte y Futuro*, Buenos Aires, Editorial Científica y Literaria de la Universidad Maimónides.

De Grado, Carmen (2001) *Mi nieta Catalina*, Buenos Aires, Ed. Escritores argentinos de hoy.

De Grado, Carmen (2013) *La experiencia del tiempo en el sujeto envejeciente. Análisis de una obra del pintor Ticiano*, Saarbrücken, Alemania, Editorial Académica Española.

es, Ed. Ariel, filosofía.

Winnicott, Donald (1972), *Realidad y juego*, Buenos Aires, Ed. Granica.

Heidegger, Martín, (1935-36), *El origen de la obra de arte* en (2000) *Caminos del bosque*, Madrid, Alianza. Citado por Oliveras, Elena en *Estética La cuestión del arte*, (2006) Buenos Aires, Ed. Ariel, filosofía.

LAS RELACIONES FAMILIARES: ¿CUÁL ES EL LUGAR DEL ADULTO MAYOR EN EL SISTEMA FAMILIAR ACTUAL?

Irene María Gutiérrez

Introducción

“La vejez (tal es el nombre que los otros le dan) puede ser el tiempo de nuestra dicha.”

Jorge Luis Borges

Para poder considerar *el lugar que ocupa el adulto mayor en el sistema familiar actual* de nuestra sociedad, se debe entender que la vida de los adultos mayores ha cambiado significativamente en los últimos años, y como resultante se modificaron las modalidades vinculares familiares y sociales. Incidieron en tales cambios diferentes fenómenos, entre ellos podemos distinguir el aumento de la esperanza de vida debido a los avances en el ámbito de la salud y a las variantes en los estilos de vida; modificaciones en las perspectivas financieras puestas en la etapa jubilatoria debido a los cuidados que ofrecen a sus hijos y nietos, a través de consejos, apoyo y recursos económicos; cambios en las modalidades vinculares familiares y surgimiento de nuevas estructuras familiares.

Para poder entender cómo interactúan estos factores e inciden en la vida familiar y en los roles de cada uno de sus miembros, es menester esclarecer ciertos puntos. El primero es considerar que la familia no es una institución espontánea, ya que ha estado ligada al desarrollo de las sociedades y a los modos de organización social de la humanidad. Es la matriz natural y privilegiada para acoger a las personas y favorecer su desarrollo en armonía e integración, ya que el ser humano requiere de otro que le acoja y ayude a formarse y desarrollarse.

Otro punto relevante lo constituyen las incidencias de la posmodernidad en las relaciones familiares e intergeneracionales, donde se pueden ver que los factores que inciden en la constitución familiar delimitan fenómenos que modificarán las modalidades vinculares familiares como ser la verticalización de las familias, fenómeno que responde al hecho de que las familias contienen en su seno cada vez a más personas viejas (abuelos, bisabuelos) que se responsabilizan por el cuidado y crianza de sus hijos, nietos, bisnietos, dejando de lado su cuidado personal, el que quedará relegado a cuidadores o instituciones cuando el momento lo demande. Otro aspecto relevante en esta verticalización es el de reconocer la incidencia del embarazo adolescente, así como las dificultades de emancipación de los jóvenes por el impacto de la economía en los hogares. Estos factores influyen en las modificaciones vinculares. Es así que en Argentina se puede afirmar que la familia, si bien tiene un cierto tradicionalismo, el proceso de urbanización progresiva así como los factores que intervienen en la realidad familiar cotidiana, generan que se destaque el modelo de familia posmoderna.

Por último, pero no menos importante, debemos considerar al adulto mayor en su transcurso por la vejez, la interacción con sus semejantes, con sus hijos y nietos, consigo mismo, a través de las circunstancias que le depara la posmodernidad. Según la Organización Mundial de la Salud (1999), “el envejecimiento es una de las pocas características que nos definen y nos unifican a todos”. Más allá del deterioro orgánico-funcional, *envejecer* significa *aumentar la edad y volverse más viejo por el hecho de haber vivido más tiempo*. Entonces, la vejez es la cualidad de *ser viejo*. Sin embargo, dependiendo del contexto, las consideraciones sobre vejez variarán. Por el momento, lo que nos ocupa es *el adulto mayor en la familia actual*, por lo que dicho rol puede analizarse partiendo dos posturas diferenciadas: el adulto mayor como *abuelo*

joven e independiente y el adulto mayor como *abuelo/padre de sus nietos*, a través de las cuales se puede considerar este rol como miembro activo de la sociedad desligado de las funciones de colaborador de sus hijos en la crianza de los nietos, así como en el desdibujamiento de los roles generacionales.

Se debe reconocer las ventajas de la presencia del adulto mayor en la vida familiar, así como las desventajas, producto de la falta de definición en los roles familiares, ya que estas determinarán las posibilidades de intervención en este ámbito.

La familia de la posmodernidad

La familia es el ámbito natural para el desarrollo de las personas. Es la matriz privilegiada para acoger y favorecer el desarrollo en armonía e integración, ya que es el núcleo de la sociedad que posibilita la socialización de sus miembros, facilitando las relaciones intergeneracionales a través de la promoción de los vínculos primarios, donde interjuegan las condiciones del contexto, las concepciones de desarrollo de sus funciones y el desempeño de roles tensionados por los valores en la sociedad y en su interior.

La familia funciona como un sistema en el cual los elementos constituyentes interactúan entre sí al mismo tiempo que interactúan con la comunidad, como un todo, e individualmente cada uno de los miembros. Es como un ser vivo, que tiene componentes y funciones establecidas y en base a cómo ellos se desarrollen puede ser saludable o enfermarse.

El nuevo modelo de estructura familiar posmoderna se caracteriza por un mayor peso de las relaciones de reciprocidad entre sus miembros, donde las transformaciones en los distintos entornos tienen un impacto directo sobre el ciclo vital, resultando en el pasaje de la familia nuclear (padres e hijos) a familias multigeneracionales (grupos en los cuales se integran personas de varias familias), las que serán cada vez más comunes debido al divorcio y la separación, la viudez y las nuevas uniones; y que con el incremento de la movilidad y la mayor diversidad de los estilos de vida, los lazos de sangre perdieron importancia siendo superados por los compromisos sociales con grupos de elección (amigos, clubes, etc.). La prolongación de la vida hasta edades más avanzadas produce un alargamiento de las familias y permite la coexistencia de diferentes generaciones.

Actuales investigaciones sobre la familia dan cuenta de un fenómeno llamado *verticalización de las familias*. Es decir, se no se trata sólo de la sucesión de cuatro o cinco generaciones vivas, cosa que se da por sentado; sino a que estas contendrán en su seno cada vez más personas viejas (abuelos, bisabuelos, tatarabuelos) y menos jóvenes (producto de la disminución de la natalidad) que se puedan responsabilizar de ellas. Si bien en Argentina no disminuyó la tasa de natalidad, las condiciones habitacionales y de necesidades básicas insatisfechas, así como la planificación familiar relegada a tener los hijos que se pueda mantener, o que no entorpezcan el proyecto personal de los padres, son factores de gran importancia a la hora de considerar la realidad del adulto mayor en el seno familiar.

El cuidado de los viejos queda relegado a cuidadores o instituciones, cuando no a ellos mismos confinados a la soledad, demostrando que, en la actualidad, así como plantea el Informe sobre la tercera edad (Vassallo & Sellanes, 2000):

(...) encontramos cada vez más personas viejas viviendo solas, sin redes primarias de apoyo, a causa de la verticalización de las familias (ruptura de la solidaridad vertical) y la realidad asistencial deberá recaer entonces sobre redes de apoyo coetáneas (solidaridad horizontal) no consanguíneas. Es esperable que las familias se conformen con esta imagen vertical y como consecuencia se produzca un cambio social que requerirá que las relaciones sociales se construyan más allá del marco familiar.

La vejez. Conceptualizaciones y relaciones intergeneracionales

“No hay estaciones, hay vida vivible en cualquier edad.”

La vejez (*adulthood mayor*) es la cualidad de *ser viejo*. A las personas y en general a los animales que han vivido más tiempo que los demás, se les llama *viejos*; término que también se aplica a las cosas que han existido desde hace un tiempo. Por lo tanto, *ser viejo* significa haber envejecido o haber vivido más que otras personas, comparativamente hablando. Sin embargo, la definición de vejez depende del contexto y del grupo de personas al que se refiera.

El proceso de envejecimiento tiene connotaciones variadas, todas dependientes de múltiples factores, que determinan la finitud, desarrollo, evolución, o bien sentido de la vida.

Este momento de transición en el ciclo natural de la vida, que resulta complejo de entender y difícil de aceptar, se corresponde con el tiempo de nuestra última etapa de la vida. En ella se produce una crisis vital de desvalimiento: en la mayoría de los casos, con el tiempo, la persona mayor se vuelve dependiente y entonces acontece la crisis más dura de todo el desarrollo humano.

Este es un periodo de pérdidas casi constantes, tanto en la capacidad funcional, debido a los cambios corporales, como en la disminución de las relaciones afectivas y otros cambios en la esfera emocional. Comienza el miedo a morir, a quedarnos solos sin el cuidado de las personas que amamos. Un periodo aterrador para muchos; quizás la etapa del ciclo vital más difícil, que requiere de un reajuste personal para conseguir la adaptación y el mantenimiento de la calidad de vida hasta los últimos días.

Si bien es cierto que las personas mayores serán más vulnerables si en esta última etapa del ciclo vital se encuentran viviendo un envejecimiento patológico, lo más importante es la *representación mental de la vejez*; esto es, la construcción subjetiva que cada persona realiza a partir de los cambios que está experimentando.

Los seres humanos, como si debiéramos ocultar los rasgos que anuncian las modificaciones orgánicas que experimenta nuestro cuerpo de forma irreversible, para detener el avance de la vida, invertimos cantidades de dinero y tiempo en tratamientos buscando la ansiada fuente de la inmortalidad, pero la naturaleza nos hace sentir su peso llamándonos: “¿Adónde vas, Gilgamesh? La vida que tú buscas, nunca la encontrarás”¹⁷. Es allí cuando nos hacemos consumidores compulsivos contra el envejecimiento, en un intento de huir de tal estado o retrasarlo durante el mayor tiempo posible. Aunque externamente hacemos todo lo posible para evitar *parecer viejos*, internamente el proceso de envejecimiento sigue su curso, y las características del envejecimiento de una persona dependen, en gran medida, de la reacción individual y de la capacidad de adaptación a esta nueva etapa del ciclo vital.

Por consiguiente, es importante destacar que dentro de las conceptualizaciones sobre el envejecimiento del ser humano se distinguen claramente dos lineamientos: el envejecimiento como *proceso orgánico*, y el envejecimiento *psicológico-social*. Pero ambos lineamientos se implican y determinan mutuamente, ya que, si bien los cambios orgánicos son evidentes a pesar de que uno de los logros más sorprendentes de la actualidad fue el aumento en la expectativa de vida del ser humano, aún se presentan en nuestra sociedad prejuicios relativos al envejecimiento que limitan la mirada hacia el adulto mayor como pasivo, enfermo, sin necesidad de vida social, empobrecido en su vida íntima y sexual, necesitado de atención constante por medio de médicos y cuidadores, logrando así la estigmatización de los ancianos, condenándolos a la marginalidad social.

En la cotidianidad de las relaciones sociales, se encuentran claros signos de que la mayoría de los adultos mayores no manifiesta alteraciones que influyen marcadamente en su

¹⁷ Poema de Gilgamesh, tablilla X, columna 1.

funcionamiento físico, intelectual o social hasta que pasan los setenta años. Por lo tanto, a pesar del aumento de la edad cronológica, los procesos cognitivos y las habilidades motrices y sociales, que se enlentecen con el pasar de los años, pueden aun así sostenerse y fortalecerse con la motivación y la práctica diaria, permitiendo a las personas mayores superar las adversidades del paso del tiempo, y logrando que se desempeñen con eficiencia. Es entonces que el adulto mayor saludable y activo se considera como un recurso para la familia y la sociedad, siendo así la vejez, cada vez menos sinónimo de dependencia.

En la sociedad actual están aconteciendo una serie de cambios en la estructura de la familia, en su ciclo y evolución, a través de la modificación de los roles tradicionales y la aparición de nuevos roles; así como cambios en las relaciones intergeneracionales. Es así que, reconociendo el aspecto multidimensional de los roles de los abuelos, se vislumbra que tales cambios han hecho que la figura de los abuelos recupere su importancia dentro de la familia y adquiera un notable protagonismo y una valiosa función social produciéndose una mayor y mejor integración de los abuelos en la misma. En esta nueva situación social y familiar resulta de gran importancia el estudio de las características del rol de abuelo actual y de la relación y actividades que comparte con su familia.

Lo que debe ocuparnos hoy es la tarea de desarrollar una cultura donde el envejecimiento y la vejez sean considerados como símbolos de experiencia, sabiduría y respeto, contribuyendo al fortalecimiento de la solidaridad y al apoyo mutuo entre generaciones, favoreciendo un cambio de paradigma en relación a la mirada sobre esta etapa del ciclo vital, pasando de la premisa de *evitar la vida y sus ritmos*, hacia la que nos invita a eliminar la discriminación y la segregación por motivos de edad por medio de *vivir la vida tal cual es*.

El rol del adulto mayor en el sistema familiar actual.

*“Los pueblos que no cuidan a sus niños no tienen derecho al futuro...
y los que no cuidan a sus ancianos no tiene derecho a la historia”*

José Martí

Habiendo detallado las características de la familia en la posmodernidad, las conceptualizaciones sobre vejez y el impacto en las relaciones interpersonales, es necesario avanzar sobre el rol del adulto mayor, del abuelo, en el sistema familiar de la actualidad.

El rol del adulto mayor en el cumplimiento de su *abuelidad* ha cambiado, tanto en su duración como en sus características. Podemos ver tales cambios desde los años 80, cuando debido al incremento en la importancia de las relaciones entre abuelos y nietos a través de factores como el aumento en la expectativa de vida; el creciente surgimiento de las familias multigeneracionales, lo que implica un súbito interés en la importancia otorgada a las relaciones intergeneracionales en el seno de la familia; los cambios generacionales donde los abuelos actuales tienen unas características muy diferentes a los abuelos de generaciones anteriores.

En la actualidad, las características relativas a esta etapa del ciclo vital permiten que dentro de la tercera edad pueda distinguirse la población *dependiente* que necesita cuidados y atención permanentes, de aquellos mayores que son potencialmente *autónomos* y *autosuficientes*. Entre estos mayores autónomos e independientes se sitúan en gran medida los abuelos de hoy, aquellos que prestan ayuda a sus hijos y a sus nietos, a la vez que tienen una vida social muy activa, con grupos externos a los vínculos familiares con los que tienen intereses en común como ser actividades al aire libre, deportivas, culturales, entre otras. Asimismo, puede subdividirse este grupo en dos prototipos de abuelos que se destacan en la sociedad posmoderna: el *abuelo joven e independiente*, y el *abuelo/padre de sus nietos*. Estas posturas se centran en el rol del adulto mayor como miembro activo de la sociedad desligado de las

funciones de colaborador de sus hijos en la crianza de los nietos, así como en el desdibujamiento de los roles generacionales.

Abuelos jóvenes e independientes

Son aquellos que abuelos que tienen una vida social muy activa, reuniones con diferentes grupos de amigos de actividades variadas: jardinería, deportivas, cocina, viajes. Tienen gran participación en actividades de apoyo e impacto social.

Las reuniones familiares son esporádicas. No ven a sus nietos con frecuencia, no participan tan activamente en la vida cotidiana de ellos.

Realizan viajes con grupos de amistades o delegaciones, destinando sus jubilaciones para tales fines. Manejan la tecnología con gran facilidad.

No conviven con sus hijos ni con sus nietos. No se encargan del cuidado de los nietos cuando los padres salen a trabajar o los fines de semana ya que tienen una agenda muy apretada.

Las ventajas en este prototipo tienen que ver con el cuidado de su salud y bienestar, la actividad social que tienen les otorga vitalidad, están actualizados y al corriente de la realidad cambiante en su contexto mediato. La vitalidad y actitud juvenil les acompaña para realizar viajes y actividades variadas que los inserta en una red interpersonal que resulta de apoyo y compañía.

Las desventajas de este tipo de abuelos impactan en las relaciones familiares, ya que no se posicionan como colaboradores de sus hijos en la crianza de sus nietos, no se transmiten las historias familiares como cuentos de aventuras vividas y las moralejas que quedan de cada una de estas, dejándose de lado el hecho de que la familia ha sido, es y será tradicionalmente un factor de apoyo indispensable en la vida de las personas, y más aún del adulto mayor. Se presenta una distancia emocional que dificulta establecer redes de apoyo familiares a los niños, al perderse de la parte donde *los abuelos malcrían*, e impacta a futuro cuando los abuelos, disminuidos en sus actividades por el paso del tiempo, no cuentan con jóvenes que los acompañen y contengan.

Abuelos/padres de sus nietos

En este prototipo se encuentran varias alternativas. Por un lado, están aquellos abuelos que, a la vez que crían a sus hijos, crían a sus nietos, porque se encargan del cuidado de los nietos por las largas jornadas laborales que tienen sus hijos que los obligan a ausentarse de su hogar y les resulta muy costoso contratar una niñera.

Por otro lado, están aquellos que, en los albores de la mediana edad, sus hijos adolescentes o muy jóvenes que son padres y que no cuentan con estudios concluidos ni trabajos para mantenerse por lo que deben vivir con sus padres. Así estos abuelos se ven ante la tarea de criar y sostener a sus nietos, a la vez que crían y sostienen a sus hijos que aún no se emanciparon, que están concluyendo la secundaria o iniciando estudios superiores.

Una tercera opción resulta de la conjunción de algunas características de las alternativas anteriores: aquellos abuelos que viven con sus hijos y la familia que éstos formaron, formando sistemas multifamiliares de convivencia, ya sea que los padres fueron a vivir a la casa de sus hijos, o que los hijos no se emanciparon, sino que formaron su familia y conviven bajo el techo de sus padres.

La resultante de cualquiera de las alternativas antes mencionadas tiene ventajas y desventajas. Dentro de las ventajas podemos ver que los nietos bajo el cuidado de los abuelos reciben la *herencia familiar* a través del relato de los abuelos, de los tíos y de quienes convivan con ellos, a la vez que los hijos/padres pueden salir a trabajar buscando el sustento diario. Pero las desventajas en este caso son significativas y no deben dejarse de lado. El conflicto central se da a la hora de poner límites, establecer normas y tomar decisiones, ya que se confrontan los

roles superpuestos y no permiten ver con claridad quién determina qué límites y/o normas y a quién le corresponde cada función. Los roces son frecuentes y los reclamos socavan las relaciones, atentando contra la armonía de los vínculos.

Planteados los dos prototipos resulta de gran importancia destacar que las iniciativas dispuestas en favorecer la participación social de los adultos mayores en actividades prácticas, manuales y deportivas, que contribuyen con reposicionar a la persona mayor en un rol de comunicación de conocimientos, historias familiares que sustentan la transmisión de valores, siendo uno de los principales puntos en el sostén de la cultura, no estarían completas si no consideramos que se debe tener como finalidad la revalorización del rol del abuelo en el núcleo familiar. Se logrará de este modo fomentar la creación de redes de apoyo significativas, sustento de las buenas relaciones, centrándose cada esfuerzo en la familia, donde el trabajo realizado cobra sentido y se potencia.

Conclusión

*“No me deseches en el tiempo de la vejez;
no me desampares cuando mi fuerza se acabe.
Aun en la vejez y en las canas, no me desampares,
oh Dios, hasta que proclame a la posteridad las proezas de tu brazo,
tu poderío a todos los que han de venir”*

Salmo 71:9

Es necesario comprender la participación del adulto en la vida familiar y social, no desde la pasividad de considerarlo como el jubilado que no aporta a la cultura, sino a través de adoptar una postura que nos permita verlo en función de la experiencia y sabiduría que puede aportar en la construcción de matrices de aprendizaje, así como de redes que sustentan la cultura.

Algunos obstáculos a tener en cuenta son aquellos que aparecen a la hora de delimitar los roles familiares. En la cotidianidad de la convivencia se presentan situaciones que dificultan sostener los roles, los límites y las funciones que cada uno implica. Al imaginar un panorama familiar donde conviven tres, cuatro y hasta cinco generaciones, es difícil que no aparezcan efectos directos del desdibujamiento de los roles, ya que se encuentran padres que son hijos, abuelos que son padres, hijos que son nietos, donde no queda en claro cuáles son las funciones que cada uno cumple a la hora de la práctica.

Por consiguiente, se observan situaciones diversas donde la conflictiva es la resultante del desdibujamiento de roles en la convivencia familiar, por ejemplo, padres jóvenes que se desentienden de la crianza de sus hijos con abuelos ocupan ese lugar (voluntariamente o no), y que al momento de poner límites a los hijos/nietos, estos quedan entrampados entre dos posturas opuestas: una, los abuelos/padres que proclaman un lugar que nos les corresponde ocupar y en contrapartida, los padres/hijos que reclaman un lugar que les corresponde pero abandonaron hace tiempo.

También encontramos situaciones familiares que son terreno fértil a la hora de trabajar con las familias desde una mirada preventiva que posibilite la promoción de espacios facilitadores para el apoyo y fomento de la convivencia saludable en el ámbito familiar. Entre los apoyos es importante destacar aquellos que recibe el adulto mayor, la familia que lo contiene, siendo el espacio de entrega, atención y protección en los procesos físicos y mentales por los que atraviesan. Es así que se observan que los adultos mayores que conviven con sus familiares presentan mayores niveles de salud mental, física y emocional en comparación con aquellos que viven solos, a pesar de las situaciones conflictivas que pudieran surgir en la convivencia cotidiana.

El encuadre conveniente para sustentar una práctica preventiva y de promoción de lazos saludables desde la inclusión del adulto mayor en el sistema familiar, está dado por el marco

del *envejecimiento activo* considerado como un proceso que facilita la optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Permite a las personas desarrollar su potencial para el bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia. El término *activo* hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra.

Para finalizar, es importante recordar que el rol del adulto mayor en la familia actual llama a los profesionales y referentes de la comunidad a ocuparse de la tarea de desarrollar una cultura donde los abuelos sean considerados como símbolos de experiencia, sabiduría y respeto, reconocidos en sus potencialidades, las que les permiten contribuir positivamente en el sostén de las relaciones intergeneracionales, favoreciendo un cambio de paradigma en relación a la mirada sobre esta etapa del ciclo vital, pasando de la premisa de *evitar la vida y sus ritmos*, hacia la que nos invita a eliminar la discriminación y la segregación por motivos de edad, por medio de la posibilidad de *vivir la vida tal cual es*.

Referencias Bibliográficas

- Dulcey Ruiz, E., & Uribe Valdiviezo, C. (2002). Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34 (1-2), 17-27.
- Erikson, E. (1985). *El ciclo de vida completado*. Buenos Aires: Paidós.
- García Pintos. (2005). *La familia del anciano. También necesita sentido*. Buenos Aires, Argentina: San Pablo.
- Griffa, M. C., & Moreno, J. E. (2005). *Claves para una Psicología del Desarrollo. Adolescencia. Adulterz. Vejez*. (Vol. Tomo II). Buenos Aires, Argentina: Lugar.
- Iacub, R. (2002). La post-gerontología: hacia un renovado estudio de la gerontología. *Revista Latinoamericana de Psicología* (34).
- Neugarten, B. L., & Datan, N. (1999). *Perspectivas sociológicas del ciclo vital en Los significados de la edad*. Barcelona: Herder.
- Prieto Ramos, O., & Vega García, E. (1996). *Temas de gerontología*. La Habana: Cinetífico - Técnica.
- Quintero Danauy, G., & Torrijos Grás, O. (1995). *La psicología gerontológica en Cuba*. La Habana, Cuba: Centro Iberoamericano de la Tercera Edad.
- Vassallo, C., & Sellanes, M. (2000). *La salud en la tercera edad. Informe sobre la tercera edad*. Argentina.

LA UNIVERSIDAD AL SERVICIO DEL DESARROLLO INTEGRAL DE LOS MAYORES

Pilar Sola Granell, Mar Aranda Jurado

Área temática en la que presenta su trabajo

Propuestas innovadoras en relación a los adultos mayores y los ancianos

Palabras claves:

Cátedra universitaria. Envejecimiento. Desarrollo personal.

Introducción

Recuerda Romano Guardini que “el final de la vida sigue siendo vida. En él se realizan valores que sólo en él pueden realizarse”¹⁸. El envejecimiento es un proceso inevitable que encierra grandes retos y desafíos para los propios interesados y para toda la sociedad: es un periodo vital en el que los mayores tienen mucho que aportar y mucho que recibir.

La universidad no debe limitarse a ser una mera transmisora de conocimientos, sino que está llamada a ser artífice del proceso de formación que contribuya a la humanización de la sociedad. Por este motivo, respondiendo a su vocación humanizadora, la Universidad Católica de Valencia *San Vicente Mártir* creó la Cátedra *Barcia Goyanes* para el estudio y apoyo del envejecimiento, y así colaborar en la dignificación de esta etapa vital en una sociedad materialista guiada fundamentalmente por criterios de utilidad y éxito. Su creación ha reportado una serie de beneficios que pretendemos compartir y exponer en este trabajo. Partimos, para su elaboración, de los datos facilitados por la propia Cátedra y la información suministrada en la web de la Universidad Católica de Valencia. Por ser el envejecimiento un proceso vital, son múltiples y muy variados los ámbitos que afectan a su estudio, por lo que es imprescindible que esta Cátedra enfoque sus investigaciones desde una perspectiva interdisciplinar.

Desarrollo

1. Nacimiento de la Cátedra Barcia Goyanes

Durante el V Encuentro Mundial de las Familias que tuvo lugar en Valencia en julio del 2006, se dedicó un amplio espacio de tiempo a reflexionar sobre la figura del mayor y de los abuelos, tanto en el Congreso teológico-pastoral de los días 4 a 7 de julio como en las actividades festivas y en las celebraciones litúrgicas¹⁹. En la homilía de la Santa Misa del 9 de julio, Benedicto XVI recordó que los abuelos y antepasados son parte integrante de la familia, según aparece en los testimonios bíblicos: ellos forman parte de la memoria imprescindible

¹⁸ Cf. GUARDINI, R., *Las etapas de la vida*, Madrid 1998², p. 93.

¹⁹ Cf. PONTIFICIO CONSEJO PARA LA FAMILIA, *La transmisión de la fe en la familia. V Congreso Teológico-Pastoral (Valencia, 4-7 de julio de 2006)*, Madrid 2007. Este libro contiene la valiosa contribución que supuso el V Congreso Mundial Teológico-Pastoral, uno de los eventos centrales del Encuentro Mundial de las Familias celebrado en Valencia en julio de 2006. En él puede consultarse el fruto de esas jornadas y sus variadas aportaciones. Especial interés tienen las conclusiones del Congreso de las Personas Mayores que se encuentran en la Parte Sexta del libro.

Esta publicación se hace eco, por tanto, de todas las conferencias, homilías, testimonios y estudios de diversa índole que contemplan a la familia dentro del ámbito pastoral y social en la actualidad.

para conocer, en el seno familiar, la identidad más profunda del ser humano²⁰. A raíz de estos acontecimientos, el Consejo de Gobierno de la Universidad Católica de Valencia *San Vicente Mártir* procedió a la creación de la Cátedra *Barcia Goyanes*, con el fin de estudiar y apoyar el desarrollo integral de los mayores²¹.

Por ser una Cátedra universitaria, fue concebida como un instrumento científico para profundizar en el conocimiento del proceso del envejecimiento personal y la mejora de sus condiciones de vida. Sus principales objetivos son:

1. Proporcionar formación a los mayores, a los profesionales y otros agentes sociales para dignificar el proceso de envejecimiento ante los mismos mayores y la sociedad, contribuyendo a vivir esta etapa como un crecimiento personal humano y cristiano.

2. Potenciar a los mayores como agentes activos del progreso y mejora social, ofreciendo los conocimientos y medios necesarios para vencer las dificultades que se presentan en esta tarea.

3. Hacer presente a los mayores en la comunidad universitaria, mediante el apoyo y organización de actividades dentro de la propia universidad.

La Cátedra surge en torno a tres planos imprescindibles en el mundo universitario: la formación, la investigación y el servicio a la sociedad. No tiene por tanto un carácter meramente recreativo u ocupacional, sino que procura ser un verdadero agente de formación al servicio del desarrollo humano, cristiano, social y personal de los mayores: desarrollo que siempre será posible hasta el último momento de la existencia.

Tiene un marcado carácter interdisciplinar, ya que son variados y amplios los campos que afectan al estudio del mayor, como la gerontología, la psicología, la antropología, la enfermería, la educación o la sociología, entre tantos otros, sin olvidar el componente

²⁰ BENEDICTO XVI, *Homilía 9 de julio de 2016*: “A Esther su padre le había transmitido, con la memoria de sus antepasados y de su pueblo, la de un Dios del que todos proceden y al que todos están llamados a responder. La memoria de Dios Padre que ha elegido a su pueblo y que actúa en la historia para nuestra salvación. La memoria de este Padre ilumina la identidad más profunda de los hombres: de dónde venimos, quiénes somos y cuán grande es nuestra dignidad. Venimos ciertamente de nuestros padres y somos sus hijos, pero también venimos de Dios, que nos ha creado a su imagen y nos ha llamado a ser sus hijos. Por eso, en el origen de todo ser humano no existe el azar o la casualidad, sino un proyecto del amor de Dios. Es lo que nos ha revelado Jesucristo, verdadero Hijo de Dios y hombre perfecto. Él conocía de quién venía y de quién venimos todos: del amor de su Padre y Padre nuestro”.

Consultado 16/09/2016: http://w2.vatican.va/content/benedict-xvi/es/homilies/2006/documents/hf_ben-xvi_hom_20060709_valencia.html

²¹ La Cátedra *Barcia Goyanes* toma el nombre del que fue director de la Escuela Universitaria de Magisterio Edetania y de la Escuela de Enfermería Nuestra Señora de los Desamparados de Valencia. Juan José Barcia Goyanes fue catedrático de Anatomía, y, entre otras responsabilidades, fue rector de la Universidad de Valencia, Decano de la Facultad de Medicina, presidente de la Real Academia de Medicina y presidente de la Junta Diocesana de Acción Católica durante 30 años. En 2009, el cardenal García-Gasco impulsó su causa de beatificación con la aceptación de la parte actora, compuesta por la familia Barcia Salorio y la Universidad Católica de Valencia. Consultado 16/09/2016:

<http://www.archivalencia.org/contenido.php?pad=6&modulo=37&id=7506&v=36&fecha=20121016>

espiritual. Como parte de su método, pretende establecer un diálogo entre el conocimiento experiencial de los mayores y la visión científica de investigadores y profesores, logrando así un intercambio y enriquecimiento mutuo.

Se dirige especialmente a profesionales, sacerdotes y voluntarios que dedican sus esfuerzos a los mayores; agentes especializados en sectores sociales y eclesiales como la acción familiar, social o sanitaria; personas de otras generaciones que deseen comprender y vivir la solidaridad intergeneracional; mayores activos que deseen intervenir en la atención a otros mayores o en el servicio a la comunidad; y a dirigentes y otros miembros de asociaciones interesados en estos temas.

2. Plan de actuación

Para el desarrollo de su actividad cuenta con la participación de profesores y alumnos de la propia Universidad Católica de Valencia, junto a expertos de otras universidades e instituciones. Si bien a lo largo de estos diez años la Cátedra ha ido cambiando algunos de los planteamientos de sus acciones, son tres los principales ejes de desarrollo:

- Rasgos del mayor actual, fundamentalmente desde una perspectiva psicológica, antropológica y sociológica.
- Respuestas a algunos problemas de hoy.
- Conocimiento de la sociedad en que vivimos.

En torno a estos tres ejes se articulan las acciones concretas de la Cátedra, fundamentalmente conferencias, talleres y video-fórum²². A continuación, se muestran brevemente algunos de los contenidos del ciclo formativo "Mayores en el siglo XXI", impartido en el curso 2015/2016, con el fin de destacar dos rasgos esenciales de sus programas: la participación de los distintos agentes de la comunidad universitaria y la interdisciplinariedad del programa.

a) Inauguración del ciclo de conferencias de la Cátedra *Barcia Goyanes* (19/10/2015).

La Dra. Dña. Mercedes Vilà Pladevall, vicedirectora del Instituto de Ciencias Religiosas y profesora del departamento de Fe y Cultura inauguró el curso de la Cátedra *Barcia Goyanes* con una conferencia titulada "Desarrollando un proyecto que nos ayude a vivir el presente, la esperanza del mañana y la experiencia de hoy". En su intervención, la ponente profundizó en el concepto de inteligencia *espiritual* diferenciándolo de la inteligencia *intelectual*: "Mucha gente mayor dice que ya no es inteligente y que ha perdido mucho, sin embargo, está en el momento idóneo de fomentar su inteligencia espiritual, que le hará desarrollar todas sus facultades y le hará vivir con plenitud las pequeñas cosas de todos los días. Además, esa inteligencia espiritual, les permitirá ver su propia vida desde la distancia y percibir todo lo tóxico o dañino que puede haber en ella, para poder eliminarlo". También hizo hincapié en la "importancia de que las personas mayores, como las de cualquier otra edad, tengan un proyecto de vida". Y para ello recurrió a tres filósofos –Martin Heidegger, José Ortega y Gasset y Jean-Paul Sartre- en cuyas obras "el proyecto vital, el sentido de la vida y la libertad, tienen gran protagonismo". Durante la conferencia recalcó la necesidad de que el mayor encuentre sentido a la vida, ya que "muchos mayores lo pierden cuando se jubilan, dejando de sentirse útiles para la sociedad", invitando a reflexionar sobre el mismo²³.

²² En Anexo se puede consultar el programa del curso 2010/2011, articulado en torno a los tres ejes.

²³ Consultado 19/09/2016: <https://www.ucv.es/actualidad/hemeroteca?id=9582>

b) Conferencia "La música como canalización de las emociones", impartida por el director del Máster Universitario en Musicoterapia de la Universidad Católica de Valencia *San Vicente Mártir*, Alejandro March (19/01/2016).

El profesor March destacó cómo a través de la música "es posible desarrollar nuevas conexiones neuronales en personas con alguna afectación severa". Esta disciplina abarca todas las etapas de la vida, desde los niños no nacidos hasta las personas en fase terminal. Entre los numerosos beneficios de la música, señaló que aumenta la actividad neuronal y el nivel de resistencia al dolor; activa el tono y la energía muscular; mantiene la capacidad de atención; favorece la meditación; y supone un estímulo para la imaginación y la capacidad creadora. Además de cantar y escuchar música, el profesor March recomendó el baile a los asistentes: "El baile es una actividad física magnífica en la que se movilizan muchas partes del cuerpo de manera activa y lúdica, a diferencia de una sesión de movilización motriz con otros especialistas, que tal vez sea más mecánica y algo aburrida". Como cierre de la jornada, el ponente realizó una dinámica práctica con los presentes, con una relajación guiada con música. Desde hace unos años se imparte el Máster Universitario en Musicoterapia en la Universidad Católica de Valencia con el objetivo de formar profesionales musicoterapeutas que actúen como agentes de salud, preparados para poder trabajar, tanto a nivel preventivo como terapéutico, en diversos ámbitos tanto sanitarios, educativos y socio-comunitarios²⁴.

c) Taller "Cómo recibir y transmitir afectividad", impartido por la Dra. Doña, Joana Calero, Vicedecana de Educación Social de la Facultad de Psicología, Magisterio y Ciencias de la Educación de la Universidad Católica de Valencia *San Vicente Mártir* (16/02/2016).

En este taller colaboraron alumnos del grado de Educación Social. Tras una primera parte conceptual dirigida a la explicación del término afectividad y sus manifestaciones exteriores a través de las conductas y comportamientos, se inició la parte práctica del taller. Los mayores, divididos en grupos, abordaron diferentes casos prácticos en los que la afectividad juega un papel importante, aportando ideas y sugerencias sobre cómo mejorar el día a día y hacer que en la vida cotidiana aumenten actos afectivos positivos. En esta parte del taller tuvo especial protagonismo la participación de los alumnos del grado de Educación Social, que se encargaron de dinamizar cada uno de los grupos y ayudar a los mayores a expresar sus sentimientos y transmitir en la sesión todo aquello que llevan dentro. "El objetivo del taller fue hacerles ver que circunstancias personales como la viudez o una mala relación familiar no deben ser nunca motivos para dejar de vivir la afectividad con plenitud". Para la profesora Calero, la respuesta de los participantes fue muy positiva y sus aportaciones muy enriquecedoras. Concluyó subrayando que "desde la mirada integral del ser humano no podemos olvidarnos de la dimensión espiritual que tiene también la afectividad, por lo que en lo más profundo de su ser tiene la capacidad de entregarse y servir a los demás, de amarse a sí mismo y de relacionarse con la naturaleza". En este sentido la vicedecana afirmó que "la madurez afectiva implica que la persona despliegue sus dones y capacidades, amando a Dios, a sí mismo, y a los demás"²⁵.

d) El Dr. D. Pablo Vidal, director del Instituto Universitario de Antropología de la Universidad Católica de Valencia *San Vicente Mártir*, acercó el continente africano a las personas mayores de la Cátedra *Barcia Goyanes* mediante una conferencia sobre la situación sociopolítica actual en África, en la que repasó los diferentes aspectos y problemas que condicionan la realidad social, cultural y política de este continente (28/04/2016).

²⁴ Consultado 19/09/2016: <https://www.ucv.es/actualidad/hemeroteca?id=9793>

²⁵ Consultado 19/09/2016: <http://www.ucv.es/actualidad/hemeroteca?id=9851>

Con su exposición, el profesor Vidal contribuyó a la comprensión de los movimientos migratorios actuales que tanta repercusión tienen en el multiculturalismo de nuestra sociedad²⁶

e) El Defensor de las Personas Mayores del Ayuntamiento de Valencia, D. José Pelegrí Galiana, expuso algunos de los problemas y consecuencias de la actual crisis económica que están afectando a los mayores (17/05/2016).

La crisis económica, determinante en nuestra sociedad, ha hecho que muchos mayores se vean en la obligación de llevar el peso económico familiar. Pelegrí, que ostenta este cargo desde 2010, resaltó que durante los cuatro primeros años fueron más de 3.000 mayores los que acudieron a su despacho. Muchos de los problemas que se plantean vienen derivados de las dificultades de convivencia en los matrimonios: "Cuando llega la jubilación, el cambio de hábitos es muy grande y no siempre se gestiona bien". También la reagrupación familiar de hijos y nietos en la casa de los mayores genera muchas consultas. "Pero el gran problema del mayor es la soledad. La soledad de la persona que vive sola, y la soledad de la persona que vive en familia, que es aún más triste". Durante su intervención, Pelegrí aludió al aspecto pionero de su cargo, revelando que varios Ayuntamientos han iniciado trámites para tratar de implantar esta figura en sus ciudades²⁷.

Conclusiones

La Cátedra *Barcia Goyanes* ha demostrado ser, en estos diez años, un instrumento de gran valor al servicio de los mayores. Así, se puede concluir que:

1. Es un factor de inclusión de los mayores en la sociedad actual, puesto que facilita la integración de los mayores en una comunidad –la universitaria- en la que rara vez tienen oportunidad de participar.

2. La interacción resulta muy positiva: la comunidad universitaria –tanto docentes como alumnos- se beneficia de la experiencia personal y vital de los mayores, mientras que los mayores se enriquecen del bagaje científico y cultural de la universidad.

3. El carácter universitario de la Cátedra propicia el tratamiento interdisciplinar de los estudios, puesto que son múltiples los ámbitos que afectan al proceso de envejecimiento: gerontología, psicología, antropología, enfermería, educación, sociología, economía..., dando también gran relevancia a la dimensión espiritual y cristiana en este proceso.

4. La participación en sus programas formativos se presentan como una ayuda en la prevención de algunos riesgos propios del envejecimiento, como son la involución social, la tendencia al aislamiento o la pérdida de interés por los avances culturales y sociales.

5. Esta Cátedra, por estar al servicio de la dignidad del envejecimiento y del desarrollo de las potencialidades del mayor, contribuye a la humanización de esta etapa vital en medio de una sociedad que parece haber olvidado los verdaderos valores que dignifican a la persona en cada uno de los ciclos de su vida

²⁶ Consultado 19/09/2016: <http://www.ucv.es/actualidad/hemeroteca?id=10019>

²⁷ Consultado 19/09/2016: <http://www.ucv.es/actualidad/hemeroteca?id=10076>

Referencias Bibliográficas

a) Libros:

- GUARDINI, R., *Las etapas de la vida*, Madrid 1998².

- PONTIFICIO CONSEJO PARA LA FAMILIA, *La transmisión de la fe en la familia. V Congreso Teológico-Pastoral (Valencia, 4-7 de julio de 2006)*, Madrid 2007.

b) Páginas web consultadas:

http://w2.vatican.va/content/benedict-xvi/es/homilies/2006/documents/hf_ben-xvi_hom_20060709_valencia.html

<http://www.archivalencia.org/contenido.php?pad=6&modulo=37&id=7506&v=36&fecha=20121016>

<https://www.ucv.es/actualidad/hemeroteca?id=9582>

<https://www.ucv.es/actualidad/hemeroteca?id=9793>

<http://www.ucv.es/actualidad/hemeroteca?id=9851>

<http://www.ucv.es/actualidad/hemeroteca?id=10019>

<http://www.ucv.es/actualidad/hemeroteca?id=10076>

3. Anexo

4. Programa de actividades curso 2010/2011

1. Rasgos del mayor actual

20/10/10 Los mayores en la vida social. El voluntariado. Profesora: D^a Concha Vidal, Diplomada en Trabajo social.

27/10/10 Cine forum. Invictus. (2009). Clint Eastwood.

10/11/10 ¿Podemos aprender los mayores? Profesora: D^a. Concha Císcar Mifsud, Catedrática Jubilada de Pedagogía General y Organización Escolar en la Universidad de Valencia.

24/11/10 Cine fórum. Prueba de fuego. (2008). Alex Kendrik.

1/12/10 Disfrutar el tiempo libre: ocio y cultura. Profesora: D^a. Isabela Belenguer Vara, Responsable para Europa del Movimiento Vida Ascendente.

15/12/10 Cine fórum. El concierto. (2009). Radu Mihaileanu.

2. Respuestas a algunos problemas de hoy

12/1/11 Cómo mantener sana nuestra mente en un cuerpo sano. Profesor: Dr. José Viña Ribes, Catedrático de Fisiología de la Universidad de Valencia.

26/1/11 Cine fórum. El primer día del resto de tu vida. (2007). Remy Bezançon.

9/2/11 ¿Cambia nuestra personalidad en la edad avanzada? Profesora: D^a. Emilia Serra Desfilis, Catedrática de Psicología del Desarrollo en la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia.

23/2/11 Cine fórum. A propósito de Schmidt (2002). Alexander Bayne.

9/3/11 Las relaciones de los mayores con los otros miembros de la familia. Profesora: D^a. Mar Sánchez Marchori, directora de MSM Pedagogía Creativa.

23/3/11 Cine fórum. La grandeza de vivir. (2007). Anthony Bayne.

3. En qué sociedad vivimos

13/4/11 Las creencias en la vida personal y comunitaria. Profesor: Manuel Guillén Marco, director de la Cátedra Barcia Goyanes.

11/5/11 Los mayores ante los cambios de la sociedad. Profesora: D^a. Concha Guillen, Directora de Cáritas diocesana

25/5/11 Cine fórum. Todos están bien. (2008). Kirk Jones.

8/6/11 El diálogo interreligioso en el mundo actual. Profesor: Rvdo. Miguel Ángel Vives, Párroco de la Natividad de Nuestra Señora (Burjasot).

15/6/11 Cine fórum. El festín de Babbette. (1987). Gabriel Axel.

ADULTOS MAYORES Y SU BÚSQUEDA DE PLENITUD PERSONAL

LOS VÍNCULOS INTERGENERACIONALES

Dolores Dimier de Vicente

Cierre del Precongreso

Introducción

La sociedad contemporánea que exalta de manera especial la posesión y la producción de bienes, condena a los adultos mayores al rechazo o la exclusión, desvalorizando a su vez, su capacidad de contribución a la humanidad toda. No cabe ignorar que se encuentran insertos en una cultura en la que se enaltece la imagen y el poder, en la cual los modelos oscilan entre la belleza y la juventud; la posesión y los bienes. Por lo tanto, el proceso de envejecimiento de una persona se encuentra embebido por una conjunción de factores, que en la mayoría de los casos son el fruto de la ignorancia o la indiferencia, impregnando la convicción que lleva al rechazo de los adultos mayores y los ancianos, y al cuestionamiento acerca del lugar protagónico que ocupan en la sociedad.

Si bien se trata de una etapa vital en la que prima una crisis de la propia identidad debido a la pérdida de algunas capacidades, habilidades y destrezas que condicionan al adulto mayor en su autonomía, lejos de posicionarse en una visión sesgada de una realidad vital, se trataría de descubrir y afirmar su valioso aporte para el futuro de las próximas generaciones. Su papel relevante e ineludible en los vínculos intergeneracionales, plantea un nuevo desafío; sin desconocer acerca de los nuevos estilos de vida del adulto mayor, quien intentando conservar su autonomía personal se enfrenta a las demandas provenientes de las familias de sus propios hijos, en el cuidado de los ancianos incapacitados, o en la pérdida de sus seres queridos como una realidad biográfica.

Por ser la familia el patrimonio de la humanidad, así mencionado por el Papa Benedicto XVI (Caribe, 2007), principio de valores humanos y cívicos, ámbito en que la vida humana nace y se acoge generosa y responsablemente e insustituible para la serenidad personal y para la educación de las generaciones más jóvenes, se destaca su misión específica que brota originariamente de su condición acogedora y promotora de vida inherente a su propia naturaleza, y no, como el resultado de una asignación social. Así se entrelazan las realidades humanas y los vínculos interpersonales, configurando profundamente la identidad de cada uno de sus miembros e incidiendo en la formación de actitudes, disposiciones y valores que orientan a la realización integral personal.

El envejecimiento es un proceso que se transita de modo diverso en cada persona, que contiene la crisis frente a la propia finitud, pero que también, se despliega como oportunidad de autorrealización encaminada a la plenitud personal.

1.- El valor de los vínculos inter-generacionales

1.1.- Los vínculos inter-generacionales en el contexto actual

A partir de los cambios demográficos que se vienen sucediendo desde mediados del siglo pasado, el modelo familiar que prevalecía dista del actual, en el que la salida de la mujer al mundo laboral repercute en la disminución de la tasa de fecundidad, en el retraso de la edad

de emancipación, así como en el matrimonio o la constitución de una pareja estable y en la maternidad. También, en un cambio en las asignaciones de roles en el hogar que inciden del mismo modo, fuertemente en el sistema tradicional de atención a las necesidades de las personas mayores (Amor Pan, 2012, pág. 272).

La predominancia del eje vertical familiar se expresa en un mayor compromiso entre los vínculos de las distintas generaciones a favor del mantenimiento de la vida cotidiana, trasluciéndose en piezas esenciales de las redes familiares.

La importancia de la filiación se ve confrontada con la vulnerabilidad e inestabilidad de las parejas que subsisten en una constante negociación. Así, el parentesco -sobre todo el vertical- se convierte en el lugar de permanencia y pertenencia. Se pueden analizar, otros modelos frágiles de uniones de pareja que muestran una mirada más individualista entre sus miembros, aumentando al mismo tiempo las uniones de hecho, los divorcios, las parejas sin niños y el número de nacimientos fuera del matrimonio (Tobío, Aguiló Tomás, Gómez, & Martín Palomo, 2010, págs. 35-41).

Esta realidad muestra un fenómeno único en la historia de la humanidad, ya que posibilita la presencia viva no sólo de tres, sino de cuatro y hasta cinco generaciones en la familia, aunque la convivencia inter-generacional no sea en el mismo hogar por la consabida tendencia al hogar nuclear, consecuencia en gran medida del proceso de urbanización²⁸. También descendió considerablemente el número de hijos o miembros por familia, lo que acarrea importantes efectos en la red informal de apoyo (López Hernández & Montoro, 2009, págs. 263-269).

En este marco, los intercambios familiares no sólo se encuentran vigentes, sino que resultan cada día más indispensables y relevantes en relación al cuidado y la reciprocidad entre los miembros dependientes de apoyo social y económico, en la asistencia en las tareas domésticas, en la solidaridad inter-generacional y en la transferencia de bienes, como protección de los miembros de la familia con mayor grado de vulnerabilidad y de mayores dependientes.

Los modelos de solidaridad familiar e inter-dependencia generacional deben ser analizados en el marco de la protección colectiva en la que se debaten dos teorías: de la sustitución y de la complementariedad; así como entre los límites de la solidaridad pública o colectiva, y la importancia de la revalorización del rol de la familia. Ésta última posee un carácter distinto, y hasta en ocasiones paradójico y ambivalente. La familia puede proporcionar apoyo, cercanía y calor, pero las más altas cotas de solidaridad no van siempre necesariamente acompañadas de un mayor bienestar psicológico de sus destinatarios y, en ocasiones, se traducen en sentimientos de dependencia y ausencia de autonomía por el lado de los que reciben el cuidado, y de obligación y carga por el lado de los que lo proporcionan cuando no se los orienta adecuadamente²⁹.

Esta problemática se agudizará en la medida que se limite la participación activa y plena de los adultos mayores en acciones y proyectos sociales, culturales, políticos, cívicos, etc. en su familia o en su comunidad, debido al grado de percepción subjetiva de bienestar personal que promueven en el adulto mayor. Consecuentemente, se privaría de gozar del recurso esencial que otorga una sabiduría adquirida a lo largo de su vida, en las insustituibles contribuciones

²⁸ Y si bien se ha retrasado la edad en que enviudan, también se ha extendido la cantidad de años en que viven este estado en el marco de una creciente feminización del conjunto de la población.

²⁹ El envejecimiento de la población prevería que la cantidad de ancianos invalidados se cuadruplicará en el 2050. Limitaciones personales les impedirán auto-valerse ya sea por problemas físicos, neurológicos o mentales que exigirán nuevos cuidados y asistencia especializada, tanto sea en la vida cotidiana dentro del ámbito domiciliario, como en la internación en asilos o algún tipo de hospitalización.

que pudieran brindar tanto en el seno familiar como en la realización de aportes de índole voluntario, educativo, cívico o laboral.

1.2.- Aportes de los vínculos inter-generacionales en la identidad personal y familiar

Ontológicamente, cada persona conserva un principio de dignidad, estrechamente relacionado con su carácter familiar. Exige el reconocimiento de la preeminencia y soberanía radical de la familia como genuina comunidad de amor y solidaridad, por sobre la unidad jurídica, social y económica, a la que pudiera obedecer una interpretación social³⁰.

Por ser la familia, comunión de personas en servicio a la vida³¹, la realización de sus miembros depende en medida significativa de la justa defensa de sus derechos (Peris Cancio, 2002, pág. 130) que involucra a las distintas generaciones. Como lugar de encuentro inter-generacional, es el más apropiado para lograr la armonización de los derechos individuales análogos a las exigencias de la vida social.

Su acción fundamental está dirigida a conservar, desarrollar y curar o restaurar, la armonía y comunión de los vínculos familiares; que dan vigor a las diversidades de las intimidades personales, el entramado consanguíneo y facilita la unidad familiar cuya responsabilidad compete a todos sus miembros a lo largo del proceso vital (Viladrich & Lizarraga, 2008, pág. 23). Para hacer frente a los desequilibrios producidos por el cambio poblacional necesita valerse de la solidaridad familiar.

Para que los vínculos que allí se constituyen sean auténticos y significativos requieren de ciertas condiciones esenciales: deben ser plenamente afectivos, en la demostración de que se quiere y se es querido por el otro integralmente en su singularidad y originalidad; estables y duraderos, compartiendo vivencias cotidianas que perduran en el tiempo y dejan sellos en la hondura de cada personalidad.

La bondad del vínculo entre ambos es la ayuda que disponen como comunión abierta al crecimiento; como una invitación a una plenitud mayor. La maduración de la entrega, la depuración del amor, saber vivir el perdón, así como la aceptación incondicional mutua permite que esta relación sea altamente gratificante para ambos, como mejor reflejo de un amor altamente creador; aquel que reafirma al otro en todo su ser, en toda su existencia. De este modo, ambos, tienen capacidad de influir en la vida del otro, en su biografía, que genera a su vez nuevos compromisos y obligaciones acordados (no siempre conscientes o explícitos) pero directamente proporcionales al grado de madurez de este entramado personal.

Un vínculo significativo es altamente liberador, que no implica quitar trabas sino abrir nuevos caminos de relación. Ser libre es ser más *sí mismo* en el reconocimiento de la propia singularidad. Supone el desarrollo de dos dimensiones esenciales concebidas en una doble vertiente: el enriquecimiento y la entrega. Permite ser una ayuda para el despliegue de la libertad personal; así como, exige liberarse de los posibles egoísmos o actitudes posesivas para salir de sí mismo en la búsqueda del otro, esencial para alcanzar la madurez personal. Esta renuncia a la egolatría, al narcisismo o el ensimismamiento permite ahondar en el misterio del otro. Implica una reciprocidad que no anula la individualidad, sino que la potencia haciéndola más rica y plena. Ambos conservan su autonomía e identidad personal,

³⁰ La resolución en el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas aprobada el pasado 1 de julio de 2016 imprime un marcado carácter a favor de la familia: promover el ambiente natural para el crecimiento y bienestar de todos sus miembros; protección y asistencia adecuada como unidad natural y fundamental de la sociedad, reconociendo su rol clave en el desarrollo social.

³¹ El servicio a la vida, propio de la familia, permite conservarla y perfeccionarla como valor de bondad y realización personal. Sin dudas, es el primer ámbito natural que lo difunde al resto de los escenarios sociales (Tobío, Aguiló Tomás, Gómez, & Martín Palomo, 2010, pág. 14), desde la clara perspectiva de la alteridad humana.

pues ayuda no sólo al autoconocimiento sino al reconocimiento de sí mismo en relación con los demás (Carmona, págs. 13-17). De este modo, el vínculo intergeneracional no se reduce a la cercanía, sino que crea pertenencia, constituyendo entre ambos una nueva realidad.

La unidad familiar tiene como centro medular el diálogo entre sus miembros, como manifestación del encuentro personal con el otro, y se vale del amor humano que se constituye en *forma conjunta de ser* y en proyecto co-biográfico permitiendo perseverar y consolidar la vida inter-personal (Viladrich & Lizarraga, 2008, pág. 54).

Al mencionar a la familia como el ámbito natural y escuela de aprendizaje y socialización por excelencia en el cual se desarrolla la vida humana en sus diversas manifestaciones, su misión esencial es *ser formadora de personas* estimulando la participación de cada uno de sus miembros, a fin de superar todo tipo de egoísmos y aislaciones. Específicamente en el caso de los abuelos, no tienen la directa y primera responsabilidad, pero gozan de una peculiar disposición a favor de dicha unidad y cohesión familiar: el servicio de consejo, el ejemplo y restauración de conflictos entre los componentes de cada lazo familiar y entre generaciones (Viladrich & Lizarraga, 2008, pág. 23).

Destacar la importancia que significa *vivir como comunidad de vida* implica reconocer que la realización personal reclama un horizonte de significación con el que afrontar la vulnerabilidad, fragilidad e inseguridad que acompañan la existencia humana (Amor Pan, 2012, pág. 335). Reconocer su radical dignidad implica el reconocimiento de la intimidad personal y de la posición que le corresponde en la familia, a propósito de protegerles y solidarizarse con su desvalimiento, propias del amor incondicional de la filiación que se vivencia en el seno del hogar (Viladrich & Lizarraga, 2008, pág. 40).

El amor de veneración de los hijos es incondicional a las personas desprovistas de cualquier utilidad y provecho; reafirmandolas por ser quienes son³². Contiene y encarna en un vínculo amoroso cuyas principales expresiones son: el agradecimiento, el respeto, la obediencia y la solidaridad. Precisamente por ello, el abandono de los adultos mayores significa un crimen radical contra la propia naturaleza humana, contra el valor incondicional de la vida y, por tanto, un crimen contra la misma humanidad (Viladrich & Lizarraga, 2008, pág. 28), atentando a su vez, contra la esencia misma del amor incondicional de la familia.

Honrar a los ancianos supone un triple deber hacia ellos: acogerlos, asistirlos y valorar sus cualidades. Al respetarlos y amarlos, se enfatiza una civilización plenamente humana, porque a pesar de la fragilidad siguen siendo parte viva de la sociedad. Más allá del envejecimiento del cuerpo, el espíritu humano se conserva en perenne juventud cuando se orienta a lo eterno y se cultiva en el afecto delicado y consagrado por las personas amadas.

Los cambios de las últimas décadas que han incidido en la estructura, el ciclo vital y las relaciones vinculares en el modelo familiar cada vez más extenso y estrecho, lleva a la co-existencia temporal de tres, cuatro y en algunos casos, hasta cinco generaciones. Sin embargo, la familia continúa vigente como ámbito primario y contexto inmediato de las primeras experiencias, y como principal referente de aprendizaje y de socialización, forjando la subjetividad de sus miembros debido a que el lazo entre las generaciones continúa siendo vital y universal.

Significa reconocer a la persona integralmente como un ser subjetivo y significador de sus vínculos. Por tanto, éstos, en el proceso de formación de la persona se entranan de manera constitutiva debido a que se conforman como una estructura compleja a partir de la presencia

³² Desde su seno dan origen a las tres razones principales por las que se les debe honrar a sus miembros: por la intimidad que se participa y que consiste en la propia esencia de la familia; por los vínculos de correspondencia con los demás; y porque sólo con “buen amor” se puede tocar la intimidad de las personas (Viladrich & Lizarraga, 2008, pág. 59).

del otro significativo; desde las primeras relaciones sociales, en su modo de relacionarse, de descubrir o acercarse a otro, reconocerse o experimentar en la interacción con el mundo, en un tiempo y espacio definidos.

Así como la herencia genética demuestra el sustrato único y original de cada individuo, el contexto familiar permite reconocer lo personal de cada uno. Esta arquitectura propia e íntima como personas originales, únicas e irrepetibles se edifica en una identidad ontológica familiar. Así, la propia de cada miembro se entrelaza y depende de su existencia como co-identidades, como relaciones de unión que se viven en comunión como principal bien. Coexistir y realizarse en unión es compañía (Viladrich & Lizarraga, 2008, pág. 42) y cuando esos vínculos se desgarran, queda la persona expuesta a la soledad íntima creando sufrimientos amargos, heridas profundas y socava la seguridad personal.

Por tanto, la presencia del otro es una necesidad básica y condición necesaria para lograr la confianza, que otorga la audacia ineludible para superar las dificultades u obstáculos que pudieran impedir el crecimiento, el progreso, el desarrollo vital personal. Seguridad afectiva, esencial y básica para percibir la naturaleza oblativa del amor que se expresa en su capacidad de dar, y no únicamente como seres dispuestos a recibir.

1.3.- El vínculo abuelo-nieto

La relación entre el abuelo y el nieto es especialmente relevante y altamente gratificante, ya que se logra entre ambos una clara personalización y connotación de su identidad personal en una particular relación de complicidad y confidencialidad, de lazos afectivos especiales, de transmisión de historia y memoria familiar³³, testimonio de tradiciones, crisol de principios y valores como acervo axiológico en su función pontífice inter-generacional.

A su vez, permite también reparar aquellos aspectos de la identidad del adulto mayor no integrados o dañados consigo mismo o en su relación con sus hijos, por el alto grado de empatía e identificación con otras generaciones. Una frase de conocimiento popular afirma que se aprende a ser hijo cuando se es padre; y se aprende a ser padre cuando se es abuelo.

Cuando ambos aspectos se encuentran integrados en las relaciones entre las distintas generaciones, el diálogo entre abuelos y nietos es el más claro ejemplo en que se descubre el dar-recibir que sustenta todo acto amoroso. El abuelo ofrece al nieto lo mejor de sí; a su vez recibe de éste, la ternura que sólo se encarna en un vínculo fortalecido por el amor incondicional que trasciende las barreras entre las generaciones (Juan Pablo II J. , 1981, pág. 27). En este diálogo, el abuelo ayuda a considerar los acontecimientos mundanos con más sabiduría, porque las experiencias vividas lo han forjado y madurado; articula la herencia de quien le ha precedido, pero el futuro de las nuevas generaciones dependerá de manera determinante de cómo le han sido transmitidos los valores de la cultura a la que pertenece (Juan Pablo II J. P., 2004).

Es el momento en el que adulto mayor debe esforzarse por empequeñecer todo tipo de individualismo a favor de sus relaciones inter-generacionales.

Si bien abuelo evidencia el paso en el tiempo y la proximidad de la muerte, el nieto no sólo le permite sentirse más confiado y relajado en relación a su finitud, sino que le otorga una percepción de continuidad de la vida como una promesa a futuro más allá de lo que implique la propia defunción.

³³En la riqueza de las relaciones intergeneracionales conservan un lugar preminente, la piedad, la religión y las tradiciones, a pesar de la pérdida de status o cierta marginación que le marca la sociedad post-moderna.

Excluir a los mayores es como rechazar el pasado; se hunden las raíces en el presente en nombre de una modernidad sin memoria. Desde esta perspectiva, los aspectos de la fragilidad humana, relacionados de un modo más visible con la ancianidad son una llamada a la mutua dependencia y a la necesaria solidaridad que une a las generaciones entre sí, porque toda persona está necesitada de la otra y se enriquece con los dones y carismas de todos (Juan Pablo II, 1999).

El abuelo al trascender la pérdida de estatus y roles y superando posturas egocéntricas o egoístas, logran ser portadores de serenidad, de plenitud, de autorrealización y de sentido trascendente. Así, refleja una imagen ejemplar de quien acepta su propia realidad con magnanimidad permitiendo humildemente que se lo cuide y atienda con ternura; reconociendo que cada persona es un don para el otro, y esperando en paz, recibir lo que la vida le regala. La persona es por esencia, sujeto de su existencia (...) y tiene ese deber consigo mismo (Guardini, 1994, págs. 122-123). Es así como los adultos mayores asumen una gran responsabilidad, ya que no son únicamente la raíz familiar, sino también, espejo para las generaciones más jóvenes en el cual se proyecten sus expectativas o modelo de vida.

Cabe señalar que el cambio demográfico impone una nueva realidad para los adultos mayores: los abuelos cuidadores de sus propios padres incapacitados, o también, el mentado “*síndrome del abuelo esclavo*”, responsables del cuidado y atención diaria de sus nietos. Éste último, en muchos casos podría ser es el fruto de una generación de padres mayores que no se animan a negarles la ayuda que sus hijos casados les requieren³⁴.

La familia debe reafirmar su convicción sobre el altísimo valor educacional del contacto inter-generacional y su vinculación con la cohesión familiar, la transmisión viva de la experiencia personal del amor, y como factor de eficacia muy positiva en la integración a la vida social (Viladrich J. P., 1998, pág. 62).

2.-Los vínculos inter-generacionales como una invitación a la plenitud personal en la ancianidad

2.1. El vínculo personalizado y personalizante y su aporte cultural

La identidad humana se funda en dos ámbitos: la dimensión personal, como una inquieta búsqueda de la verdad en la que el ser humano juzga, busca, elige su propio destino desde su interioridad; y la dimensión trascendente, en la que, al abrirse comunitariamente, se encamina progresivamente en fraternal relación de amor y caridad con los demás.

Para lograrlo, necesita fortalecer un vínculo *personalizado y personalizante*. Dos dimensiones que tienen entre sí una relación dialéctica, que sería en última instancia, aquello que *llama al hombre a ser quién es*; orientándolo y posibilitando su ordenamiento ético y progresivo a la trascendencia.

Este proceso de personalización se afianza en la tendencia humana de *ser para otro* -ser un don para el otro con capacidad de entregarse- y a su vez, reconocer al otro *como un don para sí* -en su capacidad de acogerlo-. Muestra de la bipolaridad de la persona en su constitución ontológica, que la inclina a la autoafirmación y la encamina a la comunión, y revela como fundamento y sentido último de la libertad personal al acto de amor.

³⁴ De quienes, demandados por la exigencia laboral o crisis maritales, en muchos casos se ven expulsados fuera y a espaldas de la familia, son los abuelos quienes atienden a sus nietos diariamente, a quienes en muchos casos supera el cansancio ante el exceso de responsabilidades en que los que se encuentra inmersos. Si bien tienen la posibilidad de poder disfrutar de un vínculo más cercano y profundo, podrían tener la percepción de verse impedidos de disponer de tiempo para gozar de su tiempo libre autónomamente.

En el ámbito de las relaciones interpersonales, este hacerse junto con otros, propicia el despliegue de la autorrealización. La vida buena no sólo es un bien social porque exige ser realizada junto con otros, sino también y principalmente, porque el propio vivir consiste en realizar y colaborar con el bien de los otros (Chalmeta Olaso, 1996, pág. 76).

Un rasgo tendencial distintivo humano es la evolución, ya que el desarrollo de la identidad personal es el producto de un proceso de elaboración original, y en virtud de este proceso personal y personalizante, cada una se encamina a lograr su auto-trascendencia en el aprender a hacer, en el aprender a aprender, en el aprender a convivir, en el aprender a ser y a compartir en el ámbito de las relaciones interpersonales, creando así un vínculo personalizante entre ambos³⁵.

En la relación intergeneracional se vislumbra al protagonismo social como una oportunidad de servicio para producir cambios que faciliten el hacer más agradable y próspera la vida a los demás, promoviendo la capacidad de cooperar con el bien común (Bicocca, 2008, pág. 87); y favoreciendo así, las condiciones necesarias que permitan la transformación de una *sociedad despersonalizada* en una *sociedad humanizada*. Influencia que trascenderá a las nuevas generaciones.

El joven va fortaleciendo su personalidad, y a su vez, elaborando, operativa y mentalmente el mundo social en el que convive con los demás. Frente a una crisis de referencias éticas, la generación más joven necesita contar con una educación que lo lleve a aspirar el bien y la verdad, que la ayuden a afirmarse en principios fundamentales y a aspirar valores que le permitan superar toda influencia que pudiera cercenar su dignidad personal. Ante la ausencia del patrimonio y acervo cultural que transmite la tercera edad a las generaciones más jóvenes, la subcultura hunde sus raíces en el relativismo que rechaza toda verdad absoluta, universal, válida y necesaria para la promoción del sentido de la propia existencia.

La vida de los ancianos ayuda a captar mejor los valores humanos y demuestra la interdependencia entre las distintas generaciones, promoviendo a su vez, la sabiduría que les permite encontrar el sentido de la propia existencia en la apertura al servicio. En algunos casos, necesita prepararse para lograr un protagonismo que facilite la contemplación; caso contrario quedan expuestos a una fatal apatía, sintiéndose inútiles, y careciendo de proyectos que den sentido a su vida (Amor Pan, 2012, pág. 277).

Este proceso permite transformar el acervo disponible y favorece el intercambio generacional, al lograr una participación activa y plena en el marco de sus propias condiciones para contribuir al desarrollo social, político, religioso ético y cultural. Pueden humanizar la sociedad, frente al desastre genealógico ante la falta de referentes de las generaciones ascendientes. Distinguiendo lo bueno de lo conveniente, la gratuidad frente a la competencia y el sosiego frente al apuro cotidiano. Por tanto, una vida cultural³⁶ sin vida social y de espaldas a la tercera edad, arrastraría a las personas hacia un desmoronamiento paulatino a la deshumanización.

La proyección de los adultos mayores trasciende la vida de las generaciones más jóvenes, ya que la cultura no es aquello que nace sino lo que no muere; lo que permanece y se transmite

³⁵ El proceso de socialización se realiza desde el seno de la familia abierto a la sociedad y compromete la interacción con los demás. Privar a las generaciones más jóvenes de la presencia de sus ascendientes familiares, implica dejarlos expuestos a la aridez de su existencia. Así la vida comunitaria pierde cohesión y se disuelve, dando por resultado un conjunto de individuos carentes de identidad.

³⁶ De acuerdo a la definición de la UNESCO, la cultura es lo específico del hombre en el mundo que le permite acceder a una existencia auténticamente humana. Podría definirse como el conjunto de rasgos distintivos espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o a un grupo social. Engloba las expresiones artísticas, pero también, los estilos de vida como expresión de los derechos fundamentales de las personas, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias (UNESCO. 1982. (Doc. CLT/MD/1).

en el diálogo intergeneracional (Hernández-Sampelayo, 2000, pág. 100). Implica superación constante y cuidado delicado en la interiorización y el enriquecimiento personal del adulto mayor, cimentado en el núcleo creativo, original e íntimo en el encuentro consigo mismo para abrirse al encuentro de otras realidades.

Reconocer a las personas como seres creados para el encuentro, la ayuda mutua y la solidaridad, exige contemplarla desde una perspectiva antropológica que reafirme la radical alteridad personal.

El gran riesgo al que deben someterse en la cultura actual exige reconocer que conservan una vida activa y posible de ser integrada socialmente y su trascendencia como patrimonio cultural y ético de gran impronta en la comunidad. La respuesta demanda el respeto por la dignidad de los mayores, entendiendo que el proceso del envejecimiento como una etapa vital que se da en un tiempo y de manera distinta en cada persona, pero también como un período de la vida humana de inapreciable y sublime en relación al sentido existencial.

Implicará descubrir el magnánimo aporte que el anciano está invitado a contribuir a la cultura. El avance de la edad impone fragilidad, pero no necesariamente invalida o imposibilita al anciano en su participación comunitaria. Es ineludible reconocer la importancia de mantener un adecuado entramado relacional y social, que les proporcione sentido de pertenencia, y que les permita cultivar sus relaciones personales, participando también, como agente social y cultural³⁷.

2.2.-Envejecer: una invitación al encuentro con lo más profundo de la vida

Si se habla de tercera edad, más allá de lo inevitable, se está hablando de cada uno en particular, ya que posiciona a la persona a reflexionar con profundidad, el misterio de la propia vejez, de la propia finitud y de la propia muerte.

Revela también, la enorme responsabilidad que se tiene como adulto en relación con las futuras generaciones; lo que permite reorientar la propia vida introduciendo un nuevo valor a las acciones personales y al sentido existencial. Supone enfrentarse a los grandes dilemas del calor humano y la seguridad frente a la soledad, a la incertidumbre y a la tendencia natural al aislamiento, ya que el adulto mayor se descubre frente a la ausencia de amigos, pares y parientes.

Cabría entonces delimitar qué se entiende por envejecimiento³⁸ para lograr comprender este proceso de modo integral y positivo, y reflexionar acerca del desafío de promover las oportunidades de las personas de edad para aprovechar al máximo sus capacidades de disfrutar y participar en todos los aspectos de la vida hasta el último instante de su recorrido existencial (Amor Pan, 2012, pág. 272). Exige afianzar una mirada positiva del proceso de envejecimiento, resignificando su valor como un proceso de crecimiento superador de las limitaciones y declinaciones que acontezcan.

La vejez podría ser el punto culminante de desarrollo de los más genuinos potenciales humanos (García Pintos, Cita a ciegas. Sobre la imprevisibilidad de la vida., 2003, pág. 9)

³⁷ El hombre es un ser social por naturaleza, así como un ser de valores inherente a su condición humana, su vinculación con los demás presupone una ética de la responsabilidad; lo que afirma que una buena conducta comunitaria, no se improvisa, sino que se educa, transmitiéndose de generación a generación.

³⁸ Cada persona envejece de acuerdo a cómo ha vivido; así es como este proceso se da de manera diferente en cada uno. Por tanto, se podría asegurar que depende en gran medida de la experiencia y de la vida que se ha llevado en el trayecto vital.

cuando se asume un rol protagónico de la propia existencia personal y lo orienta a desplegar todas sus potencialidades *de ser y de estar* en el mundo³⁹.

Si bien la cuestión del sentido de la vida se da en la temporalidad de la existencia, adquiere un significado especial en el adulto mayor, como una posibilidad u oportunidad de re-crear y re-crearse al mismo tiempo (García Pintos, *El círculo de la vejez*, 1999, pág. 4). El desafío de este nuevo milenio exigirá la fundación y organización de mejores condiciones y contextos para que las generaciones mayores cuenten con la posibilidad de concretar sus potencialidades de crecer y crear para su propio bien-estar y bien-ser personal. Franco ejemplo de apoyo y colaboración con el desarrollo personal al arribar a conclusiones de su relevante potencial como promotores de mejora, prosperidad y progreso.

Cabría entonces analizar los conceptos complementarios de *desarrollo y envejecimiento* cuando se los vincula estrechamente con la comunidad humana. Lejos de ser excluyentes, y, por el contrario, implican progreso y crecimiento, favoreciendo una prosperidad gradual y creciente encaminada a mejores niveles de vida⁴⁰.

En relación a la autorrealización, los adultos mayores necesitan poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial, reafirmando estos principios en beneficio y amparo de la familia⁴¹. En su seno, cada persona es valiosa en lo personal y vincular. Por tanto, esta institución merece un especial cuidado y protección, y goza de un potencial y una capacidad generativa que es aplicable a otros ámbitos de actuación y desarrollo humano, al promover todo el potencial creativo que la persona conserva en su esencia.

Según afirma Karol Wojtyla en su libro *Persona y Acción* (Wojtyla, 2007, pág. 24) esta integración de la naturaleza de la persona da lugar a la unidad y la identidad, en la relación entre el dinamismo humano internamente diferenciado y el soporte óptico, distinguiendo y oponiendo, la actuación personal del acontecer. La dimensión corporal humana, que se percibe por ser palpable, medible, susceptible de deterioro o enfermedad en la que acontece la facticidad, y sujeta al paso del tiempo como lo refleja el envejecimiento; y una dimensión espiritual humana como centro de la vida personal que, por su dinamismo facultativo, humaniza lo fáctico, le permite a cada persona captar valores y decidir, para encarar y organizar la propia vida en función de *ser quien verdaderamente quiere ser integralmente*. Esta última no es susceptible de los procesos de enfermedad o declinación por el tiempo, sino que faculta a la persona a crecer en madurez, permitiéndole superar sus propios recursos o condicionamientos e integrarlos bajo cualquier circunstancia o condición.

Encierra un valor potencial cuando se lo enfrenta como una fuerza de transformación, de crecimiento, de oportunidad para el despliegue personal, que debería entenderse y abordarse como un proceso gradual de liberación de las propias limitaciones personales abiertas a

³⁹ Un proceso siempre perfectible e inacabado en la vida personal que exige tres tareas esenciales y que se presentan de modo distinto en cada etapa del ciclo vital: conocerse -como tarea inacabable en su intimidad frente al profundo interrogante de la propia existencia-, situarse en el mundo -asumiendo una idea realista de sí mismo y de su propia realidad para tomar su rol protagónico-, y proyectarse -como respuesta a su radical dimensión ontológica, creando una tensión entre el ser, el siendo y el deber ser-.

⁴⁰ Si se analiza lo considerado en la Declaración de la Federación Internacional de la Vejez (FIV) en las Naciones Unidas (2011) respecto a los derechos y los deberes (considerado como responsabilidades de los adultos mayores) el documento presentado afirma que ambos conceptos se unifican creando un entramado fortalecido por el aporte de sus conocimientos, capacidades, experiencias de vida y sus valores, como legado a las generaciones más jóvenes. Exige lograr este vínculo de colaboración inter-generacional que los lleva a participar más activamente en el ámbito social, así como a alcanzar beneficios de relevancia en cada etapa vital. Por tanto, la ONU insta a los gobiernos a trabajar a favor de la tercera edad dentro del marco de desarrollo económico, cultural y social.

⁴¹ Este pensamiento se ve fortalecido por el principio de participación y autorrealización publicado en el año 1991 por Naciones Unidas que expresa que: "Los mayores deberán permanecer integrados en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y pericias con las generaciones más jóvenes".

superarlas y perfeccionarlas; otorgándole a su vez, la claridad para captar el sentido de vida, la energía espiritual y la motivación para desplegar la propia creatividad, reflejo de su originalidad para enfrentar los acontecimientos de su existencia, y concediendo satisfacción interior y encaminándola a su propia plenitud más allá de la edad⁴² (López Quintás A. , 2005, pág. 39). Descubrir el sentido de su propia vida, permitirá vivir la vida personal como una misión, alejando a la persona del vacío, la dispersión, la desorientación y la apatía, todas ellas pasibles a la acción de la orientación.

Por su condición humana, la persona tiende a proyectarse; y este tender como hilo temporal, implica un tiempo organizado: se fija objetivos, tiene aspiraciones, se orienta a valores. Es por ello, que la ética es el modo de reforzar al máximo la tendenciosidad humana (Polo, 2001, pág. 113). Y por ser intrínsecamente perfectible deviene un equilibrio dinámico, en la que éstas se fortalecen en la medida en que se armonizan y potencian. De lo contrario, la persona se deteriora (nada se da en un término medio)⁴³.

El descenso de la vitalidad deja lugar a la manifestación clara de la interioridad; cuando en ella predomina el vacío se exterioriza el sufrimiento de la vejez. En cambio, cuando el interior se ve enriquecido por el sentido de la propia vida, se manifiesta la plenitud, la serenidad y el goce. Se estará frente a un envejecimiento auténtico: aquel que reconoce y recoge la verdad de la edad y la vive plenamente (García Pintos, Cita a ciegas. Sobre la imprevisibilidad de la vida., 2003, pág. 57). Envejece más de prisa todo el que deja de crecer en ilusiones, en experiencias, en aficiones, en nuevos aprendizajes, en proyectos. Debido a la vocación humana, dejar de crecer esencialmente es dejar de crecer en amor y, por lo tanto, quien no ama, envejece más de prisa⁴⁴ (Tierno, 1999, pág. 56).

La vida personal conserva un sentido propio cuando se la entiende como una prueba ética en cada uno de sus actos. Es posible en tanto que el hombre es libre, y es valiosa en cuanto aumenta la libertad (Polo, 2001, pág. 107). Por lo tanto, la persona se enfrenta inevitablemente ante la cuestión del bien y del mal, de la felicidad, de las relaciones con los demás y del compromiso moral de lo que no puede desprenderse ante las decisiones más trascendentes de su propia vida humana que incluyen a la aceptación como ámbito de libertad profunda. Necesaria e imprescindible para las etapas finales de la vida, de aquello que no se puede modificar, y que se percibe en el silencio de la hondura de la propia vida (Guardini, 1994, pág. 123).

La crisis de envejecimiento, como proceso de desasimiento, abre un espacio para nuevas experiencias que van unidas al descenso del arco de la vida junto a la consciencia del fin. Por lo tanto, el sentimiento de la muerte se abre paso a la experiencia del límite haciéndose perceptible la transitoriedad en la existencia, pero conservando la conciencia viva de lo que no pasa, de lo que es eterno, frente al carácter inacabable de la expectación. Por lo tanto, se

⁴² Al hombre lo define su intencionalidad, de la que no es siempre consciente, pero que está invariablemente presente. Ésta, supone la autodeterminación de la voluntad ya que al hacer proceder algo de sí, al auto-modelarse, compromete su auto-dependencia en cada decisión libre. Por su existencia creativa, su voluntad libre capacita a la persona para tomar posiciones ante lo que le acontece (libre aceptación), y por su voluntad de sentido (apetito de búsqueda en el sentido vital) debe responder a la vida como una oportunidad para algo: un proyecto vital.

⁴³ Son las virtudes las que permiten el despliegue personal, convergiendo en un principio de armonía en la unidad bio-psico-espiritual de la persona. No es una situación estática sino dinámica, fruto de la continua superación personal, que exige aspirar a la realización de sus disposiciones humanas para enfrentar la vida y obrar en el mundo. Coexiste en una vida íntegra sustentada en principios de la dignidad humana. Integridad que no se limita únicamente a la honestidad en la vida personal sino como la manera de proclamar la verdad en la propia vida.

⁴⁴ Proceso que no se da de modo uniforme; algunos lo hacen de forma activa, y otros en una situación de mayor dependencia, que se une al fenómeno de ultra-longevidad o el sobre-envejecimiento dado por el aumento del grupo de mayores de 80 años, lo que podría implicar un alto grado de dependencia. Teniendo en cuenta los estándares de vida de los mayores, considerando la feminización de la vejez, las mujeres sufren más, ya que viven más, pero con una percepción subjetiva de peores condiciones. (Tierno, 1999, pág. 56).

entiende que la sabiduría en la vejez brota cuando lo absoluto y lo eterno se manifiesta en la conciencia finita y transitoria iluminando la vida humana (Guardini, 1994, págs. 103-105).

La pregunta por la vida personal se impone y enfrenta al anciano a una única respuesta: *su propia vida*. Es una etapa vital que permite gozar de una soledad deseada y ganada en la riqueza de la interioridad y la satisfacción y expectativas de su propia vida y de los vínculos con los demás; así enfrenta la ausencia de tantos seres, trasciende el aislamiento o los sentimientos de soledad. *No es lo mismo sentirse solo que estar solo*.

La muerte es una realidad esencial de la existencia humana. En el transcurso de la vida, la persona tiene conciencia que va a morir. Patentiza su finitud como un gran dilema existencial. Por su naturaleza espiritual tiene apetito de eternidad, pero su encarnadura natural se deteriora con el paso del tiempo hasta morir (García Pintos, Cita a ciegas. Sobre la imprevisibilidad de la vida., 2003, pág. 188), que reclama un horizonte de significación, como una etapa vital más fecunda de la existencia humana para dejar de verla como el crepúsculo de una vida, sino como un verdadero reencuentro con lo más esencial de ella.

Conclusiones

Frente a las formas etnocéntricas que refleja la cultura actual y que conllevan al individualismo, a la pérdida de lazos solidarios y refleja una sociedad más preparada para recibir que aportar, también en la familia surgen nuevos planteos en relación a las funciones, los roles y las redes de apoyo debido a las modificaciones en la estructura y dinámica familiar. Así surgen nuevos ámbitos de responsabilidad compartida que exigen armonizar la reciprocidad entre la protección y la autonomía, salvaguardando los principios de la libertad individual y el respeto por la dignidad personal.

Las personas como seres sociales por naturaleza alcanzan mayor plenitud en el don de sí. A lo largo de la vida se atesoran dones, capacidades y habilidades sabiendo que se realizan en la entrega, en el servicio a los demás. Interpretación de la existencia humana superadora a la actual visión reduccionista que muestra a las personas abiertas al hedonismo y cerradas a todo tipo de trascendencia, dificultando la posibilidad de dar una respuesta apropiada a la vocación innata al amor.

Especialmente en el caso del adulto mayor, se observa como guarda en su interior el deseo profundo de realizar algo que tenga sentido, de encontrar valores que den una explicación y un sentido a su existencia, y de un reconocimiento positivo del momento en el transita su vida.

Por otro lado, exige promover su plena participación y vinculación que redundará no sólo en un beneficio significativo para la humanidad, como fruto del reconocimiento a una dignidad propia, así como fomentar la conciencia social del valor potencial del adulto mayor como creador de riqueza, entendida como *prosperidad humanitaria*, al apreciarlos por su contribución en los vínculos inter-generacionales.

Se trataría entonces, de reconocer los aportes invalorables en su proyección social, enmarcados en un amplio espectro de relaciones interpersonales y multi-generacionales. Destacados son los ejemplos del siglo XX, como Juan Pablo II, Nelson Mandela, la Madre Teresa de Calcuta o Mahatma Gandhi.

Actualmente, el desafío al que se enfrenta la humanidad exige favorecer el cambio de visión y de actitud frente a las personas mayores para que puedan contribuir activamente y de manera eficaz en sus propias comunidades, insertos en un adecuado entramado familiar y social,

gozando así de un profundo sentido de pertenencia, previniendo las situaciones de riesgo e incrementando el apoyo, cuidado y protección social que necesita la tercera edad.

Dicho reconocimiento resulta imperioso de la acción de la Orientación Familiar a fin de asumir profesionalmente, los nuevos desafíos que plantea este siglo. El anciano es una persona de gran fragilidad debido a las hondas crisis personales en las que se debaten las profundas significaciones para vivir. Se trataría de lograr un acompañamiento de suma delicadeza para dignificar su ayuda, transformando este momento de la vida, en una etapa activa, esperanzada y altamente creativa, asegurando la posibilidad de que las personas de edad tengan una vida más plena y puedan ampliar su contribución social. Dependerá en gran medida de un ecosistema estimulante enriquecido por los vínculos inter-generacionales, entendiendo el valor del capital humano maduro como patrimonio de experiencia y conocimiento y su trascendencia en las nuevas generaciones. Caso contrario se corre el riesgo de dejar expuesta a la humanidad a la aridez de la propia existencia.

Referencias Bibliográficas

Amor Pan, J. R. (2012). *Bioética y dependencia*. España: Ed. OSCG.

Bicocca, R. (2008). *Aportes para una Antropología de la Educación*. Documento de Cátedra: (Primera parte – Unidades I, II y III).

Burgos J. M. (2003). *Antropología: una guía para nuestra existencia*. 2º edición. Madrid: Palabra.

Burgos, J. M. (2007). *Repensar la Naturaleza Humana*. Madrid: Internacionales Universitarias, S.A.

Caribe, P. B. (2007). *Aparecida: Paulinas*.

Carmona, G. (2010). *El poder de nuestros vínculos*. Argentina: Patris Argentina

Chalmeta Olaso, G. (1996). *Ética Especial: el orden ideal de la vida buena*. España: EUNSA.

David Ramos. (1 de julio de 2016). *ACE Prensa*. Obtenido de ACE Prensa: <https://www.aciprensa.com/noticias/onu-reconoce-rol-clave-de-la-familia-unidad-natural-y-fundamental-de-la-sociedad-80780/>

García Pintos, C. (1999). *El círculo de la vejez*. Buenos Aires: Paidós.

García Pintos, C. (2003). *Cita a ciegas. Sobre la imprevisibilidad de la vida*. Buenos Aires: Ed San Pablo.

Guardini, R. (1994). *La aceptación de sí mismo. Las edades de la vida*. Argentina: Ed. Lumen.

Hernández-Sampelayo, M. (2000). *Buena Vida, Vida Buena. Sugerencias para el siglo XXI*. 1º Edición. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias. .

Isaacs, D. (1976). *La Educación de las Virtudes Humanas*. Pamplona: EUNSA.

Juan Pablo II, J. (1981). *Familiaris Consortio*. Argentina: Ediciones Paulinas.

Juan Pablo II, J. P. (8 de 9 de 2004). *Vaticano*. Obtenido de http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/messages/lent/documents/hf_jp-ii_mes_20050127_lent-2005.html

Juan Pablo II, J. P. (1 de 10 de 1999). *Carta del santo Padre a los ancianos*. Obtenido de Vaticano: https://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/letters/1999/documents/hf_jp-ii_let_01101999_elderly.html

- López Hernández, D., & Montoro, C. (2009). *Demografía. Lecciones en torno al matrimonio y la familia*. Valencia: Ed. Tirand Lo Blanch.
- López Quintás, A. (2005). *El Secreto de una vida Lograda. Curso de Pedagogía del Amor y la Familia*. Madrid: 2º Edición. Edit. Palabra.
- Peris Cancio, J. A. (2002). *La familia, garantía de la dignidad humana* . Madrid: Ed. Internacionales Universitarias.
- Pieper, J. (2003). *Las Virtudes Fundamentales*. Madrid: 8º Edición: Rialp.
- Polo, L. (2001). *¿Quién es el Hombre?. Un Espíritu en el Tiempo*. Madrid: Rialp.
- Ronchino, M. (2009). *Los valores y el sentido de la educación*. Argentina: Ed. Kimelin .
- Tamer, N. (1989.). *La Educación Permanente como marco en el que se inserta la Educación de Adultos Mayores. Lineamientos para un Modelo Integral de Educación de Adultos de la Tercera Edad*. Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Tierno, B. (1999). *La fuerza del amor*. Argentina: Ed. Planeta.
- Tobío, C., Aguiló T., M. S., Gómez, M., & Martín Palomo, M. (2010). *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*. Barcelona: Fundación Craixa.
- Viladrich, J. P. (1998). *La familia. Documento 40 ong's*. Ed. RIALP: Madrid.
- Viladrich, P., & Lizarraga, P. (2008). *Ética de los valores matrimoniales y familiares*. Pamplona. Universidad de Navarra: Documento de Cátedra.
- Wojtyla, K. (2007). *Persona y Acción*. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos.

2016



COLECCIÓN
ICE
CONGRESOS

Sobre la publicación

Para festejar los primeros 20 años del Instituto de Ciencias para la Familia, y en el contexto del Año Internacional de la Familia, el Centro para el estudio de las Relaciones Interpersonales (CERI) organizó en 2014 el primer Congreso, "La familia, entre lo público y lo privado". Con el propósito de iniciar así, una larga serie que abarcara diferentes temas cada año. Se continuó en 2015, con "Violencia y Sociedad", donde se profundizó en una de las cuestiones que más preocupan a los argentinos. En 2016 el CERI se vuelca hacia la inclusión, en este caso de los adultos mayores, bajo el título "Descarte vs. Inclusión. Hacia una resignificación de los adultos mayores". En dicha jornada de intercambio científico y de divulgación, se analizaron los nuevos estilos de vida del adulto mayor, resaltando el papel relevante que tiene el abuelo como educador y transmisor de valores, y su legado en los vínculos familiares y las relaciones intergeneracionales.



RELACIONES
INTERPERSONALES

Esta publicación contiene las ponencias presentadas en el III Congreso Internacional "Descarte vs. inclusión. Hacia la resignificación de los adultos mayores", realizado el 25 y 26 de octubre de 2016 en el Campus de la Universidad Austral (Pilar, Buenos Aires) y en el salón dorado de la Legislatura Porteña, respectivamente. Se puede acceder a las disertaciones completas en: <https://www.teseopress.com/3congreso2016>