

Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional

Módulo 12

Dispositivos Psicosociales con Adultos Mayores

Judith Jaskilevich - Paula Sandra Badalucco



FACULTAD DE PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA



Ministerio de
Desarrollo Social
Presidencia de la Nación
Secretaría Nacional de
Niñez, Adolescencia y Familia

Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional

MODULO 12: Dispositivos Psicosociales con Adultos Mayores

Autoras:

Judith Jaskilevich

Paula Badalucco

ISBN: 978-987-544-271-9

3° edición

Autoridades Nacionales

Presidenta de la Nación

Dra. Cristina Fernández de Kirchner

Ministra de Desarrollo Social

Presidenta del Consejo Coordinador de Políticas Sociales

Dra. Alicia Kirchner

Secretario Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia

Dr. Gabriel Lerner

Directora Nacional de Políticas para Adultos Mayores

Mg. Mónica Roqué

Autoridades Universitarias

Rector de la Universidad Nacional de Mar del Plata

Lic. Francisco Morea

Decana de la Facultad de Psicología

Lic. Ana Hermosilla

Secretaria de Investigación y Postgrado

Magister Mirta Lidia Sánchez

Comité Académico

Doctora Alicia Kirchner, Ministra de Desarrollo Social de la Nación, Presidenta del Consejo Coordinador de Políticas Sociales. Miembro del Comité Académico de la Especialización en Abordaje Integral de Problemáticas Sociales en el Ámbito Comunitario de la Universidad Nacional de Lanús. Presidenta del Programa de Gestión de Transformaciones Sociales MOST de UNESCO.

Licenciada Ana Hermosilla, Decana de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar de Plata.

Doctor Gabriel Lerner, Secretario Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

Magister Mirta Lidia Sánchez, Secretaria de Investigación y Postgrado, Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Doctora Isolina Dabove, Directora del Centro de Derecho de la Ancianidad, Universidad Nacional de Rosario. Profesora Titular de Derecho de la Ancianidad, Universidad Nacional de Rosario.

Doctor Ricardo Iacub, Profesor Regular Asociado de Psicología de la Tercera Edad y Vejez de la UBA; Investigador de la Universidad Nacional de Buenos Aires, la Universidad Nacional de Rosario y la Universidad Nacional de Mar del Plata. Profesor invitado de universidades nacionales y extranjeras.

Magíster Claudia Josefina Arias, Magíster en Psicología Social. Docente de la cátedra Estrategias Cualitativas y Cuantitativas para la Investigación Psicológica de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Investigadora Grupo "Evaluación Psicológica" Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata.

Dirección

Directora de la Especialización: Magíster Mónica Laura Roqué, Directora Nacional de Políticas para Adultos Mayores de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social. Docente Experta de los cursos internacionales en Gerontología de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social. Profesora invitado de universidades nacionales y extranjeras.

Coordinadora Académica: Especialista Susana Ordano, Coordinadora del Área de Educación y Cultura de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social. Especialista en Educación de Adultos Mayores y de Educación a Distancia. Docente de la Especialización de Educación de Adultos Mayores de la Universidad Nacional de Rosario.

Subcoordinadora Académica: Magíster Claudia Josefina Arias, Magíster en Psicología Social. Docente de la cátedra Estrategias Cualitativas y Cuantitativas para la Investigación Psicológica de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Investigadora Grupo “Evaluación Psicológica” Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata.

Coordinadora Operativa: Lic. María Cruz Berra, Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata.

Asesora Pedagógica: Especialista Susana López. Docente de la Universidad de Buenos Aires. Docente de la Universidad Nacional de Quilmes. Docente de FLACSO. Especialista de Educación a Distancia.

Coordinadora de Tutores: Licenciada Estela Machain

Tutores

Región NEA: Especialista Daniel **Sulim**; Región NOA: Especialista Adriana **Cortese**; Región Centro: Dr. Carlos **Romano**; Región Cuyo: Especialista Viviana **Lasagni**; Región Capital y Conurbano: Licenciada Susana **Rubinstein**; Región Buenos Aires Interior: Licenciada Corina **Soliverez**; Región Patagonia Norte: Licenciada María Inés **Gaviola**; Región Patagonia Sur: Especialista Jorge **Castelli**

INDICE DE CONTENIDOS

Introducción	7
UNIDAD 1: ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS EN EL ENVEJECIMIENTO	11
Introducción	11
Psicoterapias e intervenciones en el envejecimiento normal	11
Importancia de las primeras entrevistas	14
Recolección de datos clínicos	17
Importancia de la interconsulta	19
Dispositivos terapéuticos	20
Ampliación de redes de apoyo social	21
Psicofármacos	25
Actividad 1	27
Resumen	27
UNIDAD 2: TRASTORNOS DE MEMORIA: INTERVENCIONES	29
El funcionamiento cognitivo en el envejecimiento normal	30
Definiciones de memoria	33
La memoria operativa o memoria de trabajo	35
Actividad 2	36
Actividad 3	37
Actividad 4	38
Talleres de estimulación de la memoria	38
Bibliografía recomendada	44
Actividad 5	45
Actividad 6	47
Actividad 7	48
Resumen	49
UNIDAD 3: ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS EN LAS DEMENCIAS	51
Introducción	51
¿Por qué usamos esta denominación estrategias terapéuticas?	51
¿Cómo intervenir?	52
Intervenciones terapéuticas en la familia	52
La técnica de orientación en la realidad (TOR)	55
Taller de reminiscencias	57
Reminiscencia	58
Apoyo ambiental	60
Programas de estimulación cognitiva	61
Psicoterapia	62
Apoyo a cuidadores informales	64
El stress del cuidador	65
Los programas de respiro	67
Los grupos de autoayuda	67
Resumen	68
Bibliografía general y de consulta	68

ANEXO UNIDAD 3: guía para cuidadores	71
UNIDAD 4: PRUEBAS DE SCREENING Y EVALUACION NEUROPSICOLOGICA	79
Introducción	79
Screening Cognitivo	81
En qué consiste un examen básico inicial	84
Herramientas de screening frecuentemente utilizadas	84
Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE)	85
Screening Funciones ejecutivas	86
Evaluación Neuropsicológica	87
Dominios a evaluar	89
Diferenciar screening de ENP	90
Actividad 8	91
UNIDAD 5: PROPUESTA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL: PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL ABUSO, VIOLENCIA Y MALOS TRATOS	93
Introducción	93
Prevención y atención del abuso, violencia y malos tratos	93
Agresores y agredidos	94
Tipologías de maltrato	95
Negligencia	97
Factores de riesgo	97
Prevención y atención del abuso y maltrato	98
Planificar la acción	98
Programa Proteger	100
Maltrato institucional	100
Abuso físico	102
Actividad 9	105
ANEXO UNIDAD 5	106
UNIDAD 6: DISPOSITIVOS PSICOSOCIALES EN INSTITUCIONES PARA MAYORES	111
Introducción	111
Nuestro rol	111
Concepto de institución para adultos mayores	112
Actividad 10	116
El ingreso a una institución: un cambio en el estilo de vida	117
Intervenciones con las familias en el ingreso	119
La atención gerontológica centrada en la persona	122
Principios rectores de este modelo	123
Actividad 11	125
La promoción de autonomía	126
Actividad 12	130
Actividad 13	133
Actividades del entorno y su relación con la biografía	134
Entornos significativos	136
La sexualidad dentro de las instituciones	139
El proyecto institucional	140
El cuidado al cuidador	140

Burnout profesional	141
Las asambleas	145
Para ampliar estos temas les recomendamos la siguiente bibliografía general	147
UNIDAD 7: ABORDAJES SOCIORECREATIVOS Y MODELOS DE INTERVENCION COMUNITARIA	149
Introducción	149
Actividades recreativas y deportivas en clubes y centros comunitarios. El juego.	149
Algunas consideraciones sobre EL OCIO	150
Hogar de día o centro comunitario diurno	152
Propuesta de actividades	153
El juego	155
Cursos de prejubilación	163
Consecuencias directas del retiro	166
Preparar el retiro – Planificar el futuro	166
Propuesta de modelo de intervención intergeneracional	168
Fundamentos del concepto de envejecimiento activo de la OMS	169
Los cinco principios de la Organización de las Naciones Unidas para las Personas de Edad	169
Viviendas tuteladas	170
BIBLIOGRAFÍA	173

Dispositivos Psicosociales con Adultos Mayores

Profesora Titular: Judith Jaskilevich

Profesora Asociada: Paula Badalucco

Frente a los desafíos que nos presenta la clínica actual con viejos , surge la necesidad de armar distintos dispositivos psicosociales para abordar la heterogeneidad de la población mayor y de sus malestares.

En este seminario presentaremos distintos modelos de trabajo con viejos que esperamos les permitan crear sus propios dispositivos de trabajo, dado que cada lugar geográfico y cada población de adultos mayores, es particular y requiere un diseño de trabajo específico para dicha comunidad.

En el curso de este módulo aspiramos a generar ideas para desarrollar proyectos e intervenciones comunitarias e institucionales a fin de que los adultos mayores puedan encontrar espacios y profesionales que los acompañen en el descubrimiento de sus potencialidades, reflexionando críticamente sobre sus posiciones subjetivas en compañía de pares, para romper la visión de sujeto viejo como objeto pasivo de cuidado , reemplazándose por una mirada participativa, donde los adultos mayores cumplan un rol activo en su desarrollo.

En las intervenciones psicosociales debe privilegiarse la escucha de las subjetividades que allí emergen. Por ello a partir de los emergentes implementaremos un tipo de intervención que no debe enmarcarse dentro de los talleres o actividades que se repiten de manera mecánica y sistemática en una y otra población, (contribuyendo al borramiento de la subjetividad) sino dentro de la particularidad de cada sujeto que conforma y ha sido conformado en un grupo humano determinado por un contexto y una historia.

Por ello los modelos, técnicas de trabajo, sugerencias que presentaremos no son para replicar de manera idéntica sino para modificar de acuerdo a la población de viejos con los que trabajemos, pero pensando a las personas mayores como agentes activos, participativos y con responsabilidad no sólo en su cambio, sino en la detección y evaluación de sus necesidades.

Lo que trabajaremos en este seminario es lo que llamaremos “**la puesta en práctica**” achicando distancias entre lo planteado teóricamente y lo que efectivamente podemos realizar con nuestras poblaciones particulares.

Cada **institución en la que trabajamos puede ser comprendida** como dispositivo psicosocial, en tanto producen subjetividad a partir de una práctica efectiva que organiza acciones, mentalidades y formas de pensarse a sí mismo como viejos.

Un dispositivo psicosocial debe permitir:

- Dar una respuesta de contención a una problemática específica: vivienda, salud mental, aislamiento, pobreza, educación etc.
- Una adaptación activa (a la realidad del propio envejecimiento), definida por Pichon Riviere como “la capacidad de poder asumir nuevos roles, junto al abandono paulatino de los roles anteriores que sean inadecuados a la situación actual”.
- Promover la capacidad resiliente, entendida como la capacidad de

reponerse a situaciones y entornos adversos produciendo un aprendizaje y un crecimiento personal.

- Reforzar la inclusión social del adulto mayor.
- Proveer una herramienta de intervención terapéutica frente a las distintas problemáticas, conflictos y patologías que presentan los adultos mayores en nuestro país.

En toda práctica en la que proponemos un trabajo terapéutico subyace una idea de lo que suponemos que un viejo es y necesita recibir de los profesionales y el entorno. Esta idea de la vejez que sostiene cada institución o profesional que interviene desde su práctica lo colocará en un lugar de puro objeto que debe recibir cuidados o de sujeto de derecho que debe ser respetado y escuchado en su singularidad.

El envejecimiento de la población en las últimas décadas se ha transformado en un desafío para todos quienes desde la planificación, el diseño o la ejecución de políticas y programas sociales nos hallamos comprometidos con la temática del bienestar de las generaciones de personas mayores en nuestra sociedad.

Como nuestra materia tiene como objetivo el aprendizaje de una puesta en práctica de todo lo que aprendieron hasta ahora, vamos a ir viendo cómo desplegar nuestras acciones diseñando proyectos, servicios y programas que den respuesta a las necesidades y deseos de la población mayor de una comunidad determinada y a sus familias.

Es importante destacar que con el envejecimiento comienza un tránsito hacia la vulnerabilidad y que esta etapa sea lo más satisfactoria posible, dependerá de un ámbito personal, familiar y social satisfactorio. Cuando una comunidad toma una posición a favor de una sociedad para todas las edades y la promoción de un envejecimiento activo, sienta las bases para la solidaridad intergeneracional. Cualquier proyecto grupal, institucional o comunitario, por pequeño que sea produce una transformación.

Veamos que dice Berenice Neugarten: *“...El primero (objetivo) consiste en mejorar las vidas de los hombres y las mujeres mayores y multiplicar los beneficios de una vida larga.*

El segundo es la de permitir que se produzcan cambios positivos en nuestras instituciones sociales a medida que se adaptan al creciente número de personas mayores.”

Y más adelante:

“... Los valores que deseamos poner en práctica:

1. *Mantener una sociedad donde las edades estén integradas, donde las ayudas mutuas entre generaciones se vean fortalecidas y donde se elimine la segregación involuntaria por edades.*
2. *Conseguir que exista equidad entre los distintos grupos de edad a la hora de compartir bienes y servicios de la sociedad, sus derechos y responsabilidades.*
3. *Utilizar el conocimiento, la experiencia y las energías de las personas mayores para mejorar la calidad de vida de toda la sociedad en general*
4. *Dar prioridad a cubrir las necesidades de aquellas minorías de personas mayores que estén discapacitadas a causa de la pobreza, la enfermedad o el aislamiento social*
5. *Conservar la independencia económica y social de las personas de edad avanzada pero al mismo tiempo, asegurar la puesta en práctica de programas de asistencia y protección cuándo y dónde sea necesario*
6. *Mejorar una amplia gama de opciones para todas las personas mayores en cuanto al uso del tiempo, la vivienda, las formas de realización personal y participación en su comunidad, opciones que tengan en cuenta la*

heterogeneidad de sus trasfondos culturales , tradiciones religiosas y estilos de vida

7. *Incrementar nuestra base de conocimientos con respecto a los procesos de envejecimiento y los factores sociales que influyen sobre la salud física y psicológica*
8. *Ayudar tanto a los jóvenes como a las personas mayores a olvidar los estereotipos pasados de moda, poniendo en marcha iniciativas educativas de tipo formal e informal que ayuden a reconocer las oportunidades de cambio y renovación que acompañan una larga vida....”*

Para tratar de poner manos a la obra, lo primero que tenemos que saber es que ningún programa va a cubrir todas las cuestiones que nos requieran. Por eso iremos haciendo algunos recortes que nos sirvan para la satisfacción de objetivos parciales. Vamos a tratar de ver a quiénes se deben dirigir nuestras acciones.

Para eso debemos saber que hay variados grupos poblacionales que presentan diversos grados de vulnerabilidad y riesgo. Ello va a depender de:

- a) Grupo social de pertenencia y recursos económicos de que disponga
- b) Nivel de salud
- c) Redes familiares y relacionales en las que estén insertos
- d) Edad

Es oportuno recordar el concepto de vulnerabilidad social.

La vulnerabilidad social, define la condición social de riesgo, de dificultad, que inhabilita, de manera inmediata o en el futuro a los grupos afectados, en la satisfacción de su bienestar – en tanto subsistencia y calidad de vida,- en contextos socio-históricos determinados. Operan dos dimensiones que se entrecruzan. Desde lo social, las posibilidades que la sociedad ofrece a sus ciudadanos para que satisfagan por sí mismos las necesidades para la producción de su bienestar y desde los sujetos, los atributos y condiciones individuales que favorecen o entorpecen el acceso a los satisfactores.

Si tomamos toda la amplitud en cada una de estas variables el mayor grado de vulnerabilidad lo presentan las personas mayores más aisladas, solas, que dispongan de escasos o nulos recursos económicos, cuya salud se halle deteriorada y dependa de la ayuda de otros para satisfacer sus necesidades cotidianas, viudas o sin hijos o parientes cercanos que se hagan cargo y sean mayores de 80 años. El menor grado de vulnerabilidad lo tendríamos en las personas mayores más jóvenes, que participen activamente de su comunidad, que tengan recursos económicos suficientes para acceder a los bienes que satisfacen sus necesidades y que no padezcan patologías crónicas que afecten de manera severa su autonomía funcional.

Estas categorías no son estáticas, se debe ver la inclusión en cada una de ellas como un proceso dinámico en continuo cambio. Como ejemplo podemos tomar la viudez y la jubilación como sucesos que marcan profundamente el curso de la vida. La jubilación porque el retiro de la vida laboral disminuye notablemente la trama relacional y tanto esta como la viudez modifican los organizadores temporales y espaciales constitutivos de la identidad de los sujetos. Y así como el cambio en las condiciones de vida generará cambios en las necesidades, también es importante que los programas incluyan en sí mismos, una dinámica de adaptación a las nuevas condiciones de sus beneficiarios. Por ejemplo que un anciano institucionalizado no deba ser trasladado a otra residencia por haber aumentado el nivel de complejidad que requiere para su atención. Otro ejemplo podría ser que un comedor que ofrece comida a personas que concurren por sus propios medios, incluya un equipo de

voluntarios que pueda alcanzar la comida al domicilio cuando la persona mayor está enferma y no puede ir por sí misma.

Por lo tanto, la oferta de servicios y programas que se deben diseñar para cada grupo variará de acuerdo las necesidades.

A mayor nivel de conciencia de la población mayor de sus derechos, de su lugar en la sociedad, y de las posibilidades de su contribución productiva al desarrollo de la misma, generará mayor demanda en los servicios que se ofrezcan.

Enumeraremos ahora una serie de programas o proyectos que se pueden armar. Uds. después con creatividad e imaginación podrán diseñar todo lo que se les ocurra, que pueda operar donde se detecte la necesidad o un deseo, o lo que Uds. crean que pueda promover integración social, solidaridad intergeneracional, participación, satisfacción de necesidades, de intereses, etc.

- ACTIVIDADES SOCIORECREATIVAS
- APOYO A CUIDADORES INFORMALES: CAPACITACION, GRUPOS DE REFLEXION, PROGRAMAS DE RESPIRO
- MICROEMPRESARIADOS
- VOLUNTARIADO
- VIVIENDAS ASISTIDAS O TUTELADAS
- CENTROS DE DIA
- ACTIVIDADES SOCIORECREATIVAS Y DEPORTIVAS EN CLUBES O CENTROS COMUNITARIOS. EL JUEGO.
- GUIAS DE NUTRICION, DE PREVENCION DEL DELITO, DE PREVENCION DE ACCIDENTES DOMESTICOS O EN LA VIA PUBLICA, ETC.
- SERVICIOS DE AYUDA A DOMICILIO
- ADAPTACION DE VIVIENDAS
- LINEA TELEFONICA GRATUITA PARA CONSULTAS DE SERVICIOS Y ORIENTACION A PERSONAS MAYORES Y/O SUS FAMILIAS
- ALFABETIZACION PARA ANALFABETOS TOTALES O FUNCIONALES
- ORIENTACION VOCACIONAL Y OCUPACIONAL
- PROGRAMAS DE PREVENCION DE ABUSO Y MALTRATO
- ACTIVIDADES INTERGENERACIONALES
- PREPARACION PARA LA JUBILACION
- DISPOSITIVOS INSTITUCIONALES EN INSTITUCIONES DE LARGA ESTADIA O RESIDENCIAS DE CUIDADOS PROLONGADOS
- PROGRAMAS DE ESCLARECIMIENTO ESCOLAR SOBRE EL LUGAR QUE LAS PERSONAS MAYORES OCUPAN EN NUESTRA SOCIEDAD

UNIDAD 1: ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS EN EL ENVEJECIMIENTO

Introducción

En esta unidad vamos a dedicarnos a los abordajes terapéuticos posibles en el campo de la gerontología.

Trabajaremos con dispositivos individuales y grupales. Intentaremos pensar el objetivo del trabajo psicoterapéutico, no sólo en el paciente que presenta patologías, sino en el envejecimiento normal.

La complejidad de situaciones en la clínica actual y de patologías que se presentan en la vejez hacen que prefiera el uso de la expresión estrategias terapéuticas a la de psicoterapia en el envejecimiento.

¿Por qué?

Porque una estrategia terapéutica implica:

- una toma de decisiones frente a un paciente y sus problemáticas
- la consideración del paciente y su familia
- la decisión de implementar distintos recursos terapéuticos frente a la complejidad y gravedad del cuadro.
- la posibilidad de intervenciones multidisciplinarias en las cuales esté involucrado el médico, el psicólogo, el trabajador social, el acompañante terapéutico, el terapeuta ocupacional y las instituciones de larga o corta estadía.

Vamos a retomar la propuesta de lacub que tienen ustedes en el módulo sobre tratamiento:

El Dr. lacub toma 3 ejes en el tratamiento psicológico con viejos:

- Psicoterapias
- Redes de Apoyo social
- Intervención farmacológica

Psicoterapias e intervenciones en el envejecimiento normal

Entre los recursos terapéuticos que disponemos para la atención de una persona mayor, la psicoterapia es uno de ellos.

Se entiende por psicoterapia “la utilización por un profesional entrenado de una técnica basada en una teoría psicológica con la finalidad de provocar modificaciones en la conducta de la o las personas sobre quien se la aplique”¹

La psicoterapia podrá ser de orientación psicoanalítica, psicoterapias breves focalizadas, cognitivas, sistémicas, grupal, dependerá de la formación profesional del terapeuta.

1 - Salvarezza compilador, La Vejez, Paidós Cap.12 La psicoterapia en el envejecimiento. Año

La indicación a partir de las entrevistas iniciales puede ser de psicoterapia individual, familiar, de pareja o grupal.

Hay todavía una idea muy arraigada en el público en general como en muchos profesionales de la salud, que no están formados en gerontología, acerca de que las personas mayores de 70 años, no pueden beneficiarse con un tratamiento psicológico. Es frecuente escuchar: “a su papá lo vamos a medicar, no vale la pena que empiece terapia... ¿qué puede cambiar a esta altura de la vida?”

Estas pautas culturales, prejuiciosas todavía vigentes hacen que se prive, en muchos casos, a un adulto mayor, de acceder a un tratamiento psicológico con los beneficios que esto implica.

La propuesta de un tratamiento de orientación psicológica, psicoanalítica o cognitiva, depende de las capacidades funcionales y cognitivas objetivamente conservadas o perdidas del paciente, pero también de su capacidad de entrar en transferencia y de que éste conserve una ligazón erótica con la vida.

Muchas veces consideramos que el paciente debería ingresar en varios tipos de propuestas terapéuticas a la vez. Por ejemplo: En un paciente que presenta una depresión con síntomas cognitivos, indicamos:

Psicoterapia + taller de estimulación cognitiva + tratamiento psiquiátrico

Pero el paciente tiene altas resistencias para la psicoterapia, y sólo accede a un control psiquiátrico de la medicación.

Muchas veces comenzamos a trabajar con los síntomas cognitivos como medio para despejar un problema objetivo y así lograr entrar en transferencia o establecer un vínculo de confianza que nos conduzca hacia una psicoterapia, dado que el paciente nunca realizó un tratamiento psicológico, presenta dudas y miedos respecto de su conveniencia.

En este sentido hay cuestiones culturales que son de importancia: muchas personas mayores de 70 años fueron educadas de manera tal que la intimidad debe ser resguardada y no debe criticarse a los hijos o al cónyuge, ni quejarse de ellos frente a un extraño (“los trapitos sucios se lavan en casa”, “hay cosas que nunca voy a poder contar a nadie...menos a un desconocido”).

Ustedes ya saben que Freud se mostraba reacio al tratamiento psicoanalítico de las personas mayores de 50 años, o como bien decía “cuando se trata de personas de mucha edad” (nos remitimos al texto de Lacub para no ser reiterativos) pero a esto lo pensaba el maestro en el año 1898.

Hoy, 110 años después se sorprendería de ver demandando psicoterapias a pacientes mayores de 80 años. Es habitual que tengamos entrevistas, consultas de orientación y asesoramiento, pacientes con tratamientos de 1 o 2 sesiones semanales, con diván, cara a cara, en grupos, de personas que tienen entre 75 y 90 años. ¿Qué nos sorprende?

La vejez es una etapa ideal para encontrarse consigo mismo, los viejos tienen mucho tiempo libre y parte de ese tiempo se emplea en reflexionar, pensar, preguntarse por su identidad, su historia, el sentido de la vida, su integridad como sujetos.

El psicólogo es aquél que puede acompañar al paciente en este proceso de encuentro consigo mismo: muchos adultos mayores concurren al psicólogo y a los grupos terapéuticos o de reflexión buscando un espacio de respeto en el cual poder pensarse a sí mismos como adultos mayores en la sociedad actual.

Quién soy, qué quiero, cuál es mi legado, cómo convivo con este cuerpo viejo que se escapa a mi control, cómo me relaciono con mis hijos y nietos adultos, cuál es mi proyecto de vida, cómo me relaciono con mi pareja o marido enfermo, cómo retomo mi actividad sexual con mi nueva pareja, cómo enfrento la soledad en mi vejez, cuál es mi proyecto de vida a los 80 años, como afronto la viudez o el duelo por mis seres

queridos, son preguntas que habitan nuestras consultas y no obtienen respuesta vía la medicación.

Hasta aquí estamos considerando que un adulto mayor puede recurrir a una consulta psicológica para poder pensar en su bienestar y en sus malestares que no son sólo de origen orgánico o fisiológico.

Este es un nuevo fenómeno que vemos en los últimos años: personas mayores que concurren buscando un apoyo psicológico que les permita afrontar los cambios y las pérdidas que atraviesan en un **envejecimiento normal**.

Siguiendo a Salvarezza ² “es pues determinante en cualquier forma de intervención el que ésta vaya orientada...a potenciar aquellos recursos personales y sociales que ayuden al anciano a afrontar positivamente estos acontecimientos y estos cambios, de modo que se le facilite el mantener un adecuado nivel de bienestar”.

“Yo puedo escuchar a un paciente recostado sobre un diván y no hacer análisis. El análisis no se define por la disposición espacial de la silla o del diván, ni por la postura física del paciente. El análisis se define, en primer lugar, por la intensidad de la escucha, por el impacto que tiene la expresión emotiva del paciente y por la manera abierta, disponible, con la que el analista percibe esa emoción. El análisis se define allí, en ese contacto fuerte e intenso.” (Reportaje de Silvina Walger a Juan David Nascio)

*“El bienestar subjetivo no es más que la valoración que el individuo realiza de su vida”*³. Es una medida (subjetiva) que resulta de comparar las expectativas que tenía respecto de mi vida con los logros actuales.

¿A qué llamamos bienestar desde el punto de vista psicológico?

Podemos relacionarlo con los conceptos de:

- satisfacción vital:
- integridad
- generatividad
- trascendencia
- autoestima
- autoconcepto

¿Cuáles son los aspectos psicológicos de un envejecimiento saludable?

Podemos pensar cinco aspectos psicológicos relacionados con envejecer con bienestar:

- Presencia y contacto con un círculo íntimo familiar o de amigos que funcionen al modo de una familia. Ampliación de la red social, para que se desplieguen las funciones que proveen apoyo social: “Kahn y Antonucci (1980) definieron el apoyo social como aquellas transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto o afirmación”. ⁴
- Necesidad de sentirse competente: una tarea o una persona que reclame de nuestras habilidades y nos permita contribuir con nuestro mundo desde una tarea laboral o actividad voluntaria. Está relacionado con el sentimiento

2 Ídem

3 Ídem capítulo 4 Jurado y Picabia

4 Red de apoyo social y bienestar psicológico en personas de edad. Claudia Arias. Ediciones Suárez. 2004

de utilidad, de tener objetivos y metas en la vida y la capacidad de participar y de ser valorado socialmente.

- Autoconcepto: “conjunto de imágenes, pensamientos y sentimientos que el individuo tiene de sí mismo”⁵ expresado por los viejos en la idea de “**todavía puedo**”: autoabastecerme, cuidar mi salud, administrar mi hogar, mi dinero, vivir solo, etc.
- Esperanza: que permite darle un sentido al mundo y a mi lugar en él: comprender sin desesperar el sentido de seguir viviendo a pesar de las dificultades que traen los cambios a raíz de la edad o el ciclo vital.
- Sentido de integridad tal como plantea el término Erikson: “la aceptación del propio y único ciclo de vida como algo que debía ser y que, necesariamente, no permitía sustitución alguna”⁶
- Capacidad de resiliencia: término que nace de la física y pasa a las ciencias sociales. Para Cyrulnik⁷ la resiliencia es la capacidad para triunfar, para vivir y desarrollarse positivamente de manera socialmente aceptable a pesar de la fatiga o de la adversidad que suelen implicar riesgo grave de desenlace negativo”, “ la resiliencia es más que resistir es aprender a vivir”

Georges Vaillant piensa que hay dos puntos claves para estar feliz en la vejez:

- un radio social creciente.
- habilidades para perdonar errores y heridas en la propia historia.

Este autor piensa que las personas que fueron infelices en los últimos años de vida lo fueron por soledad, falta de compañía, falta de amor y de optimismo. Aspectos que pueden pesar tanto como la falta material. Piensa en la capacidad de perdonar en el sentido de abandonar toda esperanza de haber tenido un mejor pasado: muchos viejos obsesivamente piensan en “lo que debería haber sido”, “lo que no tendría que haber ocurrido” “lo que podría haber sido y no fue” cuestionamientos dolorosos que impiden un envejecimiento resiliente.

Cuando pensamos en el trabajo terapéutico en el envejecimiento normal estamos en concordancia con el planteamiento de la OMS para el envejecimiento activo definido como: “el proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez”.

Vamos a remarcar aquí que tenemos estrategias o dispositivos que pueden ser pensados para el envejecimiento normal y otras estrategias o dispositivos a implementar para el envejecimiento patológico.

Importancia de las primeras entrevistas

Motivo de consulta

Cuando se nos presenta un paciente mayor a consulta los motivos más frecuentes de consulta psi son:

5 Red de apoyo social y bienestar psicológico en personas de edad. Claudia Arias Ediciones Suárez 2004
6 Erikson, E. H.: Infancia y Sociedad. Buenos Aires: Hormé 1970.

7 La maravilla del dolor. Borys Cyrulnik Editorial Granica 2006.

- Los duelos que debe atravesar un adulto mayor: por la jubilación, por la pérdida de un rol social, por los cambios corporales, por la pérdida de seres queridos, y otros.
- depresiones
- trastornos de ansiedad
- soledad
- cambios en el curso de la vida
- trastornos cognitivos
- problemas de relación familiar
- presencia de angustia e insomnio persistente

Pero también en los últimos años tenemos en la clínica entrevistas de asesoramiento al adulto mayor o a la familia que nos piden estrategias para intervenir en situaciones conflictivas o delicadas tanto por los rasgos de carácter del paciente o por las dificultades que tienen los hijos de tomar resoluciones frente a un padre/madre que siempre ha sido independiente, autónomo o desvuelto.

Nos referimos a pacientes que se niegan a aceptar la necesidad de recibir ayuda, que ya no pueden solos con ciertas cuestiones instrumentales, que tienen inicios de cuadros demenciales, pero lo niegan y la familia debe adoptar decisiones como la de internar en un geriátrico, preservar los bienes económicos, realizar una mudanza de un viejo que está solo en un pueblo y trasladarlo con el desarraigo que implica.

En estas entrevistas de orientación debemos ser cuidadosos, porque quien consulta busca un asesoramiento gerontológico que le permita tomar decisiones cruciales para la vida del adulto mayor que no siempre está presente ni al tanto de estas decisiones que se toman en su ausencia.

¡OJO!

*Tengo que tener claro para quién y para qué trabajo, Bleger decía: **el psicólogo no es un profesional de la alienación** y nosotros los gerontólogos debemos trabajar para mejorar la calidad de vida de nuestros viejos, no para que se abuse de ellos o se disponga de su vida en función de la comodidad familiar.*

La entrevista es el instrumento fundamental por el cual el psicólogo va a tomar contacto con un posible paciente, la misma puede ser abierta o cerrada. En la entrevista abierta el entrevistador tiene amplia libertad de hacer preguntas e intervenciones, es flexible, el entrevistado a partir de su personalidad y estructura psicológica va configurando ese espacio. La entrevista abierta tiene como ventaja que siempre proporciona mayor conocimiento de los aspectos psicodinámicos del sujeto y de cómo organiza su historia de vida, su esquema del presente, qué sabe y qué desconoce de sí mismo.

En la entrevista cerrada o dirigida las preguntas están previstas, hay un orden pautado que puede ser más o menos flexible. Es un cuestionario con fundamento teórico que nos proporciona información valiosa sobre la historia del sujeto y de sus padecimientos.

La elección de realizar entrevista abierta o cerrada tendrá que ver con la modalidad terapéutica y con la sospecha diagnóstica.

Cuando se sospecha de una patología orgánica o que afecte lo cognitivo, la

entrevista abierta puede ser insuficiente y debe recurrirse a una entrevista que pregunte especialmente por los síntomas cognitivos y conductuales.

Algunos autores clásicos como Strejilevich piensan que la entrevista debe ser mayormente pautada, Salvarezza prefiere una entrevista libre y destaca la importancia de que no tenga límite de tiempo.

Ambos autores consideran que siempre debe incluirse a la familia en las entrevistas, cuando acude a consulta un paciente viejo y siempre planifican una entrevista con la familia "sin la presencia del viejo". El sentido de esta modalidad es recabar información sobre el grupo familiar, qué ayuda podemos esperar de él, cuál es el papel del viejo en esa familia, cómo repercute su enfermedad en ese grupo y qué podemos ofrecerle a una familia que tiene un viejo con patología grave (psicosis o demencias) en su seno. Otros autores, como Iacub, consideran que no siempre tenemos que convocar a la familia.

Cada vez más acuden a consulta adultos mayores **solos**, pidiendo tratamiento y haciéndose cargo de sus honorarios y no desean incluir a los hijos en el tratamiento. Y esto es respetable, en estos casos, si llamamos a la familia el paciente, puede sentirse como un adolescente o como alguien no confiable. En tanto convocamos a la familia para cotejar datos o información provista por el paciente, damos por supuesto que no entiende, o no es capaz por sí solo de hacerse cargo de su tratamiento igual que un adulto más joven.

Los viejos se quejan frecuentemente de que en la consulta médica, cuando concurren a la entrevista acompañados por un familiar, los profesionales ni les dirigen la palabra y le explican sólo al familiar, dando por descontado que el viejo no entiende ni se puede hacer cargo de su salud. Muchos viejos concurren acompañados porque no oyen bien, o no pueden trasladarse solos en colectivo, pero tienen que saber acerca de los cuidados que requieren o de cómo se toma la medicación, o de cómo se realiza la curación, porque viven solos y se ocupan ellos mismos de su tratamiento.

Esta decisión de incluir o no a la familia está relacionada con el motivo de consulta y de quién es la demanda de tratamiento: si de la familia o del viejo, esto último marca grandes diferencias.

Es importante tener claro cuál es el motivo de consulta y quién es el que demanda. El paciente puede concurrir acompañado a la entrevista y ser el que demanda, otro puede ser traído sin entender por qué viene. Estas diferentes situaciones nos dan idea de la conciencia de enfermedad del paciente y su familia.

Cuanto menor sea el grado de conciencia de enfermedad del paciente, más deberemos aliarnos con la familia para que un tratamiento sea posible.

Debemos tener la mayor capacidad de flexibilidad teórica posible frente a la consulta para diseñar la intervención terapéutica más adecuada, sin recetas rígidas previas.

Si el paciente viene solamente a consulta para reflexionar sobre ciertas cuestiones particulares o angustiado por ciertos síntomas o asustado por ciertos procesos por los que está atravesando, debemos consultarlo acerca de si la inclusión de la familia en un proceso terapéutico sería o no beneficioso para él, tomar esta idea de incluir siempre a la familia como una norma puede hacer que el paciente se sienta infantilizado.

AHORA BIEN:

Si venimos trabajando con un paciente mayor y en el curso del tratamiento comienzan a aparecer signos de que está cursando un inicio de un síndrome demencial, si el paciente aparece con desorientación espacial, con situaciones confusionales debemos incluir a la familia e informar de estos cambios que comprometen la seguridad del paciente y su desempeño en la vida diaria.

En el primer contacto con el paciente podemos comenzar con algunas preguntas que ayudan a tranquilizarlo, a expresar fantasías perturbadoras y que proporcionan al terapeuta información sobre las expectativas del paciente. Por ejemplo: ¿qué sentimientos le produce concurrir a un terapeuta? ¿Qué sentimientos experimenta ante la idea de venir hoy aquí? Muchos pacientes responden con expresiones de ansiedad o pesimismo, y muchos viejos cargan con el prejuicio de que quien consulta a un psicólogo “es porque está loco”. El viejo oculta cierta información de sí mismo o ciertos aspectos que lo perturban por temor a ser etiquetado como enfermo o insano.

Para ampliar en este tema recomendamos la lectura de:

La Entrevista Diagnostica en Psicogerontología, Prof. Leopoldo Salvarezza, Actualidad Psicológica, Buenos Aires, Año XXVII, No.301

Recolección de datos clínicos

Las entrevistas iniciales deben proporcionar información relevante sobre:

- La historia del paciente y su familia.
- Su situación actual en un amplio espectro médico- psicológico-social y familiar.
- Su actitud ante el tratamiento actual, su historia de tratamientos previos y los distintos contactos con profesionales de la salud, el éxito o no que ha tenido en esas experiencias anteriores y como éstas condicionan sus expectativas.
- Datos objetivos del paciente (obtenidos mediante test) que serán cotejados con los datos subjetivos y con la apreciación que tiene de sí mismo.
- Desempeño de las AVD
- Internaciones previas

Todos estos elementos nos permitirán empezar a delinear un diagnóstico diferencial en base al cual vamos a profundizar o reconfirmar nuestras hipótesis, a pensar la estrategia, la necesidad de interconsultas y las indicaciones terapéuticas.

En las primeras entrevistas debemos prestar atención a:

- La **línea discursiva** que nos da pautas de si la demanda de tratamiento es por conflicto neurótico, o de patología orgánica o deterioro cognitivo, o de una psicosis envejecida que puede presentar además (o no) deterioro cognitivo.
- La **línea cognitiva**, donde se presentan quejas respecto del funcionamiento habitual o fallas cognitivas. La profundización de las quejas o fallas nos indicará la necesidad de realizar interconsultas psiquiátricas, neurológicas, clínicas o con otras especialidades. Debemos incluir pruebas de screening o una batería neuropsicológica que nos aporte datos objetivos respecto de cantidad y cualidad de deterioro cognitivo.
- La **capacidad funcional**: nos permite evaluar el desempeño en la vida cotidiana, el grado de deterioro o de posibilidad de realización de las actividades de la vida diaria, de la autonomía del paciente, como de la necesidad de estar acompañado o no, para realizar ciertas tareas o para continuar viviendo solo. En función de los recursos económicos y afectivos evaluaremos la necesidad de armar una red con mayor sostén para el viejo y la familia que consultan.
- El **diagnóstico diferencial**: cuando debemos hacer un diagnóstico diferencial entre envejecimiento normal, olvidos benignos, deterioro cognitivo leve y cursos demenciales, debemos tener herramientas que nos proporcionen datos precisos dado que estos diagnósticos son definitorios para la vida y la autonomía de los sujetos y nos marcan distintas estrategias terapéuticas que se ponen en juego.

Qué tipo de síntomas trae:

- Afectivos: tristeza, ansiedad, desinterés, pérdida de la capacidad de placer, etc.
- Cognitivos: dificultad para concentrarse, dificultad atencional, problemas de memoria, etc.
- Conductuales: pasividad, agitación, agresividad, lentitud, evitación o huida del contacto con personas, etc.
- Fisiológicos o vegetativos: alteración del sueño, del apetito, jaquecas, trastornos
- digestivos, etc.

¡ATENCIÓN!

La discriminación de conflictos antiguos es vital en las primeras entrevistas con el paciente y su familia:

Muchos familiares consideran que sus miembros no están enfermos, sino que actúan o simulan para molestarlos, para que se ocupen de ellos, para llamar la atención. Es frecuente escuchar “me lo hace a propósito” cuando estamos frente a pacientes con rasgos de carácter que han sido difíciles de soportar para sus familias (a nosotros también nos puede confundir) y tenemos que discriminar los rasgos habituales de carácter de los “nuevos síntomas”, que debemos pensar como parte de un deterioro cognitivo o de un curso demencial o de una patología propia de la vejez.

RECUERDEN:

El objetivo de trabajo psicoterapéutico en la vejez es aprender a vivir con los cambios biológicos, psicológicos y sociales que trae el envejecimiento.

No necesariamente tiene que haber un conflicto psíquico, o inhibición o síntomas para realizar una psicoterapia. Muchos adultos mayores necesitan reflexionar y hasta aprender a tolerar y a manejarse con los cambios que acontecen con el envejecer. Otros no tienen recursos internos como para pensarse en profundidad y la inclusión en grupos de reflexión les permite respaldarse, sostenerse en una identificación positiva o mejorar su estado de ánimo en el encuentro de nuevos vínculos.

NO HAY RECETAS ÚNICAS, cada persona mayor es singular y lo que a unos le hace bien a otros no les sirve. Ya sabemos que no hay mundo más heterogéneo que el de los viejos.

Si bien nosotros hablamos aquí en el sentido más amplio de psicoterapias, quiero mencionar el valor de la técnica psicoanalítica que no tiene contraindicaciones en los viejos, por el contrario rescatamos el valor fuertemente autonomizador del psicoanálisis que abre la puerta a la libertad, levanta represiones y alienta el encuentro con el propio deseo a cualquier edad.

Como lo expresa Juan David Nasio⁷: *“Yo puedo escuchar a un paciente recostado sobre un diván y no hacer análisis. El análisis no se define por la disposición espacial de la silla o del diván, ni por la postura física del paciente. El análisis se define en primer lugar por la intensidad de la escucha, por el impacto que tiene la expresión emotiva del paciente y por la manera abierta, disponible, con la que el analista percibe esa emoción. El análisis se define allí, en ese contacto fuerte e intenso.”*

Podemos agregar que para “ese contacto fuerte e intenso” la edad no es un impedimento.

Importancia de la interconsulta

La interconsulta con otros especialistas cuando atendemos a un paciente mayor es clave. Abogar por un abordaje interdisciplinario es dar importancia al trabajo en equipo.

Cuando nos encontramos con un adulto mayor generalmente hay presencia de polipatología, a veces fragilidad, discapacidad física, en las primeras entrevistas debemos tener en cuenta si el paciente está siendo atendido en el presente por un clínico u otro especialista, dado que sabemos que muchos viejos toman medicaciones que les han recetado “históricamente”, y las acumulan sin revisar su pertinencia con el médico correspondiente.

Además los adultos mayores usan el cuerpo como lugar de expresión del dolor psíquico, somatizando muchas veces lo que no se puede poner en palabras, por ello debemos estar seguros de discriminar síntomas orgánicos de somatizaciones.

Por ello cuando recibimos en consulta psicológica a un paciente mayor tenemos que tener en claro las características psicopatológicas de los pacientes, prestar atención al funcionamiento social del viejo y a su estado clínico, cuanto más compleja es la patología psíquica es muy poco lo que podemos hacer solos, como

7 Entrevista al Dr. Juan David Nasio de Silvina Walger.

profesionales: debemos evaluar la necesidad de realizar interconsulta neurológica, psiquiátrica o clínica, **estar en contacto con los médicos que intervienen. Tenemos que tender a armar equipos de trabajo**, dado que la intervención del kinesiólogo, del fonoaudiólogo, del terapeuta ocupacional o del asistente social, no sólo complementa nuestra tarea como psicólogos, sino que aporta al mejoramiento de la calidad de vida del paciente.

Trabajar en equipo interdisciplinario implica una revisión de nuestras posiciones narcisistas, dado que cuestiones de competencia y omnipotencia profesional actúan generando resistencias a compartir la dirección del tratamiento y los logros terapéuticos.

Muchos profesionales tienen temor de perder el lugar de poder que tienen (o creen tener) con el paciente y su familia, al “compartir” al adulto mayor con otros profesionales.

Los mejores logros terapéuticos se consiguen cuando se puede trabajar en equipo, escuchando las posiciones teóricas de los profesionales idóneos, formados en gerontología e integrando las prácticas que provienen de la experiencia profesional en el campo gerontológico.

Dispositivos terapéuticos que incluiremos entre nuestras estrategias para trabajar en la enfermedad mental

Hasta ahora venimos trabajando sobre el envejecimiento normal. Pero cuando nos encontramos frente a un adulto mayor con patología grave debemos asegurarnos de contar con dispositivos que lo puedan contener y cuidar.

Nos referimos a pacientes que presentan:

- Depresiones mayores, a veces con intentos de suicidio o con antecedentes de cuadros depresivos anteriores.
- Trastornos de ansiedad que generan cuadros de confusión.
- Inicios de síndromes demenciales o deterioros cognitivos que comprometen su seguridad.
- Descompensaciones psicóticas.
- Insomnio pertinaz.
- Estados delirantes de la vejez.

En estos casos tenemos que trabajar con interconsulta psiquiátrica y aceptar la posibilidad de internación psiquiátrica o geriátrica en la medida de las necesidades de contención del paciente.

Si bien consideramos la internación geriátrica como el último recurso y por ello podemos previamente sugerir la contención del paciente con otras estrategias terapéuticas:

- Hospital de día: los adultos mayores se “internan” en él durante unas horas diarias para recibir un tratamiento de parte de un equipo interdisciplinario: médico clínico, médico psiquiatra, psicólogo, actividades terapéuticas y recreativas grupales que promueven la socialización del paciente, éste regresa diariamente a su casa. También se incluyen entrevistas familiares y de orientación al grupo familiar.
- Centro de día: atienden en forma ambulatoria a adultos mayores con psicopatologías leves que puedan ser agrupables. La función es mantener al adulto mayor en su domicilio evitando el agravamiento o el deterioro del cuadro psicopatológico. Las actividades tienden a prevenir patologías que

se producen por la soledad y el aislamiento. Se tiende a promover la socialización a través de actividades recreativas. Funcionan con pequeños equipos profesionales que pueden orientar, asesorar y derivar a centros de mayor complejidad según necesidades.

- Cuidador o acompañante terapéutico que pueden acompañar al adulto mayor en depresiones leves, o en los casos de deterioros cognitivos leves que necesitan un apoyo instrumental y emocional para continuar permaneciendo en su domicilio.
- Internación domiciliaria: el equipo profesional se traslada al domicilio del viejo para tratar al paciente en su propio ámbito sin desarraigarse de su familia, de sus recuerdos, de sus objetos materiales. Es complejo encontrar personal de enfermería y asistentes geriátricas o cuidadores entrenados, capacitados y eficientes que trabajen en equipo. Esta estrategia de atención evita el desarraigo del adulto mayor pero requiere de recursos económicos y disposición de la familia a colaborar activamente (con entrevistas familiares y presencia afectiva) con esta modalidad terapéutica.

¡OJO!

Que la internación sea el último recurso no implica que esperemos más de lo necesario atentando contra la seguridad del paciente.

Ampliación de redes de apoyo social

Vamos a definir la red social, siguiendo a Claudia Arias⁷, como “un sistema de límites difusos que incluye a la totalidad de las relaciones interpersonales de un sujeto. Está conformada por los integrantes de la familia nuclear, por todos los parientes, así como por los amigos vecinos, compañeros de trabajo, y por los miembros de grupos, organizaciones, instituciones de diversa índole, en lo que los mismos tengan algún tipo de participación. La red social posee recursos para desarrollar soluciones creativas frente a situaciones críticas. Si bien esta conformada por vínculos que proporcionan apoyo y ayuda mutua para enfrentar situaciones difíciles... también incluye lazos negativos que propician los conflictos o dificultan su resolución.”

El concepto de red de apoyo social se refiere a las funciones de apoyo que cumplen los miembros de la red, tanto sea de ayuda emocional, instrumental, o de otro orden.

Dado que en los adultos mayores la red social (tal como lo plantea Sluzky) se ve restringida por muerte, enfermedad, migraciones, consideramos que el psicólogo debe trabajar activamente para impulsar al adulto mayor a ampliar su red, instándolo a participar en actividades grupales que le resulten interesantes a fin de conocer nuevas relaciones que le ayuden a sentirse menos solo, a compensar los vínculos perdidos a lo largo de los años, encontrar a través de los grupos nuevas identificaciones positivas en esta etapa de la vida.

Existe amplia evidencia con las investigaciones realizadas en los últimos años a cerca del impacto positivo en la salud física y mental de los mayores:

7 Claudia Arias (2004) *Red de apoyo social y bienestar psicológico en personas de edad*. Ediciones Suárez

- en el levantamiento de depresiones
- en la disminución en la toma de medicación
- en la mayor recuperación luego de intervenciones quirúrgicas

Cuando se presenta un paciente en tratamiento psicológico debemos realizar una evaluación de su red social y de apoyo social a fin de incrementar los contactos y actividades del paciente dado que una o dos sesiones de psicoterapia semanal no alcanzan para cubrir las horas de soledad del paciente anciano.

¿Cuáles son los beneficios de la inclusión de un viejo en un grupo social, recreativo o de reflexión?

- Permitirle en contacto con otros desarrollar capacidades y potencialidades aún conservadas.
- Recrear vínculos en los que pueda sentirse útil desempeñando tareas formales como voluntario o informales asistiendo a pares.
- Promover espacios de intercambio social y evitar la segregación social.
- Compensar los sentimientos de soledad frente a la ausencia de la familia o cuando la familia no puede cumplir con las expectativas de acompañamiento del viejo.
- Compensar la ausencia de vínculos importantes a lo largo de la vida como ser la pareja, los hermanos, los viejos amigos con actividades y nuevas amistades.

Los nuevos vínculos que se pueden armar en las redes permiten cumplir con funciones importantes permitiendo a la familia cierta libertad.

¿Cuáles son estas funciones?

- Apoyo emocional
- Guía cognitiva y de consejos
- Ayuda material y de servicios
- Compañía social
- Acceso a nuevos contactos

Como parte de nuestro trabajo como psicólogos debemos ayudar al paciente a elegir distintas opciones que le permitan una inclusión social mayor. Muchos viejos tienen dificultades para integrarse en grupos, dado que no tienen una cultura grupal, no han concurrido a instituciones cuando eran jóvenes y han pasado su tiempo libre en familia. En la vejez a veces falta motivación y energía para alimentar nuevos vínculos, muchos viejos dicen que es dificultoso encontrarse con los amigos porque están ocupados con sus familias, con su salud, con sus propias dificultades cotidianas.

Los Grupos pueden ser de: reflexión, recreativos o terapéuticos. De acuerdo al criterio del terapeuta y la evaluación del paciente su familia y su red será la indicación correspondiente.

Los fines son diferentes:

- En el *Grupo Terapéutico* **el paciente** ingresa luego de una evaluación diagnóstica, tiene la obligación de contar sus problemáticas y un compromiso de asistir.
- En el *Grupo de Reflexión* **el participante (no hay evaluación diagnóstica)** se encuentra con pares a dialogar, aprender, discutir, sobre distintos temas que hacen a la calidad de vida en el envejecimiento, no tiene la obligación de hablar de temas personales o íntimos, es un espacio social. Este grupo tiene efectos terapéuticos y son muy complementarios de la terapia

individual.

- En los *Grupos Recreativos* para **los concurrentes** la tarea es otra: desarrollar actividades de interés que son placenteras, permiten la socialización y el desarrollo de las potencialidades del adulto mayor.
- *Centros de Día*: es un recurso factible para los viejos que viven y pasan mucho tiempo solos, de modo que pueden integrarse en actividades recreativas y o terapéuticas que les permiten continuar su vida autónoma sin desarrollar depresiones asociadas. En este espacio el adulto mayor escoge las actividades que desea realizar bajo la supervisión del coordinador del centro.

¿Cómo armar un grupo de reflexión con adultos mayores?

Etimológicamente el vocablo grupo “refiere a un número restringido de personas asociadas por algo en común”⁸

La propuesta para este tipo de grupo es reflexionar sobre temas que nos permitan mejorar la calidad de vida en el envejecimiento.

Convocamos a los participantes a un ciclo de entre 4 a 6 charlas sobre temas puntuales, que consideramos pueden ser de interés para el adulto mayor:

- A qué llamamos calidad de vida.
- El lugar del adulto mayor en la familia y el mundo actual.
- Cómo se sostiene la autoestima en el envejecimiento.
- Qué es sentirse viejo y qué es un buen envejecer.
- Los nuevos amigos en la vejez.
- La sexualidad.
- El rol de los abuelos.

Los temas que elegimos como propuesta se refieren al envejecimiento y a situaciones de la vida cotidiana.

Se realiza una presentación teórica de 30 minutos, luego se favorece la discusión y el intercambio de experiencias.

Antes o después de la charla es conveniente crear un momento de intercambio social que se logra disponiendo una mesa con café para que se sirvan y tengan unos 20 minutos para charlar, presentarse, conocerse, intercambiar.

El grupo puede tener hasta un máximo de 35 a 40 participantes, de entre 70 años de edad en adelante. Luego veremos la conveniencia de separar los grupos por edades (viejos jóvenes entre 60 años y 74 años de edad y los mayores de 75 años en adelante, dado que los intereses y problemáticas son diferentes), pueden incluirse personas solas o matrimonios.

En el grupo de reflexión veremos que se cumplen las funciones de la red tal como lo menciona Sluzky. Propiciamos la socialización y el subagrupamiento, promovemos los pequeños grupos con fines sociales. Se cumple entonces la función de compañía social por estar compartiendo la actividad con pares.

Muchos viejos relatan sentirse muy solos a partir de la viudez, por la pérdida de pares, amigos o de hermanos y otros parientes que ocuparon el lugar de amigos. El grupo al promover nuevos vínculos, permite que se cumpla la función de apoyo emocional: genera intimidad, acercamiento afectivo y comprensión de pares que han atravesado situaciones similares.

El grupo les permite disminuir ese sentimiento de soledad, les facilita la relación con personas de su misma edad, compartir problemáticas, placeres y gustos comunes.

8 Ana María Fernández (1989) *El campo grupal*. Ediciones nueva visión Bs. As.

Al trabajar con un coordinador que aporta información sobre envejecimiento y calidad de vida se cumple la función de guía cognitiva y de consejos como también la función de regulación social.

Veamos una viñeta:

Me encontraba en un grupo trabajando sobre el tema de los vínculos conflictivos. Decíamos que todo vínculo es conflictivo, nuestros hijos no son como esperábamos, tampoco nuestros maridos o esposas, a veces los amigos o nuestros padres nos decepcionan. Esto mismo les pasa a los demás con nosotros mismos: los defraudamos, no los entendemos, no respondemos como los otros (significativos) esperan...

Entonces una mujer hablando pensando en voz alta dijo: ¡Ah! ¡No es a mí sola que me pasa esto con mi familia!!

En este sentido esa reunión cumplió la función de regulación: a todos les pasa esto que me pasa a mí, por tanto puedo compartirlo con otros pares que me van a poder entender. Y este simple acto rompe con el aislamiento de una persona mayor que descubre allí mismo, en el grupo, que puede hablar del tema sin avergonzarse.

Pichón Riviere decía que todo grupo tiene consecuencias terapéuticas, aunque no tenga objetivos terapéuticos.

“En grupos que no son terapéuticos pasa algo de lo que llamo “transformación subjetiva” de los integrantes de ese grupo por los caminos de la realización de una tarea” (Graciela Jasiner Grupos centrados en la tarea. Charla abierta 25/02/05)

¿Cuáles son las consecuencias o efectos terapéuticos de la participación en estos grupos?

- El intercambio de apoyo, seguridad, sugerencias compañía, el encuentro de interlocutores válidos e inteligentes.
- Satisfacción de ser comprendido y aceptado cuando el grupo puede acompañar a sus miembros en situaciones conflictivas o dolorosas pasadas o presentes.
- Muchos viejos deprimidos o aislados deben volver a interactuar con otros, a desarrollar destrezas sociales, a comunicarse, a rehabilitar su “inteligencia interpersonal”.
- Los miembros del grupo al actuar como modelo identificatorio, permite a sus miembros imitar conductas y cambios favorables de sus compañeros.
- El marco grupal puede ser tan estimulante que posibilite restaurar la autoestima, revalorizar los logros, darse cuenta de ciertos valores que los dignifican como personas.
- Los miembros más viejos pueden ser tomados como ejemplo de envejecimiento o como modelo de superación de pérdidas y duelos.

Como coordinadores grupales:

- Propiciamos el trabajo en el aquí y ahora.
- Promovemos proyectos de vida para encontrar nuevos sentidos de la vida en la vejez.

- Nuestro rol es más activo que en grupos más jóvenes.
- Intentamos descubrir los recursos psicológicos que tienen los miembros del grupo, para hacer frente a situaciones actuales y a los cambios de vida que se han producido alentando la capacidad resiliente en los adultos mayores.

La participación en los grupos, permite luchar contra la tendencia al retraimiento que muchos mayores tienen, ya sea por depresión, por situaciones vitales que los colocan en posiciones de mucha desvalorización. Muchos viejos se aíslan por vergüenza ante pérdidas económicas, familiares o físicas. El grupo permite tender redes frente a estas situaciones sentidas como vergonzantes, graves o dolorosas.

Como coordinadores grupales de estos grupos propiciamos la creación de trama grupal:

- Que se arme un tejido grupal que propicie un trazo singular de cada quien.
- Propiciamos la implicación personal sin alentar la confesión, el adentrarse en lo íntimo dado que cuando alguien se muestra mucho en su intimidad luego puede desaparecer de la escena porque cuesta tolerar tanta exposición.
- intentamos promover una transformación subjetiva, sin atravesar los caminos de la confesión, si de la implicación personal, de compartir con el otro, la angustia, la alegría, las ideas.
- Intentamos que cada uno de ellos encuentre en el grupo una morada aunque sea por un rato, que el sujeto se encuentre consigo mismo y con el otro.

Para ampliar este punto recomendamos:

Coordinando grupos. Una lógica para los pequeños grupos.
 Graciela Jasiner Lugar Editorial .año 2007
 Para pensar a Pichón Graciela Jasiner- Mario Woronovski. Lugar
 Editorial año 1996

Psicofármacos

Si bien la administración de psicofármacos indicada por un psiquiatra especializado en gerontología puede colaborar con el tratamiento psicológico y con la calidad de vida del paciente debemos estar atentos a que ambos abordajes puedan complementarse.

Hay una tendencia a medicar a los viejos suponiéndoles una incapacidad para el trabajo terapéutico sólo en función de la edad, todos hemos escuchado ciertos comentarios como: **“a su edad, ya que puede cambiar”** **“para qué va a remover su infancia o su vida ahora a los 80 años”** pensando que el trabajo del tratamiento psicológico o psicoanalítico es “arqueológico” e interminable.

El uso unilateral o indiscriminado de psicofármacos en los viejos no lleva a buen término el tratamiento sino que conduce a adicciones a medicamentos, sobremedicación o polimedicación: todos conocemos pacientes que fueron medicados con un antidepresivo o un ansiolítico hace muchos años por un médico, lo continúan tomando por cuenta propia y no han vuelto a controlarse. Vemos conductas de automedicación y dependencia del medicamento.

El terapeuta debe estar atento a reacciones paradójales frente a una droga, o de rechazo o de efectos secundarios perjudiciales, es importante tener contacto con el médico que interviene dado que somos nosotros los encargados de informar acerca de las reacciones favorables o desfavorables frente al fármaco.

Sabemos que en la vejez los procesos de absorción, transporte y eliminación de los medicamentos son más lentos además de las interacciones medicamentosas y las combinaciones con otros medicamentos que toma el paciente por cuadros clínicos preexistentes. De allí la importancia de derivar y trabajar con psiquiatras que se especialicen en gerontología.

Ustedes saben que la angustia es movilizadora de preguntas, reflexión, cuestionamientos, que son claves para la introspección que reclama una terapia. PERO debemos tener cuidado de diferenciarla de una angustia libre, perturbadora, persistente, con grandes montos que no le permiten al paciente conciliar el sueño, o que no le da tregua y POR TANTO no ayudan a ningún sujeto a reflexionar, sino que lo sumen en confusión y agotamiento.

AHORA BIEN:

La medicación por sí sola no resuelve los conflictos psíquicos del paciente.

La intervención psicofarmacológica puede ser pertinente, traer un rato de calma, puede ayudar a conciliar el sueño que es muy importante, porque el mal dormir y el insomnio traen fallas cognitivas, cambios en el humor, confusión, etc. En el caso de la depresión puede mejorar el ánimo depresivo, pero por sí sola no soluciona los conflictos, o ideas que generan el cuadro depresivo.

En la práctica clínica nos encontramos con pacientes que tienen tanto temor de depender de los fármacos, que rechazan la interconsulta psiquiátrica y pueden vivir la indicación como una herida narcisista: “yo siempre pude solo” y otros que abandonan la consulta psicológica para manejarse sólo con psicofármacos y desentenderse de enfrentarse consigo mismo.

En el término medio tenemos la posibilidad de intervención con ambos tratamientos que complementan la tarea del psiquiatra y del psicólogo.

El uso racional de psicofármacos controlado por un médico psiquiatra calma la ansiedad y el dolor psíquico pero, para tener resultados terapéuticos, su uso debe estar asociado a alguna forma de psicoterapia.

Desde ya que no estamos desconociendo la importancia de la intervención psicofarmacológica en pacientes con psicosis y estados delirantes, simplemente queremos diferenciar la intervención en los casos de neurosis o de pacientes viejos que acuden angustiados frente a los cambios que se plantean en virtud del proceso de envejecimiento.

ACTIVIDAD 1

1. Sintetice la idea de estrategias terapéuticas.
2. Explique los 3 ejes en relación al tratamiento psicológico con viejos.
3. ¿Cuál es la importancia de la participación grupal del adulto mayor para su bienestar psicológico?
4. ¿A qué debemos prestar atención en las entrevistas iniciales?
5. ¿Cuándo piensa que la intervención psicofarmacológica es pertinente?

Resumen de la Unidad 1

En esta unidad centramos la atención en las estrategias terapéuticas que podemos implementar en el envejecimiento normal.

Consideramos 3 puntos clave en el desarrollo de las estrategias terapéuticas:

- Psicoterapias
- Ampliación de las redes sociales
- Psicofármacos

Hicimos hincapié en el objetivo de la psicoterapia en el envejecimiento normal: aprender a vivir con los cambios biológicos, psicológicos y sociales que trae el envejecimiento.

Destacamos y revalorizamos la importancia de las primeras entrevistas clínicas con el paciente y su familia, el valor terapéutico de la participación del adulto mayor en grupos sociales, recreativos y terapéuticos y destacamos la necesidad de la interconsulta psiquiátrica a los fines de que la medicación sea un apoyo al tratamiento psicoterapéutico, para que ambos tratamientos colaboren en la solución del dolor y el sufrimiento del paciente mayor.

Por último consideramos que los mejores logros terapéuticos se consiguen cuando se puede trabajar en equipo, escuchando las posiciones teóricas de los profesionales idóneos, formados en gerontología e integrando las prácticas que provienen de la experiencia profesional en el campo gerontológico, de modo que nuestra práctica impulse un mejoramiento de la calidad de vida en el envejecer.

Para ampliar estos temas le recomendamos la siguiente bibliografía general:

- Arias, Claudia (2004) Red de apoyo social y bienestar psicológico en personas de edad. Buenos Aires: Ediciones Suárez
- Iacub, Ricardo *Historias de las terapias psi con el envejecimiento*. Ficha
- Salvarezza, Leopoldo, compilador (1998) *La Vejez Una mirada gerontológica actual*. Buenos Aires: Paidós

UNIDAD 2: TRASTORNOS DE MEMORIA: INTERVENCIONES

Uno de los temas que más preocupación genera en las personas mayores de 50 años es el funcionamiento de su memoria. Si bien los trastornos de memoria son habituales y las personas expresan quejas en su funcionamiento cotidiano generan preocupación, miedos, expectativas.

Recordemos

*La Memoria es un sistema de procesamiento de la información que opera a través de 3 procesos:
Almacenamiento - codificación - recuperación*

La memoria no es una habilidad mental única, como ya veremos existen distintos tipos de memoria.

Cuando las personas se quejan del rendimiento de su memoria no pueden distinguir de dónde proviene esa falla, dado que la memoria está aliada a la atención y concentración, al interés y la motivación, y afectada por distintas situaciones específicas del envejecimiento y el ciclo vital.

Los factores sociales, emocionales y del medio también juegan un importante papel al animar o desalentar a las personas mayores a mantener niveles elevados de funcionamiento mental.

La atención y concentración se ven disminuidas en muchas situaciones relacionadas con el envejecimiento:

- En los duelos: dado que el adulto mayor se encuentra sumido en un trabajo de introspección y de elaboración del duelo que hace que preste mucho menos atención a su entorno, ve sin mirar o no presta atención a lo que le hablan.
- En los trastornos de ansiedad: la memoria se ve muy afectada por la ansiedad, haciendo que el paciente no pueda pensar y utilizar las estrategias de búsqueda de información.
- En las depresiones: que producen una desconexión con el mundo externo, a veces un desinterés.

La atención es la condición primaria que antecede al proceso de memorización. La atención está aliada a la motivación que facilita el registro y la fijación de las informaciones.

Cuando se presentan las quejas de memoria tenemos que distinguir:

- Cuando nos encontramos frente a un problema de atención - concentración y, por ende, hay una disminución en el rendimiento cognitivo (por ejemplo, en los duelos, en la depresión)
- Cuando nos encontramos frente a un trastorno cognitivo producto de una enfermedad, que afecta los distintos dominios cognitivos (Alzheimer).

¿Qué es la Cognición? Es la facultad que nos permite adquirir conocimientos.

Comprende todos los procesos mentales que nos permiten:

- Reconocer.
- Aprender.
- Recordar.
- Prestar atención a la información cambiante del ambiente.

Cognición también comprende:

- Planeamiento.
- Resolución de problemas.
- Juicio.

Englobadas dentro del término funciones ejecutivas se refiere a las capacidades implicadas en la formulación de metas, la planificación para lograrlas y los pasos para realizarlas de un modo eficaz.

Las principales funciones cognitivas son:

- atención y concentración
- percepción
- memoria
- lenguaje
- inteligencia

Cada sistema cognitivo es un conjunto de etapas de procesamiento que operan para lograr un objetivo: la cognición garantiza y permite el aprendizaje tanto de conceptos abstractos y complejos como de tareas sencillas que hacen a la vida cotidiana.

El funcionamiento cognitivo en el envejecimiento normal

El envejecimiento debe distinguirse claramente de la enfermedad. Los cambios debidos a la edad no son enfermedades, son pérdidas de función naturales. **El envejecimiento normal** es aquel que se produce sin que existan patologías mentales o biológicas (Soledad Ballesteros Jiménez). Son adultos mayores que no presentan enfermedad física o mental evidente. (Baltes y Baltes 1990)

Personalmente incluiría aquí la posición de Lalive D'épiney¹ respecto del criterio de edad socio-funcional de edad sumando la definición de salud funcional. La salud funcional se refiere al funcionamiento de la persona mayor y se determina por la capacidad de realizar actividades de la vida diaria. Esta capacidad determina su bienestar psicosocial, manteniendo la competencia para vivir en su propio hogar y entorno social evitando o retrasando la institucionalización. A mayor autonomía, mayor bienestar psicosocial.

Definir salud funcional es preguntarse en qué medida los trastornos que padece el adulto mayor afectan su desempeño en la vida cotidiana. El estado funcional indica la edad social de un viejo: que espera la sociedad y el entorno familiar de ese sujeto.

Por tanto la noción de edad cronológica se vuelve irrelevante y vacía sino la relaciono con la salud funcional y el grado de autonomía del adulto mayor.

1 Lalive D'épiney *Criterio de edad sociofuncional* Ficha de la Cátedra Psicología de la vejez Iacub UBA

El proceso de envejecimiento se acompaña de cambios sutiles en determinados aspectos del funcionamiento cognitivo. En general, las áreas más afectadas son la velocidad motora, la velocidad de procesamiento de información y la flexibilidad mental.

Existen varios enfoques para analizar los efectos debidos al envejecimiento en las funciones mentales superiores. En la década de los setenta se propuso que existían dos tipos de inteligencia cuyos resultados varían según la edad de la persona estudiada: inteligencia fluida, valorada con test de memoria y de razonamiento complejo; está relacionada con la madurez neurológica y muestra un declive sistemático con la edad. Y la inteligencia cristalizada, que se valora con test que reflejan el nivel cultural y la experiencia de la persona y por tanto está menos influida por la edad, a veces incluso se produce un incremento.

En décadas posteriores con la adaptación y normalización de test neuropsicológicos específicos y con el aporte clínico de pacientes con trastornos de memoria, -entre los cuales se podía apreciar claras disociaciones-, se han analizado varios tipos de memoria que se afectan de forma distinta por el envejecimiento.

Cuando se valora la memoria debe tenerse en cuenta también los aspectos verbales y no verbales de la misma. Los procesos verbales se valoran a través del aprendizaje de listas de palabras o textos que se repite al sujeto y que debe recordar en varios espacios

Disminuye en el envejecimiento normal:

- La agudeza perceptiva.
- La rapidez de aprendizaje.
- El uso de estrategias para memorizar.
- La capacidad visoconstructiva.
- La retención de nombres.
- El span de memoria a corto plazo.

Se conserva en el envejecimiento normal:

- El vocabulario o fluidez verbal (que se puede incrementar).
- La memoria implícita.
- La inteligencia cristalizada (experiencia).
- La capacidad de aprendizaje: que facilita al sujeto adaptarse al medio en que vive.

En el envejecimiento encontramos 4 mecanismos básicos que son responsables del declive cognitivo que se produce con la edad, propuestos por Salthouse ²:

- **LA VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION:** según Salthouse (1991-1996) con el aumento de la edad disminuye la velocidad de procesamiento de la información. Es decir se produce un proceso de enlentecimiento. La evocación se lentifica y también se hacen mas lentos los mecanismos de búsqueda, por ejemplo: en la evocación de nombres propios que aparecen unos 20 o 30 segundos después. Lo emocional y el aumento de ansiedad impiden usar los mecanismos de búsqueda de información.
- **EL FUNCIONAMIENTO DE LA MEMORIA DE TRABAJO:** (Craiky y Byrd1982, Baddeley 1986) la cantidad de recursos cognitivos disponibles para realizar

2 Denise Park

una tarea que implica procesamiento y almacenamiento de la información SIMULTANEAMENTE. En este tipo de tareas los viejos actúan peor que los jóvenes.

- LA DISMINUCION SENSORIAL: la disminución de la agudeza visual y auditiva hacen obstáculo a la hora de percibir y decodificar los estímulos externos. (Linderberger y Baltes 1994 Estudio de Berlín)
- LA FUNCION INHIBITORIA: las personas mayores se distraen más fácilmente que los jóvenes, son mas sensibles a las interferencias (que pueden ser externas: ruidos, interrupciones, o internas: preocupaciones, recuerdos, duelos, etc.) es un mecanismo en estudio y todavía no comprendido suficientemente (Hasher y Zacks 1988).

Para profundizar este tema recomendamos la lectura de:

Denise Park, Norbert Schwarz. Envejecimiento cognitivo.
Editorial Médica Panamericana. Madrid. Año 2002

El aprendizaje y la memoria experimentan un declive importante con la edad, que se traduce en el rendimiento de la memoria de trabajo, en el recuerdo (memoria episódica o explícita) y en la velocidad de procesamiento de la información. Ambos procesos aprendizaje y memoria están muy relacionados.

*“Aprender significa adquirir nuevos repertorios de conducta, poder hacer una actividad que antes no se podía hacer. Aprender significa también dejar de realizar ciertas conductas no deseables que antes se realizaban y pueden ser consideradas nocivas o peligrosas.”*³ (Soledad Ballesteros Jiménez)

El aprendizaje no es sólo conceptual como lo entendemos cuando estudiamos una materia en el colegio o la Universidad. Las personas mayores deben realizar nuevos aprendizajes motores (manejar una silla de ruedas o aprender a usar un nuevo electrodoméstico o tocar un instrumento) o nuevos aprendizajes procedimentales adquiriendo nuevas habilidades o destrezas (saber hacer algo).

Hoy en día se considera que, los adultos mayores que tienen un envejecimiento normal y no sufren demencias, mantienen su capacidad de aprendizaje durante toda la vida.

La variedad y cantidad de aprendizajes que un adulto mayor puede realizar es muy grande, en todos los puntos del país en que se ofrecen posibilidades a través de distintos programas y universidades de tercera edad los mayores concurren masivamente a los cursos, aprovechando el tiempo libre que surge post- jubilación para realizar actividades productivas, estimulantes y en muchos casos reparatorias dado que en la etapa activa no había disposición de tiempo para ello.

3 Soledad Ballesteros Jiménez Aprendizaje y memoria en la vejez. Universidad nacional de educación a distancia. año 2002

¡OJO!

Es cierto que las personas mayores sanas van a requerir más tiempo y esfuerzo en aprender, que los más jóvenes no sólo por las modificaciones respecto de la edad, sino por el temor al fracaso y a las nuevas tecnologías que manifiestan los adultos mayores.

Respecto a los sistemas de archivo de la información, los adultos mayores no tienden a categorizar, no aparecen estrategias de organización del material que se debe recordar o aprender de manera espontánea.

Son funciones no ejercidas que una vez que se promueven, mediante un taller de estimulación cognitiva da como resultado la capacidad de aprendizaje en la vejez.

Para precisar entonces la magnitud de las fallas cognitivas y en función de ello confirmar o descartar la presencia de deterioro, se llevan a cabo exámenes específicos que cuantifican las funciones mentales, denominados "examen neuropsicológico cuantitativo" o "examen, pruebas o tests psicométricos".

Los hay de distinta complejidad y longitud, desde pruebas simples que pueden efectuarse "al pie de la cama" hasta baterías de test que requieren varias sesiones para completarse.

También varían en su orientación y objetivo, ya que hay pruebas diseñadas para el diagnóstico del deterioro en general, para el lenguaje, orientadas a la enfermedad de Alzheimer, al deterioro vascular, a la depresión, etc.

Pueden ser efectuadas por médicos o no médicos (psicólogos, fonoaudiólogos), pero siempre deben serlo por personas entrenadas.⁴

Antes de avanzar vamos a repasar las definiciones de memoria dado que hablamos en singular (de la memoria) pero en realidad tenemos que hablar de las distintas memorias (en plural).

Definiciones de memoria

La memoria y el aprendizaje son 2 procesos íntimamente relacionados.

El aprendizaje es el proceso de adquirir nueva información mientras que la memoria se refiere a la persistencia de ese aprendizaje en un estado tal que pueda utilizarse más tarde. (Squire 1987)

La memoria no es una habilidad mental única, existen varios tipos de memoria.

La organización estructural de la información en la memoria se desarrolla en 3 fases, descritas por Signoret en 1987/88:

- **MEMORIZACION** o codificación que implica poner en memoria: son procesos que permiten percibir una información nueva, operar sobre la misma utilizando los conocimientos almacenados e introducirlos en la memoria
- **CONSERVACION** o almacenaje: conservación de los trazos mnésicos hasta que estos son necesarios para su utilización, implica archivar en memoria.
- **RESTITUCION** o recuperación son los procesos que permiten utilizar todo lo archivado. La restitución puede ser espontánea (recuerdo libre) o facilitada (recuerdo con claves y reconocimiento), implica reponer en memoria.

⁴ Fustinoni, Osvaldo. *Deterioro cognitivo y demencia*.

La memoria a largo plazo no es un sistema único sino una combinación compleja de subsistemas de memorias, mezcla de funciones complejas.

Podemos distinguir 2 sistemas separados, descritos por Tulving en 1972:

- La **memoria declarativa** que incluye la **memoria semántica** y la **memoria episódica**.
- La **memoria procedural**.

La memoria declarativa contiene datos, conceptos y hechos que se han obtenido por aprendizaje a través del tiempo. Almacena eventos ocurridos en un tiempo y espacio determinado, son hechos accesibles a la conciencia. El conocimiento declarativo es el conocimiento de algo.

La memoria semántica se refiere a los conocimientos generales que poseemos: hechos, reglas vocabulario, no se puede referir a un momento preciso de aprendizaje y no tiene referentes temporales. Incluye conceptos generales: que es el desayuno, que es la patria, que es la higiene, como ir al cine. Se trata de conocimientos conceptuales, lingüísticos y culturales.

La memoria episódica es un archivo de los hechos de nuestra historia individual. Retiene información sobre hechos ocurridos en la vida de las personas en un determinado tiempo y lugar. "Es el conocimiento de sí mismo", "una de sus formas es la memoria autobiográfica". (Acrich de Gutmann). La persona recuerda donde, cómo y con quién ocurrió determinado hecho. Incluye no solo el concepto sino el dato preciso: desayuné con Alicia el sábado 24 en el café de siempre.

La memoria procedural también es un conjunto de diferentes habilidades, hábitos y procedimientos que se han aprendido. Incluye habilidades motoras y cognitivas: andar en bicicleta, caminar, tocar el piano, manejar un auto. Son habilidades menos intelectuales que requieren práctica, ejercitación y automatismo. Esta memoria se refiere a cómo hacer algo. Es una forma de memoria implícita, el sujeto no es consciente o capaz de situar el lugar o momento en que se produjo la adquisición o el aprendizaje.

La percepción de la información que llega a nuestros sentidos es registrada en la **memoria sensorial**. Si la información proviene de los órganos de la visión es llamada **memoria icónica** si proviene del aparato auditivo se denomina **memoria ecoica**. La duración de la memoria sensorial o reciente es muy corta, apenas segundos.

La memoria de corto plazo o inmediata o primaria mantiene la información que recibe desde la sensorial durante un lapso de tiempo muy corto, menos de un minuto. Tiene una capacidad limitada u temporaria puede perderse rápidamente por la entrada de una nueva información o por disminución en el tiempo. Es muy sensible al efecto de la interferencia.

Se evalúa por la repetición de una serie de dígitos llamada span (ingleses) o empan (franceses), son el número de elementos que pueden ser recordados inmediatamente sean dígitos o palabras: igual a $7+/- 2$. En el recuerdo inmediato de una lista de palabras normalmente se recuerdan los 2 o 3 primeros ítems y los 2 últimos. Está relacionada con el "efecto de recency" o recuerdo de los ítems más recientes.

Cuanto más tiempo se mantenga la información en la **memoria de corto plazo (MCP)** más probabilidad tendrá de pasar a la **memoria a largo plazo (MLP)**

La memoria a largo plazo o secundaria es la que mantiene la información desde varios minutos a muchos años. El proceso de **archivo** de la información como MLP comienza cuando ingresa en la MCP y continúa mientras la información está allí. La información se almacena con relación al significado o sea que tiene una codificación semántica. Dentro de la MLP se distingue un componente **reciente** y otro

remoto.

Este modelo desarrollado por Atkinson y Schiffrin es un modelo de almacenes de memoria (a corto y largo plazo) ahora veremos el modelo posterior desarrollado por Baddeley que es más dinámico.

La memoria operativa o memoria de trabajo

En 1974 Baddeley desarrolla un modelo de memoria a corto plazo llamada **memoria de trabajo (working memory)**.

Esta consiste en un espacio de trabajo o memoria buffer en la cual se mantiene la información mientras está siendo procesada. Por ejemplo cuando el sujeto debe recordar 6 dígitos al mismo tiempo que está haciendo otro aprendizaje o prueba de razonamiento. **Entonces esta memoria realiza simultáneamente un procesamiento y almacenamiento de la información.**

Este es un sistema de capacidad limitada que permite el mantenimiento temporario de la información y a la utilización de la información durante la realización de pruebas cognitivas de comprensión, razonamiento y aprendizaje. Está compuesto por un **administrador central Y 2 sistemas accesorios: el bucle articulatorio(o fonológico) y el registro visuo- espacial.**

El administrador central es un sistema de control atencional que supervisa y ordena la información que proviene de los 2 sistemas accesorios, libera una parte de sus capacidades para realizar las pruebas cognitivas más exigentes.

El **bucle fonológico** es un sistema de archivo mnésico que almacena información de tipo verbal y el **registro visuo-espacial** es un sistema temporario empleado para crear y manipular imágenes mentales visuales no verbales. Esta memoria trae las informaciones que le son necesarias para realizar las pruebas del archivo a largo plazo, usando una memoria conciente activa y otra memoria inconsciente pasiva.

Entonces la memoria designa una función que permite:

- REGISTRAR INFORMACION (codificación o adquisición).
- CONSOLIDAR INFORMACION (almacenaje).
- RESTITUIR INFORMACION (recuperación de los recuerdos).

Para ampliar este tema recomendamos la lectura de:

- Baddeley, A. Memoria Humana Teoría y práctica .Madrid Mc Graw- Hill año 1999
- Ruiz Vargas, J. M. La memoria humana. Función y Estructura. Madrid: Alianza. Año 1994

ACTIVIDAD 2 DE REPASO CONCEPTUAL:

1. ¿Es la memoria una estructura unitaria de la mente o no? El problema de la naturaleza unitaria o múltiple de la memoria.
2. ¿Cómo y por qué es que a veces nuestra memoria falla?
3. ¿Puede discriminar las distintas memorias que hemos mencionado?
4. Describa los mecanismos básicos que explican el declive cognitivo en el envejecimiento normal
5. ¿Cómo relaciona los conceptos de Aprendizaje y Memoria?

ACTIVIDAD 3

Preguntas generales para autoevaluar memoria o para realizar una evaluación cualitativa de la memoria.

¿Ud. nota cambios en el funcionamiento de su memoria?

¿Le preocupan estos olvidos?

¿A qué puede atribuir las dificultades de memoria? ¿Por qué cree que esto le ocurre?

¿Qué olvida?

- ¿Cosas que le contaron el día anterior, o algunos días antes y es necesario recordárselas?
- ¿Cuándo ha sucedido algo, por ejemplo, si fue el día anterior o la semana pasada?
- ¿Detalles de su rutina diaria, o un cambio en la rutina diaria?
- ¿Números de teléfono, que sabe porque los usa habitualmente?
- ¿Números que quiere recordar y hace tiempo que no usa?
- ¿El lugar que visitó en las últimas vacaciones?
- ¿En la conversación que está desarrollando, no puede encontrar la palabra que necesita?
- ¿Pierde el hilo de la conversación y no recuerda que quería decir?
- ¿Pregunta varias veces la misma cosa, sin recordar que ya lo ha hecho?
- ¿Le ocurre que quiere decir algo pero se olvida que era lo que iba a decir?
- Cuenta una historia que ya la ha contado antes? (como si fuera la primera vez)
- ¿Puede recordar el nombre de alguien muy conocido: Un familiar, un vecino, un personaje de la televisión? (al paciente y al familiar)
- ¿Puede reconocer a la persona, pero no puede ponerle el nombre? (al paciente y al familiar)
- ¿Se pierde algunas veces? ¿En lugares conocidos o que no frecuenta? ¿Se equivoca cuando va a un lugar habitual?
- ¿Verifica varias veces si cerró el gas, la puerta, o si tiene las llaves? (¿Antes era obsesivo?)
- ¿Olvida donde dejó los anteojos o las llaves? (u otros objetos de uso frecuente)
- ¿Recuerda lo que ha leído recientemente o el argumento o actores de una película del cine o televisión?
- ¿Olvida algo que le han contado hace solo un momento?
- ¿Olvida los medicamentos, o tareas que debía realizar?
- ¿Hay alguna tarea que antes realizaba y ha olvidado como se hace: escribir, manejar, coser, cocinar?

ACTIVIDAD 4

Pídale al paciente que:

Lleve un registro durante una semana anotando día por día si se han producido algunos de estos olvidos:

1. olvidar lo que se iba a decir
2. comprobar si ya realizó alguna acción: cerrar con llave, cerrar el gas
3. olvidar el nombre de alguien: ¿de quién? ¿Es una persona que ve con frecuencia? ¿O no?
4. ir a buscar algo a algún lugar y olvidar qué iba a buscar.
5. no encontrar un objeto de uso frecuente: anteojos, llaves, monedero.
6. olvido en la toma de una medicación
7. olvidar citas o tareas que iba a desarrollar
8. otros olvidos: especificar

Luego de ver la unidad correspondiente ¿podría explicar a que se deben cada uno de estos Olvidos? ¿Hay fallas en la atención, concentración? ¿Actividades realizadas en forma automática?

¿Qué consejo le daría al paciente para mejorar este problema?

Talleres de estimulación de la memoria

Un método de estimulación es un conjunto coherente de ejercicios cuyo objetivo es el entrenamiento cognitivo. Un programa de taller de memoria es una propuesta de actividades cognitivas que posee 3 objetivos:

- Psicotécnico: Facilitar a las personas el uso efectivo de estrategias para la resolución de determinadas tareas intelectuales.
- Neurobiológico: obtener beneficios en términos de modificaciones cerebrales, estructurales y funcionales.
- Psicológico: desarrollar motivaciones, afrontar las dificultades y desafíos intelectuales, generando autoconfianza y desarrollo personal.

Cuando trabajamos con pacientes que presentan declive cognitivo propio del envejecimiento normal hablamos de grupos de entrenamiento cognitivo: son grupos dirigidos a personas que presentan quejas respecto del funcionamiento de su memoria, que desean mejorar su rendimiento cognitivo pero que no presentan patología de tipo demencial.

Cuando trabajamos con pacientes que presentan patología orgánica es decir que presentan un cuadro demencial de tipo Alzheimer, o una demencia vascular, o de Pick o secuelas de un accidente cerebro vascular hablamos de grupos de estimulación de rehabilitación dado que la tarea de estimulación cognitiva tiene por fin rehabilitar funciones que se encuentran dañadas producto de una patología previa.

“Un método de estimulación mental (o activación cerebral o de funciones intelectuales o de estimulación de la memoria) se implementa para limitar la declinación de las capacidades de las personas que presentan quejas de memoria y que consideran que estos trastornos les ocasionan dificultades en su vida cotidiana y

les provoca un sentimiento de incapacidad.

Se implementa también en personas que sin presentar quejas de memoria se preguntan si aún son capaces de aprender, como ayuda preventiva y educativa que calma la ansiedad y permite discriminar que capacidades que aún se conservan cuando el sujeto no está en actividad o después de años de jubilación.”⁵

Este método consiste en una serie de ejercicios de aprendizaje, combinado con técnicas de memorización y ejercicios que refuerzan la atención y concentración.

El terapeuta debe ayudar al sujeto a identificar el proceso mental personal, sus capacidades innatas, los recursos que naturalmente y sin conciencia, despliega cotidianamente para recordar o memorizar, a fin de reforzar estos mecanismos.

Se basa en la comprobación de que el funcionamiento intelectual en la vejez es PLASTICO y MODIFICABLE, implica que por estimulación se producen cambios NEUROQUIMICOS y ESTRUCTURALES en el cerebro del adulto mayor.

La intervención cognitiva se fundamenta a nivel biológico en el concepto de neuroplasticidad que fue desarrollado en la década de los ochenta y describe al cerebro como un órgano dinámico, que cambia en forma constante, tanto en su arquitectura como en sus relaciones funcionales (a través de la estimulación se forman nuevas conexiones que implican nuevas sinapsis) y a nivel psicológico en la capacidad de aprendizaje.

Estos entrenamientos pueden compensar y prevenir el **declive normal**, sin embargo nadie asegura que estas intervenciones puedan compensar el déficit cognitivo que conllevan las demencias (de lo cual hablaremos en el punto correspondiente)

Llamamos **declive normal** en términos de Weschler a la declinación intelectual que proviene con la edad, son decrementos relativos que no impiden ni incapacitan al sujeto para llevar una vida autónoma y productiva y llamamos **deterioro patológico** a aquel consecutivo a una lesión o disfunción cerebral.

Las concepciones biológicas del funcionamiento intelectual asocian exclusivamente su declive a cambios involutivos en las estructuras, funcionamiento y neuroquímica cerebral. El proceso de envejecimiento está influido también por la edad, aspectos socioambientales, educación y aspectos individuales.

El cerebro es el sustrato físico de la inteligencia: su evolución, desarrollo e involución se genera por estimulación cultural. Lerner (1981) concluye que hay evidencia empírica que avala la existencia de cambios neuroquímicos y estructurales en el cerebro humano del adulto mayor producido por manipulaciones ambientales. A esto llamamos **plasticidad cerebral**: a que el funcionamiento intelectual en la vejez es plástico y modificable.

En 1986 Willis y Baltés hicieron una experiencia para demostrar la efectividad de los entrenamientos sobre el funcionamiento del sistema cognitivo. Agruparon a las personas según 2 categorías:

- 1) Con declive en el funcionamiento normal
- 2) Sin declive en el funcionamiento normal durante los últimos 14 años.

Se entrenó a los sujetos con y sin declive y los resultados fueron que TODOS los sujetos mejoraron sus ejecuciones después del entrenamiento, pero los que presentaban declive fueron que más se beneficiaron porque mejoraron en las habilidades deficitarias respecto de los sujetos sin declive.

Dado que el trabajo de estimulación **no** es una situación de test, se puede prestar ayuda. Es importante la toma de conciencia de parte del participante de las

5 Mercedes Acuña, Magalí Risiga *Talleres de entrenamiento cerebral* Paidós

funciones intelectuales que se movilizan a la hora de hacer el programa de ejercicios. Un programa de estimulación cognitiva es un método preventivo y una técnica de mantenimiento para los trastornos cognitivos que sobrevienen con la edad, por ello no restituye la memoria a pacientes con demencias o síndromes neurológicos graves o amnesias.

Los métodos de estimulación fueron diseñados para ser aplicados a las alteraciones de memoria asociadas a la edad que se definen como: olvidos que refieren personas mayores de 50 años, especialmente de nombres y algunos datos, sin otros síntomas y sin deterioro, el cuadro es estable y se refiere a una disminución del rendimiento. Los ejercicios que se proponen en los métodos de estimulación se adaptan a pacientes con deterioro cognitivo producto de patología demencial.

La posibilidad de estimular a estos pacientes dependerá del momento de la enfermedad en que se encuentre, del nivel cultural de paciente, de la disposición del mismo para trabajar con el terapeuta y de la creatividad del profesional para acceder al mundo del paciente con deterioro cognitivo.

Lilien Israel es una de las psicólogas que propone un método que combina acciones pedagógicas con aspectos terapéuticos.

“La memoria no es una función aislada o independiente. Está íntimamente ligada a la motivación la afectividad, la emoción y la inhibición del sujeto. Está en estrecha relación con la atención, la percepción, la inteligencia y la imaginación. Aparece como la resultante de una serie de actividades y aptitudes que permiten establecer mojones en el tiempo y el espacio. Su mejoría supone el entrenamiento de los mecanismos mentales subyacentes”. (Lilien Israel)

Las técnicas y estrategias de memoria facilitan el recuerdo, nunca lo aseguran totalmente.

Las estrategias y técnicas para mejorar la memoria requieren tiempo y esfuerzo de aprendizaje.

El trabajo de estimulación puede realizarse individualmente diseñando un modelo de trabajo para las necesidades específicas de una persona en particular. Cuando la estimulación puede realizarse en el marco de un grupo tiene otras ventajas: permite un espacio de elaboración de la angustia frente a los olvidos, dado que el grupo otorga un espacio de pertenencia, favorece el intercambio de experiencias, incrementa la autoestima y se estimula un posicionamiento distinto frente a la familia.

El objetivo fundamental de esta modalidad de trabajo es facilitar estrategias efectivas para resolver distintas tareas intelectuales y dificultades de desempeño en la vida cotidiana. Debe informarse al paciente acerca de su funcionamiento cognitivo y de su problemática en particular.

Cualquier programa de intervención psicológica debe comenzar por el análisis del problema que se quiere resolver: por tanto es importante realizar pruebas de screening (antes de comenzar el entrenamiento cognitivo) para tener una idea global del funcionamiento cognitivo del paciente.

La evidencia empírica basada en autoinformes de memoria sugiere que en la vejez hay mayor tasa de olvidos en las actividades diarias y una mayor preocupación por los fracasos de memoria.

El proceso de evocación se lentifica, por ejemplo en el caso de la memoria de nombres propios. Como los mecanismos de búsqueda son mas lentos, los nombres buscados aparecen pero después de una cierta espera a veces de segundos y otra de minutos.

Esto genera mucha irritación, temor y malestar en muchos adultos mayores.

En los viejos, los olvidos contribuyen a un sentimiento de pérdida del control sobre el propio comportamiento. El aumento de la ansiedad (frente a este proceso de

lentificación que el adulto mayor iguala a olvido) impide usar los mecanismos de búsqueda.

Una persona mayor cuando comete un error se dice a sí misma “esto pasa cuando uno envejece” alguien más joven puede ignorarlo o atribuirlo a que estaba distraído, pensando en cosas más importantes.

Por eso es importante lo PSICOEDUCATIVO ⁷: informar al paciente acerca de lo que le pasa, en un programa de estimulación vamos a proveer información acerca de cómo funciona la memoria, cómo se ve afectada por la edad, por la jubilación, por la calidad del sueño, por la ansiedad, los duelos, la depresión y por factores afectivos o emocionales.

Los problemas más frecuentes son:

- Olvidos de acciones que ocurren cotidianamente.
- Incapacidad para recordar nueva información.
- Combinación de factores relacionados con la distracción, la mala concentración, la ansiedad, el repliegue producido por depresiones o atravesamiento de duelos normales.

La memoria no trabaja aisladamente ni desvinculada de la afectividad y los conflictos psicológicos: está relacionada con todas las funciones intelectuales superiores, por ello ustedes verán que los ejercicios de estimulación cognitiva apuntan a trabajar con las distintas funciones cognitivas.

No podemos trabajar la memoria desligada de la asociación, o de la categorización, de la imaginación, del lenguaje, cada ejercicio que trabajemos apuntará a mejorar el funcionamiento de la memoria y varias funciones cognitivas simultáneamente.

Toda acción que se emprenda para lograr una mejor comunicación y la movilización del paciente tiene un efecto psicoterapéutico.

En 1982 Yasevage y Karasu hablan de “la psicoterapia dinámica de apoyo” aplicable a pacientes que han sufrido demencias y tienen una mayor dependencia hacia los demás y sufren de una disminución de sus relaciones y actividades. Ellos consideran que los esfuerzos del terapeuta se tienen que encaminar a lograr que el medio se adapte al paciente y no a la inversa.

Yale (1989) dividió el trabajo grupal con pacientes con Alzheimer inicial en 3 áreas interrelacionadas:

- Disminución del sentimiento de soledad
- Facilitación del trabajo de duelo
- Intercambio de información.

Haciendo una revisión sobre la **terapia grupal en ancianos con deficiencias cognitivas** Gilewski (1986) encontró gran variabilidad tanto en los diagnósticos como

⁷ Este concepto se trabaja mucho en la psicología cognitiva. Desde esta área se considera que el paciente y la familia tienen derecho a obtener información acerca de su diagnóstico y tratamiento.

en las técnicas grupales utilizadas.

Para él en todos los trabajos presentados el denominador común era la carencia de rigor en los métodos que permiten apreciar los resultados del trabajo en grupo. En casi todos los estudios se afirma que se obtuvieron buenos resultados y ningún artículo señala un resultado negativo.

Lo que va quedando claro es que la terapia grupal con esta población sirve más para preservar el funcionamiento y reducir los síntomas que para obtener un efecto curativo.

Los beneficios que se registran son:

- Mejoría del estado de ánimo del paciente y el entorno.
- Mejoría del funcionamiento cognitivo y conductual.
- Disminución de los efectos negativos de la institucionalización.

Yesavage y Karasu (1982) diseñan un modo de abordaje que incrementa la capacidad de concentración y de memorización en pacientes con una demencia moderada. Para ellos las fallas de memoria muchas veces responden a una respuesta inconsciente del adulto mayor frente a expectativas socioculturales, en el sentido que con el envejecimiento va perdiendo la memoria, es decir actúa como se espera que lo haga y se vuelve un viejo olvidadizo.

Estos autores opinan que la relajación en cualquiera de sus formas al disminuir la ansiedad y aumentar la concentración favorece una mejor disposición para la tarea intelectual.

La concentración falla por la presencia de pensamientos ansiógenos o angustiantes. , usan la técnica de detener el pensamiento.

Consideran que el entrenamiento de la memoria debe iniciarse después de obtener un incremento en la capacidad de concentración.

Taylor y Yesavage diseñaron un programa de entrenamiento cognitivo que se realiza en 3 etapas, cada una de las cuales dura 3 semanas a razón de 1 sesión semanal de 1 hora y media de duración: 1) Se entrena la concentración, se favorece el desarrollo de la percepción, se realizan ejercicios visuales y de atención. 2) Entrenamiento de la memoria especialmente con el método loci y 3) implementación de las técnicas en la vida cotidiana. De esta manera consideran que actúan en las tres fases del proceso de memorización:

- Atención.
- Fijación y consolidación.
- Recuperación de la información.

Si el trabajo es realizado en un marco grupal facilita el contacto entre los miembros, permite compartir problemáticas similares, evita que el paciente se avergüence de su problema y pueda poner en palabras los miedos frente a las situaciones de fallos de memoria.

Especialmente en los geriátricos es una actividad que corta el aislamiento entre los alojados. Les permite reunirse en torno a una actividad cuyo fin es mejorar la calidad de vida, reposicionarse frente al grupo, destacarse y relacionarse con sus compañeros.

El participante debe reconocer sus dificultades pero también las capacidades

que todavía mantiene conservadas, reconocer y valorar los recursos de los que todavía dispone, hacerlos conscientes e incrementarlos, a fin de desarrollar estrategias para compensar los trastornos de memoria que padece.

Esto permite el mejoramiento en la calidad de vida del paciente dado que ayuda a desenvolverse de manera más autónoma en las actividades de la vida diaria y a sostener su independencia el mayor tiempo posible.

Para ampliar este tema recomendamos:

- *Talleres de Activación cerebral y entrenamiento de la memoria.* Paidós Editorial Buenos Aires 1997
- Danielle Lapp *Cómo mejorar su memoria a cualquier edad.* Emecé Editores año 1991
- Jocelyn de Rotrou *La memoria en plena forma* Ediciones Robinbook Barcelona año 1997

En el caso del paciente con deterioro cognitivo moderado a severo, la estimulación debe dirigirse a lo que aún conserva: sus capacidades sociales, intelectuales, habilidades o ciertas actividades placenteras que ha podido desarrollar.

Tenemos que insistir en trabajar para lograr un desenvolvimiento más autónomo en la vida cotidiana: comer, caminar, cocinar, escribir, vestirse, contener esfínteres, etc.

Para ello se requiere tiempo, dedicación del cuidador y la familia para aceptar y llevar a la práctica nuestras sugerencias.

Consideraciones prácticas:

¿Cuáles son las funciones que vamos a estimular?

- Memoria biográfica e identidad.
- Percepción.
- Atención y concentración.
- Imaginación.
- Fluidez verbal y vocabulario (para favorecer la comunicación y socialización).
- Visualización (Imagen mental).
- Orientación temporo-espacial.
- Recuerdo, reconocimiento y reminiscencia.
- Razonamiento.
- Organización de la información mediante la categorización, clasificación, asociación y reglas mnemotécnicas.

Cuando armamos un programa de estimulación para un paciente o un grupo, es muy importante tener un criterio por el cual seleccionamos los ejercicios.

Si tenemos la posibilidad de evaluar al participante podremos saber cuáles son las funciones más conservadas y que debemos reforzar para sostenerlas y cuáles son los aspectos con mayor deterioro para apuntalar.

Resolver si comenzamos por lo que falla o por lo que funciona es una decisión que incide en la relación terapéutica, obtener vínculo de confianza con el paciente que presenta problemas de memoria requiere tiempo y paciencia.

Los ejercicios deben ser adaptados al nivel cultural y educativo del paciente y no solo a su nivel de declive o deterioro.

Es importante que los elementos que se utilicen sean atractivos y no sean materiales regresivos o infantiles.

Se debe presentar con claridad la consigna y debe explicarse la utilidad del ejercicio para la vida cotidiana.

Tenemos que tener ejercicios con distintos niveles de complejidad para presentar en una misma sesión. Comenzamos con un ejercicio más sencillo para una entrada en calor o familiarización con el material y vamos complejizando la tarea hasta donde el sujeto o el grupo lo permitan. A veces creemos que un ejercicio es simple y para el participante es complejo y otras veces pensamos que el trabajo que proponemos es muy complicado y el grupo o el participante nos sorprende porque le resulta muy sencillo.

Vamos a diferenciar 3 modalidades de trabajo posibles en relación a la estimulación:

- *Talleres de entrenamiento cognitivo:* están dirigidos a personas sanas que presentan declive observable en el envejecimiento normal, se quejan de su rendimiento intelectual, buscan un dispositivo que les permita mejorar su performance cognitiva, conocer sus recursos cognitivos, aprender a implementar estrategias para memorizar y optimizar su funcionamiento intelectual.
- *Talleres de rehabilitación cognitiva:* están dirigidos a personas que padecen algún deterioro producto de una enfermedad: acv, etc.
- *Talleres de estimulación cognitiva:* están dirigidos a personas que padecen trastornos cognitivos tanto por enfermedad orgánica (DSTA) como por falta de estimulación ambiental por internaciones prolongadas, soledad o aislamiento social.

¿Cómo es el grupo ideal para trabajar en un taller de entrenamiento o estimulación cognitiva?

- Entre 8 y 12 participantes de modo que todos puedan contestar y participar
- Homogeneidad respecto al nivel educativo y cultural para presentar una actividad atractiva y accesible a todo el grupo
- Homogeneidad respecto al declive o deterioro cognitivo dado que las propuestas de trabajo son diferentes.
- La duración de la actividad puede variar: entre cuarenta minutos a una hora y media, de acuerdo a la capacidad de concentrarse del grupo, de la dificultad y variedad de las actividades propuestas.

Bibliografía recomendada

- L. Israel Método de entrenamiento de la memoria (1988)
- Cómo mejorar su memoria a cualquier edad. Danielle Lapp. Emecé Editores. año 1991
- Evaluación e intervención psicológica en la vejez. Rocio F. Ballesteros. Ed. Martínez Roca
- Posibilidades de intervención frente a los trastornos de memoria asociados a la edad. Luisa Acrich de Gutmann en La vejez, una mirada gerontológica actual. L. Salvarezza compilador. Ed Paidós.

- Aprendizaje y memoria en la vejez. Soledad Ballesteros Jiménez. Publicado en España por la Universidad Nacional de Educación a distancia.
- Cómo mejorar su memoria a cualquier edad. Danielle Lapp. Emecé Editores .año1991
- Baddeley, A. Memoria Humana Teoría y práctica .Madrid: Mc Graw- Hill. año1999

ACTIVIDAD 5

Modelo de sesión de taller de estimulación cognitiva

En una sesión de Taller de Memoria vamos a trabajar con un grupo centrado en la tarea.

¿Recuerdan qué es un grupo centrado en la tarea? Lo que motiva su existencia.

La tarea explícita consiste en estimular al participante a comunicarse, a desplegar sus capacidades, a trabajar en la estimulación cognitiva, a promover el relato de reminiscencias para recapturar la memoria biográfica y la identidad narrativa.

Uds pueden proponerse como coordinadores una tarea implícita: retrasar en lo posible el deterioro cognitivo, mejorar el estado de ánimo a partir de una actividad placentera, reposicionar al paciente enfermo en un lugar de sujeto, etc.

Lo particular de los talleres de memoria es que están dirigidos a personas con deterioro cognitivo que muchas veces no encuentran suficiente motivación para participar, ni energía suficiente para llevar adelante la propuesta sin la presencia del coordinador del taller.

El coordinador debe crear las condiciones para que la tarea pueda realizarse, tiene que asumir una posición activa dado muchos pacientes están invadidos por el desánimo, por la depresión que acompaña la enfermedad, por los prejuicios, por la descalificación del otro, etc.

El primer momento lo llamamos de Entrada en calor:

- trabajamos con orientación temporo espacial: especialmente con los pacientes institucionalizados y los que se quejan de que, por la rutina, todos los días son iguales, monótonos.
- Vamos convocando al grupo a conectarse entre sí, esto puede llevar un tiempo si el paciente se encuentra dormido, desmotivado, o muy medicado.
- Comenzamos con consignas simples a invitar a los participantes a salir del silencio. En este primer momento trabajamos con :

Vocabulario: decir nombres que comiencen con la letra A decir nombres de mujeres, nombres de varones, nombres de frutas, muebles, electrodomésticos, etc.

En un segundo momento vamos a realizar la tarea que elegimos para la sesión, por ejemplo:

- Un ejercicio de información general para trabajar memoria declarativa semántica.
- Un ejercicio de vocabulario en el cual podemos trabajar sinónimos,

antónimos, homónimos, fluidez verbal, expresiones de uso popular antiguas y modernas, construcción de frases promoviendo la comunicación entre los participantes, etc.

- Un ejercicio de razonamiento donde indagamos semejanzas y diferencias.
- Ejercicios para incrementar la agudeza sensorial.
- Ejercicios para trabajar funciones ejecutivas.

Tener en cuenta:

La consigna debe ser simple y clara, debemos recordar y reforzar la consigna, no olvidar que trabajamos con personas que se distraen, o no oyen bien o no recuerdan la consigna.

¡No utilizar materiales que infantilicen al paciente! Usar material sencillo, pero no infantil.

De todas las opciones posibles elegimos un sólo ejercicio para trabajar en profundidad, tenemos que dar participación a todo el grupo, permitiendo que cada uno realice lo que pueda de acuerdo a sus posibilidades cognitivas. Si para el grupo la ejecución de la tarea es sencilla podemos agregar otros ejercicios

En un tercer momento que es el cierre de la actividad vamos a remarcar cuáles son las funciones cognitivas que se trabajaron con el ejercicio elegido, podemos conversar acerca de la importancia de la estimulación en el mejoramiento de la calidad de vida en el envejecimiento.

Si uds quieren consultar textos en los que se planteen ejercicios para taller de memoria pueden consultar los siguientes textos:

- Jocelyn de Rotrou La memoria en plena forma Ediciones Robinbook Barcelona año 1997 Talleres de Activación cerebral y entrenamiento de la memoria. Paidós Editorial Buenos Aires 1997, Danielle Lapp Cómo mejorar su memoria a cualquier edad. Emecé Editores año 1991
- paginas web:
www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/familialzheimer
, www.neurologiacognitiva.org/ www.fundacioace.org/

ACTIVIDAD 6

Veamos un modelo de sesión para un grupo de estimulación con un declive moderado que se encuentra institucionalizado:

Modelo de sesión

Ejercicios para trabajar 3 funciones intelectuales simultáneas: Vocabulario, asociación y memoria.

De acuerdo al nivel de funcionamiento cognitivo este bloque de ejercicios puede realizarse en una sola sesión.

Cuanto mas entrenado se encuentra el grupo o el participante más sencillo será realizarlo y lo hará con más rapidez.

Como en este ejercicio vamos a trabajar con nombres propios la **entrada en calor** puede ser:

- Decir nombres de mujer que comiencen con la letra A
- Decir nombres de mujer que comiencen con la letra M
- Decir nombres de varón que comiencen con la letra C
- Decir nombres de varón que comiencen con la letra A

Buscar:

Sustantivos comunes dentro de los cuales se encuentran escondidos un nombre propio, por ejemplo: Hematomas o Hematomas. Debe encontrar por lo menos 5 sustantivos.

Nombres de varón escondidos dentro de nombres de mujer, por ejemplo: Enriqueta. Debe encontrar por lo menos 5 nombres.

Nombres de mujer escondidos dentro de otro nombre de mujer, por ejemplo: Rosaura.

Debe encontrar por lo menos 5 nombres.

Otra variante

Consigna: encuentre la mayor cantidad de palabras (sustantivos comunes) que incluyan el siguiente nombre.

- EMA
- ANA
- ALDO
- ABEL
- ROSA
- CORA
- ALMA

Prestar atención a si el paciente usa una estrategia de búsqueda para encontrar las palabras o las encuentra sólo por azar o asociación. **Es importante enseñar a usar estrategias de búsqueda de palabras.** Por ejemplo: coloque el nombre al principio y busque palabras que comiencen con EMA: emanación, emanciparse, coloque el nombre al final y busque palabras que terminen con EMA: enema, problema.

RECUERDE que es más fácil encontrar información si uno tiene una estrategia de búsqueda del material.

ACTIVIDAD 7

Veamos un modelo de sesión para un grupo sano de entrenamiento cognitivo. Para realizar la entrada en calor vamos a comenzar con un ejercicio de fluencia verbal semántica.

Consigna:

- Diga **alternadamente** un nombre propio masculino y el nombre de una calle de la Capital federal.
- Diga **alternadamente** un nombre propio femenino y el nombre de un país europeo.

EJERCICIO 1

En estos ejercicios vamos a trabajar no sólo con vocabulario, asociación y memoria, sino que agregamos categorización.

Recordar **Categorizar** es clasificar de acuerdo a un orden o jerarquía el material que se nos presenta para recordar.

Es otorgar un ordenamiento a un conjunto de cosas que percibimos y que debemos agrupar a fin de recordar más elementos con menos esfuerzo. Y en estos ejercicios la búsqueda se acota, no tengo que buscar cualquier sustantivo sino uno que corresponda a la consigna que es más precisa, por ejemplo:

- Buscar nombres de personas que a su vez sean nombres de un país.
- Buscar nombres de personas que a su vez sean nombres de un continente.
- Buscar nombres de personas que a su vez sean nombres de un animal.
- Buscar nombres de personas que a su vez sean nombres de un color.
- Buscar nombres de personas que a su vez sean nombres de un fenómeno de la naturaleza.
- Buscar nombres de personas que a su vez se encuentren en nombres de ciudades o sean al mismo tiempo el nombre de una ciudad.

EJERCICIO 2 (de dificultad media para personas con un alto nivel cultural)

Busque con las letras del abecedario nombres de personajes de cuentos y novelas: Pueden ser cuentos infantiles, personajes de cómics o historietas y protagonistas de novelas. NO VALE incluir autores de libros solo PERSONAJES FICTICIOS.

Este ejercicio trabaja, recuerdo, memoria remota y categorización, estamos trabajando 2 categorías al mismo tiempo: personajes ficticios (no personas reales) y con una letra determinada.

Consigna:

Encuentre un personaje que empiece con la letra A, con la letra B, con la letra C, se utilizan todas las letras del abecedario, incluso las que presentan mayor dificultad: Q, Y, W, K.

DESAFÍO PARA LOS ALUMNOS

Busque un nombre de varón que no tenga ninguna de las letras del nombre: CARLOS

Tiene que ser un nombre en español, no valen nombres ingleses como Kevin aunque se usen en la actualidad en nuestro país.

**¡Advertencia! NO VALE USAR LA COMPUTADORA ¡sólo búsqueda mental!
¡Éxitos!**

Resumen de la unidad

Recapitulamos sobre los procesos de memorización y trabajamos sobre las intervenciones con talleres de memoria en pacientes que presentan quejas de memoria.

Distinguimos el trabajo en grupos de estimulación, entrenamiento y rehabilitación cognitiva.

Desarrollamos el tema de estimulación cognitiva al que consideramos clave, por la prevalencia de trastornos de memoria que aparece en la población mayor. Si bien es diferente su aplicación de acuerdo a la presencia del declive o deterioro cognitivo los talleres de estimulación o entrenamiento cognitivo son una herramienta basal para mejorar la performance cognitiva en el envejecimiento llevando a una mejor calidad de vida y a mejorar el autoconcepto en los adultos mayores.

UNIDAD 3: ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS EN LAS DEMENCIAS

Introducción

En esta unidad vamos a trabajar sobre un tema clave: las intervenciones posibles en los cuadros de demencias. Un diagnóstico de demencia tiene repercusiones e implicancias profundas para el paciente y para su familia. ¿Que es la demencia? Un síndrome (no una única enfermedad) secundario a una afección cerebral que produce una declinación progresiva de diferentes aspectos de la función intelectual y que interfiere con el funcionamiento social y ocupacional del paciente.

No existe un modelo único de abordaje de estas patologías, dado que cada persona es única la rapidez con que la enfermedad progrese dependerá de cada persona, por ello en esta unidad veremos diferentes intervenciones posibles para los pacientes y sus familias.

Dado que la Enfermedad de Alzheimer es la demencia más frecuente en la población mayor (entre un 50 a 60% de los cuadros) nos referiremos con frecuencia a ella, PERO esto no quiere decir que sea la única enfermedad posible. Ustedes ya han visto la clasificación de demencias en otra materia con lo cual partimos de la base que ya poseen esa información.

Por qué usamos esta denominación estrategias terapéuticas ?

Por qué es un término amplio que apunta al diseño de un modo de intervención en el cual lo psicoterapéutico es una parte de la estrategia de abordaje, pero hay otras estrategias no farmacológicas que pueden traer efectos terapéuticos en el paciente y la familia.

No hay un único modo de operar sobre las demencias. Dada la diversidad de los cuadros y de los pacientes tenemos que poder diseñar un modo de trabajo diferente para cada uno de ellos y sus familias.

A través de las intervenciones no farmacológicas , si bien no se revierte el deterioro cognitivo asociado a la demencia, se puede mejorar la capacidad funcional y cognitiva del paciente, los estados de ánimo y las relaciones con la familia, la sobrecarga de la familia y el cuidador.

Desde el punto de vista psicológico las situaciones problemáticas aparecen por la dificultad de expresar sus propias necesidades y de ser comprendidos, por ejemplo: la agresividad se da con más frecuencia en situaciones de cuidado íntimo en los que la persona enferma se siente más vulnerable y amenazada. El paciente con demencia se ve desnudo frente a un otro al que no reconoce y tampoco comprende que se espera de el/ella.

Hay mucha variabilidad en los cursos de Alzheimer pero en general se observa una interacción inapropiada entre el sujeto y su entorno: hay una distancia atroz entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente: o se le pide más de lo que puede o menos.

Cuando se le pide menos de lo que puede, se pierde de trabajar y estimular las funciones que aún conserva, cuando se le pide más de lo que puede el paciente se angustia frente a la dificultad y no responde.

La línea de trabajo en las demencias es intervencionista : el éxito en las intervenciones está relacionado con el trabajo con la familia y el cuidador.

Como intervenir?

- Proporcionando información sobre la enfermedad: muchas veces la familia cree que el paciente simula síntomas, o se hace el que no entiende, o lo hace “a propósito porque siempre fue difícil”.
- Establecer directivas claras sobre el cuidado que requiere el paciente: protegerlo en su integridad pero permitirle hacer todavía, lo que está en condiciones de hacer por sí mismo.
- Trabajar sobre las reacciones de negación, culpa, enojo, frustración, autocompasión , depresión que aparecen en el paciente y en la familia cuando un familiar presenta un cuadro de deterioro cognitivo.
- Acompañar el duelo anticipado que se realiza frente a la desintegración del sujeto tal como lo conocimos, por el vínculo que tuvimos con él y que vamos perdiendo a medida que la enfermedad avanza.

Intervenciones terapéuticas en la familia:

- Contextualizar la problemática.
- Discriminar situaciones conflictivas familiares (de antigua data) que interfieren en el cuidado del paciente liberando agresividad y odio de parte del cuidador.
- Proveer una estrategia para mejorar la convivencia y retrasar la internación geriátrica.
- Bien acompañar la internación geriátrica en familias que por viejas conflictivas no resueltas, no pueden cuidar sin agredir. No todas las familias son capaces de cuidar este tipo de enfermos en su casa.
- Trabajo de contención e información con el cuidador: es importante trabajar sobre la culpa y las vivencias de muerte.

La enfermedad en la familia trae distintos malestares : depresión, sobrecarga, stress, ansiedad, problemas físicos.

Debe entrenarse al cuidador para cuidar mejor al otro y cuidarse mejor a sí mismo. Convivir durante un período prolongado con un enfermo con patología grave, genera depresiones, síntomas somáticos , alteraciones del sueño y el humor en el cuidador que no tiene un apoyo terapéutico individual o un grupal.

El bienestar de la persona cuidada y el del cuidador están muy relacionados: por ejemplo proporcionar psicoterapia al cuidador , o información acerca de la enfermedad, tiene efectos sobre las personas cuidadas.

El éxito de nuestra intervención NO ES la reversión de la conducta problemática sino reducir su severidad y frecuencia y encuadrar el problema.

Aunque el aprendizaje esté afectado el paciente es sensible al ambiente que lo rodea, se debe :

- Ignorar las verbalizaciones inapropiadas (insultos, agresiones) y atender a las verbalizaciones positivas.
- No criticar al paciente que se viste mal o se comporte inadecuadamente
- Alentar las conductas independientes con refuerzos: “ que bueno que estas

- aquí con nosotros” “ves que puedes hacerlo”
- Dar indicaciones verbales, ordenes simples :“ahora parate” y refuerzos “ muy bien!” para maximizar el estado funcional básico respecto de las actividades de la vida diaria.

En lo que respecta a definición y clasificación de los distintos cuadros que presentan deterioro cognitivo y demencias nos remitimos al módulo Psicología de la Mediana Edad y Vejez Capítulo 3 de Iacub que presenta una descripción detallada de la patología demencial.

A los efectos de este capítulo vamos a repasar la definición de demencia.

Voy a darles 3 definiciones posibles de demencia:

Es un síndrome (la demencia no es una sola enfermedad: existen varios cuadros demenciantes progresivos) que ha de entenderse como un declinar de determinadas funciones mentales superiores, entre ellas la memoria, debido a enfermedad física que se presenta en un paciente alerta al que le provoca incapacidad funcional definitiva. A estas dificultades se le añade un deterioro del pensamiento abstracto y de la capacidad de razonar que permiten clasificar la demencia como un trastorno de la inteligencia. Se pueden sumar cambios de tipo psiquiátrico, de la personalidad y el comportamiento que completan el cuadro sintomático. Es resultado es un deterioro en el funcionamiento social y ocupacional del paciente que representa un declive significativo del nivel previo de funcionamiento.

Podemos tomar una definición neuropsicológica:

Declive de funciones cognitivas en comparación con el nivel previo de funcionamiento del paciente, determinado por la historia del declive y las alteraciones apreciadas en el examen clínico y mediante tests neuropsicológicos.

O considerar una definición por síntomas clínicos (DSM IV) tal como la toma el texto de Iacub antes mencionado.

“Bajo esta denominación se entiende un deterioro global, progresivo e irreductible de las funciones intelectuales, debiendo evidenciar un trastorno tal que impida al sujeto cumplir con sus actividades cotidianas” (DSM IV)

Las áreas de sintomatología a explorar a fin de realizar un diagnóstico diferencial son:

- Cambios de conducta
- Cambios graduales (DSTA)
- Cambios bruscos y escalonados (DV)
- Cambios emocionales: ansiedad, agitación, falta de interés, exageración de rasgos previos de personalidad
- Presencia de Depresión
- Conciencia de enfermedad
- Cambios de conducta social: Deterioro del juicio social, agresividad, irritabilidad
- Cambios en el área intelectual: Memoria, dificultades laborales, desorientación espacio-temporal, praxias, lenguaje., pensamiento

abstracto, reconocimiento de objetos y sujetos.

Hablamos de un síndrome demencial cuando en la clínica aparecen las siguientes características:

- Nivel de conciencia normal : el paciente debe estar alerta y conciente.
- Ser adquirido: es una situación clínica que el paciente no poseía previamente.
- Ser persistente en el tiempo.
- Afectar a distintas funciones cognitivas y alteración del funcionamiento psicológico.
- Tener una repercusión apreciable: el trastorno es de suficiente importancia como para afectar el funcionamiento social, laboral y personal del paciente.

Se puede dividir la sintomatología de la demencia en 2 grupos:

- Síntomas cognitivos : memoria, apraxia, afasia y agnosia.
- Síntomas Conductuales y Psíquicos: depresión, delirios, deambulación, hostilidad.

Las características clínicas principales son:

- Afectación precoz de la Memoria
- Deterioro múltiple de las funciones superiores: Afasia, agnosia y apraxia, alteración del juicio y funciones ejecutivas
- Síntomas psiquiátricos y comportamentales (ver texto Judith Szulik)
- Progresión hacia la pérdida de independencia
- Evolución final hacia la pérdida de la capacidad de hablar, caminar, alimentarse y controlar esfínteres por sí mismo.

En este capítulo vamos a centrarnos en intervenciones que podemos realizar en los distintos cuadros demenciales, especialmente en la enfermedad de Alzheimer dado que es la mas frecuente en la población anciana.

La demencia en su conjunto afecta al 5% de las personas mayores de 65 años, incrementándose a medida que avanza la edad hasta alcanzar cifras del 30 % a los 85 años.

La forma mas frecuente es el alzheimer (entre un 60 y 70 %) seguida por la demencia vascular.

A mi criterio no hay programas standard para trabajar con pacientes con demencias dado que cada paciente es diferente y el curso de su deterioro es distinto.

El cuidado y acompañamiento de un paciente con DSTA es un proceso dinámico, cambiante, largo (dado que el curso de la enfermedad puede durar entre 10 y 20 años), oneroso económicamente y desgastante afectivamente.

Por tanto la familia debe buscar distintos tipos de apoyo emocional y psicoterapéutico a fin de poder acompañar el proceso. Entender la enfermedad permite cuidar al enfermo, al que cuida y evitar situaciones de maltrato y violencia. Saber aceptar el límite que cada uno tiene como cuidador permite utilizar la institución geriátrica como un dispositivo terapéutico en el momento adecuado.

Vamos a presentar distintos tipos de intervención no farmacológica en el campo de

la DSTA., estas intervenciones tienen como objetivo:

- que el paciente encuentre actividades que pueda disfrutar y baje niveles de angustia y ansiedad perjudiciales
- mantener las capacidades y habilidades funcionales e intelectuales que conserva en las distintas etapas de la enfermedad
- mejorar la calidad de vida del paciente y su familia

Estas son las técnicas que vamos a destacar:

- Técnica de orientación en la realidad
- Taller de reminiscencias
- Apoyo ambiental
- Mejorar la comunicación
- Actividades recreativas
- Intervenciones psicoterapéuticas

La técnica de orientación en la realidad (TOR)

Esta técnica fue diseñada a fin de rehabilitar a personas con un grado moderado o severo de desorientación espacial y temporal.

Se desarrolló tanto en Inglaterra como en Estados Unidos por Drumon y colaboradores (1978) y por Holden y Woods (1988).

Implica la presentación de información sobre la orientación y la memoria, relacionada con el tiempo, espacio y la propia persona. Se repiten datos reales y se implementan estrategias de socialización.

Esta técnica intenta reducir los problemas de confusión y desorientación que presenta el paciente a través de un recurso muy sencillo: se le provee al paciente constante información que le ayuda a orientarse repitiendo qué día de la semana es, en qué lugar se encuentra, su nombre y apellido, etc.

Se puede realizar de 2 maneras :

A) TOR Permanente:

Cada vez que un profesional/cuidador interactúe con el paciente, en cada contacto con él, se presentará y le recordará la misma información. La información debe presentarse en forma clara, lentamente, utilizando el contacto físico y la mirada. Para ello es necesario:

- Establecer un programa de actividades que facilite este trabajo y consiga disminuir las ocasiones de desorientación y confusión: si todo el día es uniforme, no hay actividades que rompan la monotonía del entorno, el paciente tenderá a dormir dado que no tiene por sí mismo motivación ni interés por realizar actividades significativas.
- Adaptar el entorno: éste debe ofrecer indicaciones orientativas continuas : grandes relojes, calendarios visibles, carteles con las actividades a realizar, letreros en las puertas, fotos/letreros con nombres en las mesas del comedor en los lugares asignados para sentarse, espejos, indicadores de circulación dado que los pacientes con enfermedad avanzada se pierden en el interior de

lugares conocidos (la propia casa o el geriátrico).

Esta modalidad es continua a lo largo de todo el día y requiere del cuidador una formación para ponerla en práctica.

B) Sesiones de Orientación en la realidad: forman la parte más formal o intensiva de la técnica.

Consisten en sesiones intensivas de grupos pequeños (entre 3 y 5 pacientes) de veinte a treinta minutos de acuerdo a la capacidad atencional del paciente (o grupo) y al grado de patología que presentan.

Se trabajan distintos aspectos de la orientación y se fomenta el contacto entre los participantes a través de la comunicación, de promover el diálogo, en un ambiente agradable para el paciente.

Se utilizan distintos elementos: calendarios, relojes , dibujos, recuerdos personales, fotos, libro de la memoria (realizado por el paciente con datos de su historia y su presente) y estimulación sensorial.

Holden y Woods diseñaron una escala de orientación en la realidad para la evaluación del grado de deterioro de pacientes con procesos demenciales, con el fin de facilitar la toma de decisiones en el momento de su asignación a grupos de orientación en la realidad.

Es muy importante no realizar 2 tareas simultáneamente, trabajar con una estimulación o un tema por vez.

Podemos combinar en una sesión de orientación en la realidad técnicas que inviten a la integración social proponiendo temas de conversación, incrementando la comunicación verbal entre los participantes, promoviendo mayor frecuencia en los contactos sociales, para contrarrestar la tendencia al aislamiento y al mutismo.

Los ejercicios que proponemos tienen que tender a:

- Guiar al paciente para localizar áreas claves en la vivienda, en el geriátrico, en el dormitorio.
- Identificar por colores y/o carteles la zona en que se encuentra, el personal que lo atiende dado que muchos pacientes conservan la capacidad de leer hasta muy avanzada la enfermedad.
- Proponer ejercicios de estimulación cognitiva sencillos: trabajando con la memoria biográfica, el vocabulario, la agudeza sensorial, praxias y gnosias conservadas, etc. De modo tal que cuando el paciente logra resolver las propuestas mejora la autoestima a la vez que hay una reducción de la ansiedad.
- Participación en talleres protegidos de cocina, pintura, actividades recreativas, estimulación con música, actividades físicas que refuercen las posibilidades que tiene aún de funcionar.
- Mejorar la calidad de vida del paciente en tanto que el programa propone mantener, aprender y sostener habilidades y comportamientos en la medida en que sea posible.

En cuanto a la eficacia de la TOR Holden y Woods (1995) identificaron 21 estudios, que comparaban el tratamiento de OR con otras alternativas de intervención. A pesar de la diversidad de los estudios analizados, se encontraron resumidamente las

siguientes conclusiones: a) aumento a través de sesiones de OR de puntuaciones en orientación verbal, en comparación con grupos de control, solamente uno de los estudios (Williams, Reeve, Ivison y Kavanagh, 1987) atribuyó cambios cognitivos a la OR-24 horas; b) los cambios conductuales y funcionales son menores que los cambios a nivel cognitivo en la mayor parte de los estudios analizados (Woods, 1996).

OJO!!!!

La TOR como terapéutica no se propone una curación de la patología demencial sino tiende a lograr el entretardamiento del curso de deterioro cognitivo.

Taller de reminiscencias

Aunque se ha cuestionado su utilidad es una de las actividades más frecuentemente incluida en los programas de intervención. A que llamamos reminiscencia?

“Reminiscencia se define como el acto o hábito de pensar sobre, relatar eventos o el recuento de experiencias pasadas, especialmente las más significativas de la vida personal.” (Harwood, K. 1989)

La reminiscencia es recordar y relatar momentos de la propia vida y su función a nivel psicológico es asegurar, redefinir, fortalecer, consolidar la identidad frente a los cambios y discontinuidades que se producen en función del proceso de envejecimiento.

Algunos autores (Thornton y Brotchie, 1987; Woods y McKiernan, 1995) en revisiones sobre este tipo de intervenciones analizan cambios a nivel cognitivo y conductual en pacientes que participan en este tipo de dispositivo terapéutico, y observan mejorías en los niveles de depresión.

Dado que la memoria remota es lo último que se deteriora se promueve esta técnica para trabajar la memoria biográfica y recuperar la identidad personal.

IMPORTANTE!!!!

No nos interesa que los recuerdos recuperados sean correctos o fidedignos sino que promuevan un estado de ánimo positivo.

Esto es muy importante porque cuando un paciente con DSTA está de buen ánimo, tranquilo, relajado, y no se encuentra triste o angustiado, necesita menos contención y medicación para equilibrar su estado de ánimo.

Nos interesa que la persona enferma pase de ser un objeto de cuidado a ser un sujeto con identidad e historia, el tiempo que sea posible.

Esta tarea se puede realizar en forma individual cuando el trabajo se realiza en el domicilio del paciente o en pequeños grupos en la institución geriátrica.

Esta técnica apunta a romper el aislamiento, promover la comunicación, cortar el silencio, estimulando la atención, concentración, incentivando la participación y socialización del paciente.

La posibilidad de recordar eventos de la vida y reminiscencias placenteras

posibilita trabajar también integrando a la familia: tratando de recuperar a aquel que fue, su historia y su esencia.

El uso de eventos pasados a fin de establecer un punto de contacto e interés con las personas con deterioro cognitivo, ha sido utilizado en sesiones de OR, pero el propio interés de este tipo de técnicas han hecho, que las mismas se desarrollen a modo de intervención propia. Este tipo de intervención ha sido utilizada tanto en forma individual como grupal.

Para trabajar con este tipo de taller se recomienda el uso de fotografías, música, archivos de recuerdos, videos, diarios, libros con fotografías, suplementos con historia de otras épocas, etc. que actúan como estímulos para esta actividad.

Existen diferentes definiciones y clasificaciones de lo que es la reminiscencia.

En un primer momento Coleman (1974) sugirió la existencia de tres tipos diferentes de reminiscencia:

- Reminiscencia simple: en la que el recuerdo del pasado provee una fuente de fortaleza y autoestima personal en el presente.
- Reminiscencia Informativa: donde el recuerdo de hechos pasados se usa como un camino para la adquisición y el recuerdo de contenidos.
- Historia de vida: Donde el análisis de las memorias de los sujetos pueden ayudar a integrar una imagen apropiada de uno mismo. (Trabajo con el libro de la memoria).

Otros autores como Watt y Wong(1991) propusieron una clasificación en la que incluyen seis nuevos tipos de reminiscencias. Esta clasificación es retomada por el Dr. José Umpierre para trabajar con la técnica de revisión de vida.

Reminiscencia

- Integrativa: la que pretende como función principal dar un sentido a la relación de la persona con su pasado. Según Umpierre permite “ identificar patrones de continuidad entre el pasado y el presente, encontrar significado y valor a la vida que se ha vivido para lograr significado y conciliación con el pasado”.
- Instrumental: la que aprovecha las experiencias vividas por el sujeto para la resolución y el afrontamiento de problemas actuales. Según Umpierre “éstas motivan al individuo a ser activo y sirve como un recurso contra la angustia”.
- Trasmisiva: se caracteriza por compartir sabiduría adquirida en el pasado, los valores éticos y morales y la herencia cultural, adquiridos en la vida ,en una época distinta. La persona que realiza la reminiscencia transmite a una generación más joven, algunos de los conocimientos y valores perdurables en el tiempo que el adquirió.
- Narrativa: se define como la descripción de hechos pasados, con el objeto de adquirir información biográfica, así como por el placer de narrarlos. Es contar anécdotas, datos y hechos del pasado en ausencia de juicios valorativos.
- Evasiva : en la que se utiliza la fantasía de algunos recuerdos, para poder

“escapar” de la situación actual en la que se encuentra el individuo.

- Obsesiva: en las que se observan ciertos problemas individuales para integrar situaciones problemáticas pasadas. Se recuerdan situaciones inquietantes, tristes, que atormentan al sujeto con culpa y reproches permanentes sobre su pasado.

Las actividades que pueden utilizarse en grupos de reminiscencia son diversas:

- Estimulación sensorial: recuperar recuerdos a través del olfato y el gusto , de temas musicales.
- Paseos recreativos a lugares conocidos por el paciente o a lugares estimulantes por ejemplo un museo, una exposición, etc.
- A partir de fotos personales y de la familia organizar un libro de la memoria que contenga datos de fechas de nacimiento, nombres , ocupación, hobbies, actividades, gustos, anécdotas,etc
- Conversaciones sobre situaciones de vida trabajando sobre al memoria biográfica y la identidad narrativa: a que colegio iba, nombres de amigos y familiares, el trabajo, los deportes que practicaba o intereses que sostuvo a lo largo de su vida
- Repaso de información que conserva en la memoria semántica: refranes, dichos, rimas y poemas, canciones e himnos patrios, etc.
- Recuerdo de información que conserva a partir de libros con fotografías de actores o personajes históricos, de acuerdo a los intereses del paciente.
- Talleres de arte : a través de la pintura, el dibujo, el collage, o la copia de dibujos simples relatar y conversar acerca de distintos temas.

Tener en cuenta:

- Los programas de reminiscencia deben realizarse en pequeños grupos para poder prestar la atención debida , motivar y acompañar a cada uno de los participantes.
- El el nivel de habilidades y de deterioro de los participantes tiene que ser similar.
- Debemos recabar información sobre la historia, los gustos, intereses de los participantes para que la actividad sea atractiva para ellos.
- Las sesiones pueden durar entre 20 minutos y una hora dependiendo del nivel de atención o fatiga de cada participante.
- La reminiscencia debe promover un momento placentero, de reencuentro con la propia historia, generando así una mejora de los aspectos cognitivos, comportamentales y del estado de ánimo general.

Actividades recreativas

“El aislamiento en la vejez caracterizado por la ausencia de vínculos puede precipitar la vivencia de desvalimiento e indefensión. Frente a esto, las actividades recreativas en el espacio grupal despliegan todo su potencial en dirección a la protección y amparo del sujeto”. (Sergio Fajn)

Es muy importante que el paciente realice actividades que sabemos que siempre le han gustado: pasatiempos, música, pintura, paseos, visitas a museos, entretenimientos, etc.

Tiene varias ventajas:

- Romper la monotonía del día, que lleva al aburrimiento, la somnolencia (alterando el ritmo de sueño y vigilia) y la desconexión del paciente.
- Promover actividades placenteras que mejoren el estado de ánimo sin intervención farmacológica.
- Disfrutar de las capacidades cognitivas y desplegar destrezas sociales que aún conserva en la medida que el avance de la enfermedad se lo permite.
- Recibir expresiones de afecto y compañía que disminuyen el sentimiento de soledad y aislamiento característicos de estos cuadros.

Apoyo ambiental

Son acciones e intervenciones tendientes a mejorar el entorno, el ambiente en el que vive una persona con deterioro cognitivo.

El entorno debe facilitar el rendimiento del sujeto para ello debemos intervenir proponiendo estrategias para mejorar el funcionamiento del paciente.

En un paciente con enfermedad de Alzheimer o trastornos de memoria debemos:

- Evitar los cambios: especialmente de domicilio y de personal que lo atiende dado que genera desorientación, agitación e inseguridad. Los pacientes al no reconocer el lugar donde están intentan irse a “su casa”.
- Adoptar medidas de seguridad en los distintos espacios de la casa para proteger al paciente que no tiene conciencia del peligro y minimizar la exigencia cognitiva. Estas medidas son : prevenir riesgos de caídas, eliminar obstáculos, prevenir el daño que pueden producir productos y objetos peligrosos, llaves de gas, lugares abiertos que pueden causar una fuga ,desorientación y pérdida del paciente, que no haya al alcance de la mano productos nocivos, tóxicos, cortantes, etc.
- Que el ambiente sea estable y estimulante: se deben establecer rutinas con horarios constantes para las actividades diarias y además el ambiente debe ser estimulante: con dibujos, colores señales para impulsar al paciente a la mayor autonomía posible.
- Simplificar el ambiente: que el paciente tenga a mano los objetos que va a utilizar para sus necesidades, la presencia de muchos objetos sólo logran confundirlo.
- Facilitar la orientación colocando: carteles, dibujos, calendarios, reloj.
- Facilitar y simplificar la ejecución de las AVD.

Mejorar la comunicación

Cuando la comunicación con el paciente se complica, o el cuidador se cansa de no ser entendido o de repetir muchas veces lo mismo sin resultado, se crea un círculo vicioso en el cual el cuidador se agota y termina actuando sobre el paciente sin la mediación de la palabra, es decir tratándolo como un mero objeto de cuidados. Esto genera en el paciente agresividad, malestar, rechazo por no comprender la situación.

Algunas indicaciones para mejorar la comunicación con el paciente:

- Tratarlo con respeto: respetar su intimidad, no humillarlo, no reírse de él, no hablar en su presencia como si no entendiera (práctica habitual en médicos y cuidadores que produce altos niveles de angustia).
- No discutir: cuando el paciente se equivoca o hace actos absurdos no debe enfrentarlo, no se debe discutir dado que aunque le expliquemos no entenderá nuestros razonamientos, retarlo como a un niño afecta su dignidad. Los fallos que comete el paciente son debido a su enfermedad y es la tarea del cuidador entender la situación.
- Hablar con claridad y calma.
- Realizar repeticiones pertinentes.
- Mantener contacto físico y ocular con el paciente: aunque no entienda lo que se dice comprende EL TONO en que se le habla.
- Animarlo a comunicarse, utilizar la comunicación no verbal: empleando gestos que faciliten o enfatizen la comunicación.

Programas de estimulación cognitiva

La intervención cognitiva en pacientes con enfermedad de alzheimer debe abarcar los aspectos cognitivos, emocionales , comportamentales y el mantenimiento de las Actividades de la vida diaria (AVD).

Su aplicación debe ser personalizada y el taller de estimulación de las funciones es una parte del programa de intervención cognitiva.

Veremos más detalladamente los beneficios de la estimulación cognitiva en la clase de Talleres de Memoria pero diremos que en los pacientes afectados de demencia la tarea está orientada a :

- Retrasar en lo posible el deterioro al que conduce la enfermedad de alzheimer u otros síndromes demenciales.
- Estimular las capacidades que se conservan para promover los más altos niveles de autonomía en las actividades de la vida diaria: comer, vestirse, desplazarse, en la medida en que el paciente pueda funcionar.
- Evitar el aislamiento y desconexión del entorno por parte del paciente.
- Incrementar la autonomía del paciente favoreciendo las realización de AVD que conserva.
- Estimular la autoestima recuperando a través de reminiscencias, la propia identidad.
- Disminuir la ansiedad, depresión, stress que conlleva la enfermedad

El entrenamiento en memoria se puede realizar en forma grupal o individual, las sesiones tienen una estructura fija:

- Presentación del coordinador, recordar los nombres de los participantes
- Orientación temporo-espacial.
- Explicación de la tarea a realizar en la sesión: presentación de la consigna y del ejercicio adecuado a nivel de deterioro.
- En la ejecución de la tarea propiamente dicha debe facilitarse la realización del ejercicio y reforzar la actitud positiva y los logros de los participantes.
- Cierre: explicación de las funciones trabajadas en el ejercicio y su utilidad en la vida cotidiana y en el mejoramiento de la calidad de vida del paciente.

La intervención cognitiva en pacientes con enfermedad de alzheimer debe abarcar los aspectos cognitivos, emocionales y el mantenimiento de las Actividades de la vida diaria (AVD).

Lo que debemos valorar es: como incide el declive cognitivo en el día a día del paciente, como reaccionan éste (síntomas conductuales y psicológicos de la demencia) y su familia ante las disfunciones que se presentan y el carácter facilitador o no del entorno.

Psicoterapia

La posibilidad de intervención psicoterapéutica en la demencia es un tema que genera grandes discusiones.

En este punto nuestras intervenciones como psicólogos podrán ser posibles en tanto pensemos que como profesionales podemos hacer algo más que modificaciones en el entorno o rehabilitación cognitiva. Para ello tenemos que poder suponer *todavía la existencia de un sujeto tras el diagnóstico de alzheimer probable.*

A que me refiero?

A poder desprendernos del discurso hegemónico de la reducción del ser humano a un problema biológico o igualar al psiquismo con el sistema nervioso central.

Todos sabemos que cuando aparece una persona con diagnóstico de Alzheimer probable, dejamos de verlo como un sujeto para comenzar a escucharlo como un cerebro que se va deteriorando. Ese sujeto que se va desarticulando discursivamente en el tiempo puede requerir para aliviar su sufrimiento de una psicoterapia que lo vuelva a un lugar humanizado. A que nos referimos? A poder desentendernos de los pronósticos de todos los libros que nos cuentan la evolución de la enfermedad de Alzheimer, para poder escucharlo en su particularidad como sujeto, en la medida que todavía pueda comunicarse y comunicar algo se sí.

Vamos a tomar el texto "Alzheimer y Psicoterapia : clínica e investigación" Fernando Berriel y Robert Perez Fernández, con la colaboración de María Noel López y Adriana Rovira Editorial Psicolibros Universitario Uruguay 2007 que se los recomiendo para poder pensar el tema desde otra perspectiva.

Siguiendo la línea de trabajo de Fernando Berriel y Robert Perez Fernández *"una demencia es una compleja construcción histórica que culmina en una desorganización de un grupo o colectivo en al menos 5 planos: somático, cognitivo, psicosocial y sociocultural/histórica."* Cada uno de estos planos tendrá impacto en cada integrante del grupo afectado por la enfermedad.

"Desde el punto de vista psicoafectivo la DTA es una desestructuración yoica y una desintegración de la identidad en la persona que emerge como enfermo. Asistimos a un proceso de desnarcisización... al disminuir el control yoico comienzan a cobrar ...mayor visibilidad rasgos de personalidad previos que van a marcar en gran medida la expresión de la enfermedad y las modalidades de afrontamiento." (pag.44/45)

En el plano psicosocial surge *"...una dementización del vínculo, donde afloran viejas modalidades de comunicación estereotipadas, antiguos pactos familiares de silencio ante situaciones traumáticas, aspectos reprimidos...por más de una generación y que no han podido tener una tramitación psíquica..."*

Este grupo profesional y de investigación propone un abordaje psicoterapéutico

combinando la intervención psicológica para pacientes y cuidadores. Proponen para los pacientes que presentan EA un tratamiento psicoterapéutico de factores afectivos y vinculares, dado que consideran que “lo que enferma no es sólo el SNC, sino que enferman también la vida anímica, los vínculos, las relaciones, la red social, las instituciones que incluyen /excluyen al sujeto designado como enfermo”(Berriel-Fernández).

Desarrollan un enfoque que denominan *modelo multidimensional de las DTA* contemplando los siguientes abordajes:

- Psicoterapia individual del paciente y el cuidador principal.
- Psicoterapia grupal con los pacientes con DTA en estadios iniciales y medio (GDS 4y5).
- Psicoterapia grupal para cuidadores principales.
- Intervenciones psicoterapéuticas familiares.
- Intervenciones en red.

Tomaremos ahora palabras de la Dra Haydee Andrés:

“Sabemos que la Persona incluye a su entorno, sus vínculos, sus afectos, y que cuando hay una enfermedad, también este entorno está movilizado, está alterado, y que la persona enferma porta en su enfermedad todas estas alteraciones del entorno. No es lo mismo para la persona enferma, para la evolución de la enfermedad y para el fin de la vida un entorno que acompaña de determinada manera, que otro. Pareciera que cuidar de estos aspectos no es función del "médico científico-técnico". No le interesa porque considera que lo biológico es independiente y autónomo, y tiene entidad por sí mismo y no a través de la Persona, como si al consultorio nos viniera un cerebro con brazos y piernas.

Con esto quiero decir que aprecio muchísimo la investigación y los adelantos científicos de estos últimos años de la "Década del Cerebro". Pero esto no explica "el todo": es un aspecto importante, pero sólo un aspecto que necesita ser integrado en la totalidad”(La persona demente y su entorno, Sinopsis N°40, año 2005).

En este sentido la Dra. Andrés coincide con Berriel, Fernández y Perez en que “el paradigma biológico hegemónico de las demencias”al centrarse en los procesos biológicos toma solo una de las realidades de la persona pretendiendo explicar todo desde allí, produciendo efectos iatrogénicos derivados de concebir al ser humano como una máquina biológica.

Cuando Le Goues piensa la psicoterapia en demencias intenta dar cuenta del derrumbe del sujeto (no de un SNC) con el concepto de *psicólisis: un proceso de desestructuración subjetiva*, en la demencia hay un Yo que se debilita y la angustia de muerte que se acrecienta. Lo que vemos es un narcisismo que se desvanece al compás de la pérdida de las capacidades intelectuales, del envejecimiento del cuerpo y de la libido, del aislamiento social en un mundo que cambia y que el paciente no es capaz de dominar.

Cual es la función de la psicoterapia con el paciente con demencia? Lograr la disminución de la angustia y reencontrar el placer de funcionar.
--

Por último me gustaría brevemente hacer referencia a **La terapia de validación**

Es una terapia de comunicación desarrollada por Naomi Feil (1993): desarrolla técnicas de comunicación con empatía con las personas con demencia, para restablecer la dignidad, reducir la ansiedad y prevenir el abandono (que es muy frecuente). Naomi Feil formula ciertos principios:

- Cada persona es única y debe ser tratada de manera diferente, por ello decimos que no hay tratamientos estandarizados.
- Se debe aceptar al paciente sin prejuicios, cada persona tiene un valor propio independiente del grado de enfermedad que presenta actualmente.
- Considera que tras la conducta del paciente con Alzheimer hay una razón que proviene del entorno, el trato que recibe, el momento de la enfermedad o motivos emocionales.
- La terapia de validación se interesa en la emoción y el motivo que subyace en el comportamiento. Considera las causas psicológicas de la demencia.
- Estas técnicas requieren tener empatía y aceptar al paciente demente dejando de lado los prejuicios, expectativas, juicios e interpretaciones sobre la conducta del paciente para intentar la lógica que subyace a su conducta.

A través de las intervenciones no farmacológicas se consiguen diversos efectos en las personas mayores como pueden ser: aumento de comunicación, aumento de movilidad, respuestas motoras, aumento de interacción social, disminución de conductas dependientes, disminución de conductas disruptivas, aumento del humor, etc.

Apoyo a cuidadores informales

Introducción

El cuidado de las personas mayores dependientes se ha detectado como una de las situaciones más estresantes que debe atravesar la familia y tal como quedó dicho en la unidad anterior, uno de los perfiles de riesgo a detectar para prevenir situaciones de abuso y maltrato.

Vamos a trabajar este tema dentro de la unidad de demencia dado que es el cuidador que acompaña al paciente con estas patologías el que sufre el más alto grado de estrés.

Pero queremos dejar en claro que: todos los cuidadores de personas mayores aún aquellos que cuidan personas que presentan cuadros más leves deben recibir apoyo en su tarea para realizarla de manera eficiente y con el menor costo en su salud física y mental.

El aumento de la longevidad, llegó acompañado de una cantidad importante de enfermedades crónicas no transmisibles, que generan algún grado de discapacidad en las personas mayores que las padecen y por lo tanto requieren la provisión de cuidados que se prolonguen en el tiempo, ya que esta discapacidad afecta las posibilidades de las personas mayores para realizar por sí mismas de manera satisfactoria sus actividades de la vida cotidiana tanto básicas como instrumentales. La ausencia o disminución de esta capacidad genera dependencia en la persona mayor, y

esto afecta de gran manera no sólo su bienestar integral sino también y profundamente, el de sus familias, ya que estas son las principales proveedoras de cuidados.

los cuidados que proveen las familias se llaman cuidados informales y los definimos como las interacciones entre un miembro de la familia que ayuda a otro de una manera regular (en general diariamente) a realizar actividades que son necesarias para llevar una vida satisfactoria.

Se debe tener en cuenta que la dependencia es un fenómeno complejo que abarca varias dimensiones:

- Dependencia económica: ocurre cuando una persona pasa de ser un miembro “activo” económica y laboralmente hablando, a cuando pasa a ser “inactiva”, “pasiva” o “dependiente”.
- Dependencia física: pérdida del control de sus funciones corporales y de su interacción con los elementos físicos del ambiente.
- Dependencia social: asociada a la pérdida de personas y relaciones significativas para el individuo.
- Dependencia mental: cuando el individuo pierde su capacidad para resolver sus problemas y tomar decisiones propias.

El estrés del cuidador

El proceso de estrés se concibe en general como un modelo de relación entre distintas variables previas al cuidado (antecedentes y condiciones de contexto), relacionadas con el proceso de cuidado (estresores y variables moduladoras) y con las consecuencias del cuidado (resultados).

Para enfrentar este proceso de provisión de cuidados, la familia tiene recursos internos de afrontamiento y recursos externos.

Debemos tener en cuenta que cada familia tiene históricamente modelos de respuesta a situaciones de crisis que debe atravesar a lo largo de su existencia. Pero a la hora de cuidar un anciano dependiente, este modelo de afrontamiento no alcanza, porque es habitual que sobreexija a la familia porque la necesidad de los cuidados suelen prolongarse en el tiempo.

Habitualmente las tareas de cuidado informal son realizadas en forma continuada por las familias y en el desarrollo de esta actividad es escaso el apoyo formal recibido.

No todas las familias responden a esta demanda de la misma manera. Sus posibilidades de afrontamiento dependerán de su sentimiento de CARGA.

Pero la responsabilidad de proveer cuidados a personas dependientes por parte de sus familias tiene efectos en diversos aspectos de la vida de los individuos y no sólo cómo una cuestión subjetiva. Implica todo tipo de restricciones, como en el tiempo libre, en las actividades de desarrollo personal, en la inversión económica, en la cantidad de tiempo dedicado al cuidado. Por lo tanto también se debe considerar el concepto de carga objetiva. De todos modos, en la percepción de la carga influirán los aspectos personales del cuidador y la persona enferma, sus rasgos de personalidad, el sexo, el vínculo previo, etc. También influirá la manera en que cada cuidador perciba las diversas tareas que se deben realizar. Algunos se estresan más con las tareas

relativas al cuerpo (higienizar o vestir), otros con el cuidado en la deambulaci3n, las ideas delirantes, la incontinencia, trastornos de conducta en p3blico que produzcan vergüenza, etc. También algunos encuentran en el cuidar una experiencia satisfactoria.

Se ha podido establecer que el grupo de cuidadores más frecuentes son mujeres entre 45 y 69 años.

El sentimiento de carga varía de cuidador a cuidador en funci3n de diferentes variables que se pueden agrupar en 5 aspectos:

- Las relacionadas con las características del cuidador como: edad, sexo, ocupaci3n, nivel educacional, parentesco con el anciano, experiencia anterior como cuidador, estilo de afrontamiento a situaciones difíciles, etc.
- Las relacionadas con las características de la persona cuidada como: grado de dependencia, estado mental, estado físico, presencia de conductas difíciles, estado emocional, etc.
- Cantidad y complejidad de las tareas a llevar a cabo por el cuidador.
- Recursos materiales y económicos de que dispone.
- Apoyo instrumental y emocional que recibe de otros cuidadores.

A los fines de apoyar a los cuidadores informales, se puede diseñar un programa de intervenciones psicosociales que ayude a reducir los efectos negativos del cuidado en el cuidador, especialmente stress, ansiedad y depresi3n. Se requeriría un trabajo en red que incorpore tanto las intervenciones profesionales como las que efectúan los familiares o personas próximas y las que pueda aportar un voluntariado organizado.

En un grupo de reflexi3n se puede capacitar a los familiares en los siguientes temas:

- Conocer la enfermedad, sus consecuencias, sntomas y manifestaciones.
- Conocer la manera en que el vnculo previo determinará el modo de cuidado y propender a reducir los efectos negativos de ese vnculo
- Ofrecer estrategias de afrontamiento que permitan abordar problemas difíciles.
- Enseñarles a confiar en sus capacidades y a conocer sus límites
- Abordar los sentimientos de enojo, culpa, e ineficacia.
- C3mo cuidarse mejor para poder seguir cuidando.
- C3mo poner límites a las demandas excesivas del cuidado.

Una de las estrategias de las intervenciones psicosociales son los **grupos de apoyo** para cuidadores. Sus objetivos son:

- Favorecer el intercambio de informaci3n y apoyo emocional entre los afectados por problemas similares.
- Compartir consecuencias de la actividad de cuidar.
- Proveer apoyo emocional.
- Intercambiar de experiencias y sentimientos.
- Intercambiar recursos creativos puestos al servicio de mejorar el cuidado y aliviar al cuidador.
- Expresar sentimientos en com3n.

Diversas organizaciones que trabajan con el tema de Alzheimer o ancianos dependientes, han elaborado guías de orientaci3n para trabajar con familiares

cuidadores.

La FUNDACION MATIA (España) dirigida por Javier Yanguas ha elaborado una guía , que transcribiremos en un ANEXO para que cuenten con este material cuando deban elaborar un programa de estas características.

Incluye nueve ítems a tener en cuenta:

1. Cómo debe cuidarse el cuidador
2. Cómo fomentar la autonomía
3. Cómo comunicarse
4. Cómo cuidar mejor
5. Cómo prevenir la agitación en personas dependientes psíquicas
6. Cómo reducir la agresividad
7. Cómo evitar la deambulación
8. Cómo reconocer las demandas excesivas
9. Cómo actuar ante el insomnio

Los programas de respiro

Una manera en la que el apoyo formal puede complementar las ayudas que ofrece la familia o allegados son los programas de respiro.

En un estudio llevado a cabo por Mittelman MS., concluye que un buen programa de apoyo a largo plazo a cuidadores produce los siguientes resultados:

- a) Previene el aumento de los síntomas depresivos en cuidadores.
- b) Pueden reducir la severidad de la influencia de las conductas disruptivas del paciente en el cuidador.
- c) Pueden ayudar a que el cuidador pueda cuidar a su familiar más tiempo en el domicilio mejorando las condiciones del cuidado.

Los grupos de autoayuda

“Un grupo de autoayuda es un foro en donde los individuos que comparten un problema o situación similar, ventilan emociones y sentimientos, intercambian experiencias y se brindan apoyo mutuo”. (Lilia Mendoza)

La enfermedad de alzheimer es larga y muy dolorosa para la familia que debe convivir con alguien que se torna cada día mas dependiente funcional y afectivamente.

No son grupos psicoterapéuticos ni remplazan la tarea del profesional, la pueden complementar.

Muchas personas que tienen un familiar enfermo de Alzheimer sienten vergüenza , ansiedad, depresión, frente a la situación , estos grupos le permiten al sujeto que se siente sólo y agobiado armar un sostén que le ayuda a hacerse cargo del cuidado del paciente el mayor tiempo posible, en tanto le provee de apoyo emocional y un espacio para compartir información, sentimientos y experiencias generando un aprendizaje que permita sobrellevar la situación familiar con mayores recursos intelectuales y emocionales.

Estos grupos son coordinados por personas que tienen en su familia un enfermo con DSTA.

Este dispositivo permite compartir información con otras personas que viven problemáticas similares, encontrar apoyo emocional, y pares que comprenden los retos y desafíos que suponen convivir con un familiar que sufre Alzheimer. Entre estos retos se encuentra el compartir el duelo anticipado que se realiza frente al familiar que

va perdiendo su esencia, que se va convirtiendo en un fantasma de lo que fue, que no nos reconoce y con quien no podemos compartir lo que antes de la enfermedad caracterizaba al vínculo. Esto es uno de los motivos que aportan a lo que se llama el stress del cuidador: el dolor de perder a alguien querido no físicamente sino en el modo de vincularse con él como cuando estaba sano.

“En los últimos veinte años, estos grupos han sido incorporados a la atención de las personas adultas mayores, especialmente para el cuidado de personas con enfermedades como Alzheimer, Parkinson, Huntington, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica, etc. Surgen de parte de las familias en respuesta a una carencia de información y de recursos en la comunidad, ya que aun entre los profesionales había una gran ignorancia o a veces indiferencia sobre cómo cuidar a la persona en casa. Muchos hijos, al asumir la responsabilidad del cuidado de los padres envejecientes tienen que aprender a hacerlo, ventilando las emociones y sentimientos que esto implica y generando acciones que llevan a la creación de servicios. También es una técnica utilizada por adultos mayores sanos para verbalizar sus sentimientos y emociones en torno al proceso de envejecimiento que están experimentando y para enfrentar el rechazo de la sociedad.” dice la Dra Lilia Mendoza

Que necesitamos para armar un grupo de autoayuda? Busque la información en la página web www.civitasfirma.org o en el libro Manual para grupos de autoayuda de la Profesora Dra. Lilia Mendoza Martínez.

En resumen

Hemos visto distintas intervenciones que se pueden realizar con pacientes que presentan cuadros de demencia.

Las intervenciones no farmacológicas ya sean estrategias psicoterapéuticas o intervenciones que generen efectos terapéuticos con personas con deterioro cognitivo, persiguen tanto el mantenimiento y la recuperación de algunas funciones cognitivas, como la intervención en otras áreas de la vida de la persona, de su familia y de los cuidadores que pueden resumirse en el mejoramiento de la calidad de vida para todos los actores comprometidos.

Si bien los cambios que es posible observar tras las intervenciones serán probablemente pequeños y específicos, es importante recordar que el cuidado de las personas mayores dependientes se ha detectado como una de las situaciones más estresantes que debe atravesar la familia y es causa de situaciones de abuso y maltrato que deben prevenirse y evitarse.

Bibliografía general y de consulta

- Evaluación e intervención psicológica en la vejez Martínez Roca Rocío Fernández Ballesteros
- Geropsicología Jose Umpierre Editorial Palza Mayor
- Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer Fundamentos y principios generales. Fundación La Caixa España
www.obrasocial.lacaixa.es/StaticFiles/StaticFiles//LibroAlz4_esp.pdf
www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/yanguas-modelo-01.pdf
- Alzheimer y Psicoterapia : clínica e investigación Fernando Berriel y Robert Perez Fernández, con la colaboración de María Noel López y Adriana Rovira Editorial Psicolibros Universitario Uruguay 2007.
- Convivir con personas con enfermedad de Alzheimer u otras demencias.Libro para cuidadores y Familiares Autor y editor: Facundo Manes. Daniela palais

- ediciones año 2005.
- Demencia. Enfoque Interdisciplinario. Allegri, R.; Arizaga, R.; y otros. Buenos Aires: Sagitario.año 1997

ANEXO UNIDAD 3

Guía para cuidadores

1. Cómo debe cuidarse el cuidador

El cuidador debe cuidarse a sí mismo para mantener su propia salud y bienestar y por el bien de la persona a la que cuida.

El cuidador puede necesitar ayuda cuando presenta síntomas tales como:

- Aumento de irritabilidad
- Problemas de sueño
- Pérdida de energía, fatiga
- Aislamiento
- Consumo excesivo de: tabaco, alcohol, cafeína, fármacos
- Problemas físicos: palpitaciones, temblor de manos, molestias digestivas
- Problemas de memoria
- Dificultad para concentrarse
- Menor interés en personas y/o actividades que eran objeto de interés
- Aumento o disminución de apetito
- Actos rutinarios repetitivos. Ej.: limpiar continuamente
- Cambios de humor, dar importancia a detalles pequeños
- Dificultad para superar sentimientos de depresión o nervios
- Tratar a personas de la familia de forma menos considerada

Para cuidarse a sí mismo, el cuidador debe pedir ayuda y buscar apoyo en los profesionales, familiares y amigos. Pedir ayuda no es un signo de debilidad, es una excelente forma de cuidar. El cuidador tiene que poner límite a la cantidad de cuidado, es decir, aprender a delegar, saber decir que no, mantener hábitos saludables, controlar el estrés y los sentimientos negativos.

Si el cuidador se siente enfadado tiene que...

- Pensar que los comportamientos irritantes o molestos de su familiar, son consecuencia de la enfermedad.
Aunque la conducta de la persona dependiente sea ofensiva, no se debe interpretar que su objetivo es la ofensa.
- Pensar que lo que resulta molesto no es la persona, sino un modo concreto de comportarse.
- Comentar esos enfados y lo que se siente.
- Reconocer que uno tiene derecho a enfadarse.
- Expresar sentimientos. Frustraciones, temores, resentimientos, sin tener que "explotar".
- Utilizar técnicas de relajación.

Si el cuidador se siente deprimido tiene que...

- Identificar en que situaciones o momentos se ve triste o deprimido.
- Evitar si es posible las situaciones anteriores, o sino intentar cambiarlas.
- Realizar actividades gratificantes. La actividad es enemiga de la depresión.
- No pretender hacer más de lo que es posible.

- Marcarse metas realistas.
- No decir “debería”.
- No intentar resolver todos los problemas a la vez. Abordar primero un problema y luego otro.
- Marcarse prioridades. Si el problema es complicado, dividirlo.
- Hábitos saludables.
- Buscar el lado positivo de las cosas. Sentido del humor.

Ante sentimientos de culpa, el cuidador debe...

- Identificar situaciones.
- No sentirse culpable de sentimientos, actitudes, comportamientos pasados, con la persona que se cuida.
- El cuidador no es responsable de la enfermedad de la persona cuidada.
- El cuidador no desea la muerte de la persona que cuida para que ésta deje de sufrir o por liberarse.
- El cuidador no manifiesta enfado ante comportamientos de la persona cuidada.
- El cuidador no debe descuidar otras obligaciones familiares o personales.
- El cuidador no decide el ingreso en residencia.

Pautas de manejo:

- Identificar los sentimientos de culpa.
- Aceptar que son algo normal.
- Buscar razones para los mismos e intentar analizarlos (con alguien).
- Expresar esos sentimientos.
- Admitir los límites que todos tenemos.

2. Cómo fomentar la autonomía

- Centrarse en lo que puede hacer.
- Prestar atención a sus capacidades.
- Potenciar las posibilidades y habilidades.
- Marcarse que pasos de una actividad es capaz de hacer y cuales no. Ayudar en los que no puede y fomentar que realice sola los que puede.
- Preparar la situación de modo que sea fácil ser autónomo.
- Mantener las capacidades a base de rutinas.
- Tener en cuenta las preferencias de la persona cuidada.
- Hay que entender que la seguridad de la persona cuidada es importante, pero la autonomía también.
- Antes de hacer una actividad con la persona cuidada, pensar en las consecuencias de esa actividad, para él y para el cuidador.
- Cambios paulatinos.
- Favorecer que ellos-ellas mismos hagan actividades de vida diaria por si mismos. Ej: bañarse, lavarse, peinarse...
- Dar oportunidad de ejercitar capacidades.
- Reforzar y premiar la autonomía.
- Ayudar: verbalmente, a empezar una actividad, a hacerla, siempre según la actividad y niveles.
- Responder con frases que demuestren confianza.

- Proponer la actividad como algo que se pone a prueba.
- Ser persistente.

3. Cómo comunicarse

- Emplear el lenguaje no verbal: miradas, gestos, movimientos.
- Hablar a la persona mirándole a los ojos.
- Sentarse en frente o al lado.
- Utilizar el contacto físico.
- Sonreír.
- Utilizar un lenguaje sencillo.
- Escuchar con atención. Repetir con otras palabras lo que él-ella ha dicho. Clarificar posiciones. No juzgar. No dar consejos continuamente.
- Buscar temas de conversación: sobre su pasado, viendo fotos, periódicos antiguos, libros con ilustraciones...
- Ponerse siempre en el lugar del otro.
- Aceptar el "no" por respuesta.
- Dar tiempo para responder.
- Evitar el uso de generalizaciones excesivas.
- Intentar decir las cosas en el momento oportuno.
- Elegir un buen lugar para comunicarse.
- Hablar claro y despacio. No cambiar de tema rápidamente.
- No hablar demasiado alto.
- Hacer preguntas sencillas.
- Es preferible decir "lo que debe hacer" que "lo que no debe hacer".
- No perder la calma.
- No aplicar la lógica.
- No decir nunca "no te acuerdas...".
- Dar oportunidad a las respuestas.

4. Cómo cuidar mejor

- Ser realista pero positivo con el familiar. Estar atento no solo a lo que no puede hacer, sino a lo que puede hacer. Tener expectativas realistas.
- Que la persona mayor haga todo lo que pueda por si mismo. Fomentar la autonomía. Recordar las cosas que puede hacer. "Vamos a hacer esto juntos ...".
- "Déjame ayudarte a ...".
- Procurar que la persona cuidada tenga el mayor número de responsabilidades posibles, dentro de sus posibilidades.
- Hacerle participar, dentro de sus posibilidades, en la vida diaria.
- Ser paciente y mantener la calma.
- No pensar que porque algo ocurra una vez, tiene que ocurrir siempre.
- Fomentar el orden y la rutina.
- Evitar cambios y sorpresas.
- Simplificar las tareas.
- Fomentar la autoestima.
- Cuidarse a uno mismo.
- Interesarse por el cuidado.
- Ser persistente.

5. Cómo prevenir la agitación en personas dependientes físicas

Una persona está agitada cuando o se muestra inquieto si:

- Anda con pasos rápidos.
- Se frota las manos reiteradamente.
- Repite preguntas constantemente.
- Se balancea, rasca, araña, golpea....
- Juega con los tiradores de las puertas.
- Cambia los muebles de lugar.
- Intenta escapar de la casa.
- Hace ruidos sin finalidad aparente.
- Gime, se lamenta o solloza.
- Comunicaciones o gestos amenazantes (gritos, empujones).
- Resistencia al cuidado (al baño, por ejemplo).

De aquí en adelante encontrará algunos consejos, que le pueden ayudar a prevenir los estados de agitación de su familiar:

- Poner música suave, especialmente guitarra o clave.
- Recomendable el uso de auriculares.
- Utilizar cintas de relajación.
- Realizar actividades que implique escuchar y que no sean excesivamente complejas.
- Evitar bebidas excitantes.
- Aperitivo o merienda entre comidas.
- Realizar tareas constructivas: jardinería, lavandería (doblar ropa), tareas de clasificación (cartas).
- Proporcionar algo para que la persona se entretenga.
- Hacer algún ejercicio físico sencillo, aunque sea de carácter pasivo.
- Dar masajes a la persona a la que se cuida.

En el caso de que se hayan producido estas conductas esto es lo que pueden hacer:

- Ofrecer comprensión y seguridad.
- Acercarse a la persona con calma y tranquilidad.
- Disminuir la estimulación.
- Hablarle sosegadamente.
- Unir comunicación verbal y no-verbal.
- No mostrar nerviosismo.
- Mantener rutinas y cambiar lo menos posible la vida diaria.
- Puede ser útil presionar muy ligeramente la parte del cuerpo que está agitada y pedirle a la persona dependiente con amabilidad que cese el movimiento, reduciendo el contacto progresivamente hasta que cese la agitación.
- Si la persona tiene problemas de memoria y se olvida rápidamente, es posible distraerle, haciendo más difícil para él recordar lo que le

preocupaba.

6. Cómo reducir la agresividad

Una persona en situación de dependencia, puede tener conductas agresivas por diversas causas:

- Ante la sensación de que se está invadiendo su espacio personal (Ej.: en el aseo).
- Cuando se siente incapaz o frustrada por no poder realizar las actividades más básicas (Ej.: vestirse, comer, andar,...).
- Como reacción ante una acción del cuidador (Ej.: el cuidador sale un momento y la persona se siente abandonada) www.mtiafundazioa.com
- Como una consecuencia de tener un estado de ánimo deprimido.
- Ante cambios en el entorno inmediato o en las rutinas.
- Como efecto secundario de alguna medicación.
- Como reacción a un estado de confusión.
- Ante sentimientos de soledad o por necesidad de atención.
- Ante determinados comportamientos de otras personas.

Consejos para evitar que su familiar se ponga agresivo:

- Intentar fomentar la independencia. Esto hace que aumente la confianza y seguridad de la persona que se cuida. Una de las cosas que fomenta la agresividad, es la frustración de no ser autónomo.
- Introducir el menor número de cambios posibles en la vida diaria. Los cambios provocan malestar y confusión; y esto agresividad. PROGRESION es la palabra clave.
- No prestar excesiva atención a la persona cuando está agresiva o insultante. No reforzar conductas agresivas.
- Elogiar y recompensar a su familiar cuando actúa positivamente.
- Intentar que la persona haga actividades incompatibles con el comportamiento agresivo.
- Permanecer tranquilo y actuar con calma.
- Explicar en todo momento lo que tiene que hacer, paso a paso.
- Distraer la atención.
- Eliminar objetos peligrosos.
- Asegurarse de que no se hará daño.
- Sugerir que en vez de comportarse agresivamente, diga lo que le ocurre.

En caso de que esa agresividad se de, estas son algunas de las cosas que usted no debe de hacer nunca:

- No tomarse la agresividad como algo personal.
- No enfrentarse.
- No levantar la voz.
- No iniciar movimientos bruscos. Pueden ser mal interpretados.
- No acercarse a la persona rápidamente, ni por detrás.
- No aumentar los sentimientos de amenaza o alarma.
- No tener pensamientos tipo: “Dios mío esto solo me pasa a mí”, “Va a

acabar conmigo”, “Un día va a pasar una tragedia”.

- No llamar a muchas personas ante esas situaciones.
- No provocar amenazas mediante bromas, “tomaduras de pelo”, o “a base de ridiculizar”, etc.
- No utilizar restricciones físicas.

7. Cómo evitar la deambulaci3n

Factores que favorecen la deambulaci3n

- Sensaci3n de desvalimiento al no estar presente el cuidador.
- Aburrimiento, sobre todo en personas que necesitan actividad f3sica.
- Sentimientos de soledad, por ello buscan en el movimiento una forma de comunicaci3n. Es bastante com3n entre personas que han perdido el c3nyuge.
- Reacci3n de frustraci3n ante un olvido de una acci3n que se quer3a realizar.
- Desorientaci3n. Especialmente se suele agravar a la noche, ya que el silencio y la oscuridad hace que se pierda el contacto con la realidad, o que se malinterpreten sombras, objetos, formas y ruidos inesperados.
- Llamar la atenci3n.
- Molestias f3sicas. Ej.: Dolor, necesidad de ir al ba3o, sentir calor o fr3o. Especialmente importante en personas con demencia que tienen dificultades de comunicaci3n. Problemas de vista u o3do, pues dichas p3rdidas provocan confusi3n, siendo la deambulaci3n una reacci3n ante ella.

Qu3 hacer ante problemas de deambulaci3n

- Crear un ambiente seguro y reducir riesgos.
- Entorno f3sico agradable.
- Mantener rutinas.
- Tener las cosas ordenadas en sitios habituales, porque se aumenta las posibilidades de orientaci3n.
- Utilizar se3a3las de orientaci3n.
- Asegurarse de que la personas mayor, sabe donde est3 su cuidador.
- No prestar atenci3n a la deambulaci3n, si esta no es peligrosa (y al rev3s).
- Dirigir la deambulaci3n hacia zonas m3s seguras.
- Mantener a la persona activa.
- Fomentar la relaci3n y la comunicaci3n.
- Hacer ejercicio f3sico.
- Orientar.
- Distraer.

8. C3mo reconocer las demandas excesivas

- Cuando demandan cuidados profesionales que son un lujo y no una necesidad.

- Cuando originan un gasto económico injustificable (Ej.: calefacción exagerada).
- Se niegan a gastar su dinero en servicios para ellos.
- Se quejan "amargamente" en situaciones inevitables.
- Culpan al cuidador de errores involuntarios.
- Fingen síntomas para llamar la atención.
- Hacen reproches al cuidador, cuando éste pone límites razonables a sus peticiones.
- Culpan a otros de problemas causados por ellos.
- Prolongan conversaciones.
- Censuran a los cuidadores por pequeños errores.
- Despiertan al cuidador a la noche continuamente.
- Piden más ayuda que la necesaria.
- Rechazan ayudas técnicas, que pueden facilitar el cuidado.
- Empujan, arañan o golpean a los cuidadores.
- Piden una cantidad de ayuda superior a la capacidad de cuidador

9. Cómo actuar ante el insomnio

Algunas razones por las que se duerme mal

- Factores ambientales: la temperatura, la dureza del colchón, el compartir habitación, el tipo de cama... influyen en la calidad del sueño. Los ruidos provocan disminución de la cantidad de sueño profundo y aumentan la frecuencia de los despertares nocturnos.
- Falta de actividad: las personas que reducen sus actividades y realizan poco ejercicio físico, tienen más problemas de sueño. Las "cabezaditas" durante el día, pueden impedir tener un sueño profundo y reparador durante la noche.
- Cambios en los hábitos de sueño. Horarios especialmente.
- Consumo de bebidas alcohólicas, café y tabaco.
- Alimentación insuficiente e inadecuada.
- Diversas situaciones, como: jubilación, enfermedades de familiares, cambios de
- domicilios, cambios en el funcionamiento mental o físico, etc., pueden alterar el
- sueño.
- Factores emocionales: preocupaciones, inquietudes, estados de ánimo bajos,...

¿Qué hacer para la persona mayor duerma mejor?

- Observar si existe alguna circunstancia que haga que su familiar no pueda dormir.
- Consultar al médico. Algunas medicaciones pueden tener efectos sobre el sueño.
- El lugar de descanso debe de ser silencioso, con temperatura adecuada y bien ventilado.
- Solo utilizar la cama para dormir.
- Reducir el tiempo que está en la cama la persona a la que se cuida.

- No comer copiosamente antes de acostarse.
- Hacer algún tipo de actividad relajante antes de ir a la cama.
- Evitar preocupaciones.
- Utilizar técnicas de relajación.
- Mantener horarios fijos.

El original de esta guía puede hallarse en www.matiafundazioa.com

UNIDAD 4: PRUEBAS DE SCREENING Y EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA

Hoy voy a hacer hincapié en aquello a lo que debemos prestar atención en la clínica para pensar en un diagnóstico diferencial entre un rendimiento adecuado a la edad, nivel sociocultural y una situación que implica riesgos o una patología.

1) Introducción

La evaluación de un paciente que presenta quejas subjetivas o trastornos de memoria es un proceso que debe desplegarse en el marco de la interdisciplina y que como todo proceso lleva una serie de pasos que dependerá de caso particular.

Se lleva a cabo en una serie de entrevistas con especialistas en alteraciones cognitivas y conductuales (neurólogo cognitivo, o neuropsiquiatra o psiquiatra y neuropsicólogo).

Las quejas de memoria la mayoría de las veces no corresponden al inicio de un cuadro demencial, pero deben ser exhaustivamente evaluadas.

Es más cuando un paciente viene solo a consultar, presenta quejas respecto de su funcionamiento mnésico y está angustiado por ello, es un buen indicio.

La *demencia* -o mejor aún, las demencias, dada sus múltiples manifestaciones clínicas, etiologías y fisiopatología- es un síndrome caracterizado por el deterioro adquirido de las funciones intelectuales respecto de un estado anterior conocido o estimado, suficiente para interferir ampliamente con las actividades del diario vivir, no referida a una sino a tres (3) categorías de funciones intelectuales, y que es independiente del nivel de conciencia. Dicho deterioro debe ser: a) sostenido por la evidencia histórica y b) documentado por evaluación neuropsicológica, lo más completa y detallada posible, efectuada con instrumentos de evaluación cuantificables y reproducibles, respecto de los cuales existan datos normativos disponibles (Cummings, 1992).

El diagnóstico de demencia está a cargo de un médico y por el momento en general es clínico. Existen distintas herramientas que ayudan al especialista a realizar el diagnóstico, entre ellos, la Evaluación Neuropsicológica.

La identificación del síndrome demencial en los estadios iniciales permite tratamientos farmacológicos, de estimulación cognitiva, de adecuación del entorno hogareño, de apoyo a la familia, de contención de posibles trastornos del estado de ánimo y/o conductuales, a través de un abordaje interdisciplinario que acompañe el curso de la enfermedad.

Estas acciones permiten el retraso en la manifestación de algunos síntomas, así como una progresión más lenta del deterioro subsecuente.

Según estimaciones realizadas por Taragano (2003), atrasar 5 años el comienzo de la enfermedad reduciría en un 50 % la prevalencia a lo largo de una generación. Si se la pudiera retrasar 10 años la prevalencia se reduciría en un 75 %.

El Consortium Argentino para el Estudio de las Demencias (CAED) adoptó los criterios operativos propuestos en el DSM IV con modificaciones para que dichos criterios sean más inclusivos de otros tipos de demencia. El CAED propone no sólo criterios operativos diagnósticos, normativas de seguimiento y terapéutica sino también que el término demencia no se utilice hasta no confirmar el diagnóstico, como mínimo en la categoría *posible*, ya que no todo deterioro cognitivo conforma una demencia. Propone el uso de los términos *deterioro cognitivo*, *deterioro conductual* o

deterioro cognitivo-conductual hasta tanto se confirme el diagnóstico según criterios internacionales.

Por ejemplo, para Enfermedad de Alzheimer los criterios del NINCDS/ADRDA, y la categoría de certeza diagnóstica como mínimo debe ser demencia posible (Mangone, 2007).

Existen diferentes criterios para establecer el diagnóstico de la demencia; los más utilizados son los de la Asociación americana psiquiátrica (DSM-IV) y los del National Institute of Neurological and Communicative Disorders and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA).

Para Taragano (2003) el diagnóstico de demencia es todo un desafío por lo difícil y porque es operador dependiente.

El proceso diagnóstico debe basarse en el examen del paciente, la consulta a la familia, la investigación clínica, neurológica, psiquiátrica, neuropsicológica, de laboratorio, electroencefalograma (EEG) e imágenes cerebrales como la Tomografía Computada (TC), Resonancia Magnética (RMN), Tomografía por Emisión de Positrones (PET).

No existe una prueba de laboratorio que permita concluir de manera definitiva el diagnóstico de las demencias con mayor prevalencia.

Según del Ser Quijano (2002), el diagnóstico de demencia se basa fundamentalmente en la objetivación del deterioro mental respecto de un nivel previo.

Esta objetivación se apoya en tres fuentes fundamentales que son complementarias:

- la familia y/o cuidador,
- rendimiento en pruebas neuropsicológicas específicas
- impacto en la vida cotidiana del sujeto.

La evaluación neuropsicológica sobre la que se apoya el diagnóstico de demencia debiera ser todo lo amplia que sea posible y ser efectuada con instrumentos que posean normas para la población local, que considere los distintos niveles educativos, Serrano y Allegri (2007) consideran que la comunidad médica asigna cada día mayor importancia al examen del estado mental realizado por un especialista en neuropsicología para la detección de los cuadros demenciales.

Encuentran que la evaluación cognitiva es útil para discriminar las alteraciones propias de la demencia de la declinación cognitiva normal que acompaña a la edad. Es un aporte invaluable al describir el perfil neuropsicológico del cuadro, elemento esencial a la hora del tratamiento de estimulación y/o rehabilitación.

También la consideran útil para el seguimiento de la evolución del cuadro de demencia.

Actualmente, la comunidad médica plantea que el gran desafío es identificar el síndrome demencial en estadios muy tempranos, donde la demencia sería preclínica, para comenzar la terapéutica farmacológica y no farmacológica. Esto llevaría un beneficio a los pacientes, sus familiares y a la comunidad en términos de una acción temprana y eficaz (Simone, Serrano & Allegri, 2007; Taragano, 2003).

Tanto las demencias reversibles como irreversibles pueden tener mayor posibilidad de eliminación o retardo del inicio de síntomas y deterioro con tratamientos

farmacológicos y no farmacológicos cuando el diagnóstico etiológico es preciso y temprano (Famulari, 1997; Leiguarda & Manes, 2005; Mangone, 2007; del Ser Quijano, 2002).

Si se espera a cumplir con los criterios diagnósticos del DSM IV (American Psychiatric Association, 2001) presentados previamente, la demencia será diagnosticada, pero los déficits ya serán lo suficientemente intensos como para interferir en la vida familiar, laboral y social del sujeto.

Taragano (2003) plantea que, cuando se expresa la insuficiencia intelectual en la enfermedad de Alzheimer, posiblemente ya se haya producido el 50 % del daño cerebral.

Cuando la persona cumple los criterios de demencia, el sistema nervioso lleva años de deterioro, su vida cotidiana ya está afectada, por eso es importante la detección precoz.

Una herramienta de suma utilidad para el psicólogo son las herramientas de screening cognitivo.

2) Screening Cognitivo

¿Qué es un Screening Cognitivo?

Es una evaluación breve que permite conocer de manera rápida el estado de las funciones cognitivas de una persona. Cada vez se hace más necesario que dichos screening se realicen y esto ocurre por diversas razones vinculadas con el aumento de la expectativa de vida y los trastornos cognitivos que pueden darse en adultos mayores.

¿Quién puede tomar un test de screening?

Un profesional de la salud: médico no especialista, psicólogo, enfermera, terapeuta ocupacional. En definitiva todo profesional que tiene contacto con poblaciones en riesgo o que recibe de su paciente quejas de memoria o los familiares reportan cambios cognitivos.

¿Por qué tomar un test de screening?

Estas herramientas proporcionan la posibilidad de detectar alteraciones cognitivas antes que se exprese o desarrolle una demencia permitiendo el comienzo del tratamiento en forma temprana.

El haber realizado una evaluación de screening, si luego se decide solicitar una evaluación completa, orienta al neuropsicólogo.

En el caso de trabajar con los talleres de memoria tenemos una herramienta sencilla y de rápida aplicación para evaluar los participantes de los grupos, agruparlos de acuerdo a sus capacidades y dificultades como así también evaluar los resultados de nuestra tarea.

¿Cuál es su importancia?

Nos provee información inicial para realizar una primera aproximación diagnóstica cuando nos encontramos con un paciente con fallas cognitivas.

No es necesario que seamos neuropsicólogos para aplicar los test de

screening, de acuerdo al valor que obtengamos en el contexto de la impresión clínica general y de la historia del paciente, veremos si es pertinente la interconsulta con el neuropsicólogo que va a profundizar el diagnóstico y con el neurólogo, el clínico o el psiquiatra.

¡Recuerden!

¡El diagnóstico de demencia se realiza valorando la información que proviene de la interconsulta!

No todo deterioro cognitivo es demencia.

Cada profesional va a diseñar su propia mini-batería de screening o combinación de test con la que se siente más cómodo para evaluar.

Características de una buena evaluación de screening

- Brevedad
- Fácil Aplicación
- Fácil realización (no necesitar de materiales complejos)
- No afectarse demasiado por el sexo, la edad o los años de educación
- Tener un alto grado de sensibilidad y especificidad
- Debería evaluar aquellos procesos cognitivos centrales en el diagnóstico de demencias más prevalentes:
 - Atención y concentración
 - Memoria
 - Lenguaje
 - Praxias
 - Funciones Visuoespaciales
 - Funciones Ejecutivas

Cuando se aplican test de screening siempre hay que verificar el nivel de instrucción formal o laboral alcanzado por la persona, verificar con algún cuestionario el estado de ánimo y ansiedad ya que estos factores pueden impactar negativamente en el desempeño del sujeto. También hay que explorar el nivel de funcionamiento en las actividades de la vida cotidiana, cambios en las relaciones, etc.

Debemos diferenciar una prueba breve de una Evaluación Neuropsicológica

La Evaluación Neuropsicológica es un procedimiento diseñado específicamente para explorar integralmente el funcionamiento cognitivo de un individuo. La exploración de las funciones cognitivas se lleva a cabo tanto en pacientes que sufren alteración de las funciones intelectuales como en personas que quieren controlar su performance en diferentes etapas de la vida. Se evalúan fortalezas y debilidades que servirán de input para el tratamiento posterior si correspondiere.

Un resultado por debajo del valor límite sugiere deterioro cognitivo, pero un resultado considerado “normal” no lo descarta, ya que muchas demencias comienzan con cambios conductuales y no con cambios cognitivos sobresalientes.

Esta información que nos provee la herramienta, la resignificamos con todo lo que escuchamos en las entrevistas clínicas.

¿Cuáles son los objetivos de la Evaluación Neuropsicológica?

- Contribuir con el diagnóstico
- Evaluar las consecuencias de una enfermedad ya diagnosticada
- Describir el funcionamiento cognitivo actual del paciente, determinando las capacidades alteradas y aquellas preservadas
- Planificar un tratamiento de rehabilitación cognitiva
- Valorar los efectos de un tratamiento
- Objetivar cambios en el tiempo
- Brindar información para el cuidado y seguimiento del paciente
- Brindar información y asesoramiento a los familiares del paciente

Para profundizar este tema sugerimos la siguiente bibliografía:

Debora I Burin, Marina A Drake y Paula Harris compiladoras.
Evaluación Neuropsicológica en Adultos Paidós Editorial año 2007

Importancia de contar con pruebas de screening

En las grandes ciudades podemos contar con centros importantes donde se realizan exámenes de evaluaciones exhaustivas, I.N.E.B.A., I.N.E.C.O., FLENI, o en los Hospitales Nacionales como El Hospital Santojanni, en la Capital Federal.

No siempre los pacientes están dispuestos a someterse a una evaluación cognitiva en una institución donde son desconocidos, muchas veces prefieren confiar su problema y ser evaluados por un profesional de su confianza y en la intimidad del consultorio.

Muchos pacientes no tienen acceso a estos centros especializados por razones de distancia geográfica o por razones económicas.

Por otra parte muchos de ustedes se encuentran trabajando en soledad en pequeños pueblos o ciudades de todo nuestro país y es necesario que tengan acceso a pruebas de evaluación rápidas y sencillas que les permitan realizar un diagnóstico inicial para luego pedir la interconsulta pertinente.

Por ejemplo:

Si en el Pueblo de Las Flores, Provincia de Buenos Aires no hay un neuropsicólogo especializado y llega al hospital una consulta de un paciente de más de 50 años con quejas cognitivas o con síntomas de deterioro cognitivo, ¿quien lo evalúa?

Estas pruebas permiten que un profesional formado en gerontología pueda iniciar el proceso de evaluación teniendo en cuenta que :

Una prueba de screening no puede ser utilizada por sí sola para establecer el diagnóstico de demencia. Se necesitará la ampliación de la información que el test aporta, con otras pruebas (clínicas, neurológicas) para poder realizar este diagnóstico.

En qué consiste un examen básico inicial

- Entrevistas y relevamiento de la historia clínica.
- Entrevistas familiares para recabar información
- Observación del paciente
- Evaluación clínica de la memoria ecológica (Bárbara Wilson)
- Pruebas de screening:
 - ACE , MMSE
 - Evaluación del lenguaje (especialmente denominación, ya que es frecuente encontrar alteraciones)
 - Cuestionarios de Fallos de memoria
 - Entrevista con un informador IQCODE
 - Evaluación de las AVD
 - Cuestionario de Depresión y de ansiedad
 - Escala GDS o similar (estadificación del deterioro).
 - Test del reloj (contenido en el ACE).
 - Fluencia verbal (contenido en el ACE).

¿Para qué?

- Aproximación diagnóstica
- Toma de decisiones respecto a las interconsultas pertinentes
- Toma de decisiones acerca de las estrategias terapéuticas a seguir

Herramientas de screening frecuentemente utilizadas

Vamos a ver las pruebas habitualmente mas usadas en nuestro medio:

- ACE
- MINIMENTAL

MMSE (Folstein, 1975): Una herramienta de screening muy utilizada. Falla sin embargo en la detección de la demencia en sus estadios iniciales.

Se ha validado a para población de Buenos Aires: J. Butman. El "Mini – Mental State Examination" en español. Normas para Buenos Aires. Rev Neurol. Arg 26 (1): 11-12. 2001.

MMSE: total 30 puntos

- Orientación temporal y espacial.
- Repetición y recuerdo de 3 palabras.
- Cálculo y deletreo inverso.

- Denominación de 2 dibujos.
- Comprensión de 2 ordenes (de 1 y 3 comandos).
- Repetición de una frase.
- Escritura de una oración.
- Copia de pentágonos superpuestos.

Interpretación de los puntajes:

Estos valores son aproximados y de uso habitual. También pueden utilizarse las normas para Buenos Aires de Butman et al. que consideran edad y años de educación.

27 – 30: Normal
 26 – 25: Dudoso
 24 – 10: Demencia leve a moderada
 9 – 6: Demencia moderada a severa
 5 – 0: Demencia severa

Debilidades del MMSE

Memoria: 3/30 (muy poco asignado)
 Lenguaje: 8/30 (muy poco asignado)
 Funciones ejecutivas: *ausente*

Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE)

El Addenbrooke's Cognitive Examination en español para el diagnóstico de demencia y para la diferenciación entre enfermedad de Alzheimer y demencia frontotemporal.

Diego Sarasola¹, María de Luján Calcagno², Liliana Sabe¹, Alejandro Caballero³, Facundo Manes¹

ver el material en la siguiente dirección <http://www.revneuropsi.com.ar>

Se ha validado al español del Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE). Es una Batería breve recientemente desarrollada y validada en inglés para detectar demencia y diferenciar la demencia tipo Alzheimer (DTA) de la demencia frontotemporal (DFT).

- Puntos de corte: 86 para población de alta educación o funcionamiento previo.
- Punto de corte: 68 para población de menor escolaridad (menos de 7 años).

A su vez, permite calcular los 30 puntos del MMSE, ya que están incluidos en el cuestionario. Comparando ambas pruebas mientras el MMSE asigna 3/30 puntos a la función memoria, el ACE le asigna 35/100.

Esto permite, además, evaluar el aprendizaje serial. También agrega el examen de la fluencia verbal y amplía el del lenguaje: suma 10 objetos más a la prueba de

denominación -evaluando así más profundamente la lectura de palabras- e incluye una prueba de comprensión más exigente.

Con respecto a las funciones visuoespaciales, además de los pentágonos cruzados del MMSE se le pide al paciente el dibujo de un cubo y de un reloj.

El ACE fue traducido al español con adaptación de la prueba de aprendizaje y recuerdo del nombre y dirección, manteniendo el número de palabras; de la prueba de memoria semántica, teniendo en cuenta la adaptación cultural; de la repetición de palabras y frases/oraciones y de la lectura de palabras regulares e irregulares, teniendo en cuenta el tamaño y la frecuencia.

ACE

- Orientación: 10
- Atención y concentración: 8
- Memoria 35
- Fluencia verbal 14
- Lenguaje 28
- Habilidades visuoespaciales 5

PUNTO DE CORTE 86

Fortalezas del ACE

- Brevidad (toma entre 20 a 30 minutos)
- de Fácil Aplicación
- de Fácil realización
- No afectarse demasiado por el sexo, la edad o los años de educación
- Tener un alto grado de sensibilidad y especificidad
- Ser capaz de diferenciar entre diferentes tipos de demencias

Debilidades del ACE

- Poca evaluación de las Funciones Ejecutivas.
- Poca puntuación para las funciones visuoespaciales.
- No discriminación de las tres etapas de la memoria: adquisición, almacenamiento y evocación

Actualmente se está validando la nueva versión del ACE (ACE-R) que incluye mejoras por ejemplo mayor exploración de las funciones visuoespaciales, mejoras en evaluación de la memoria, etc.

Screening Funciones ejecutivas

Dado que en los test anteriores las funciones ejecutivas (FE) no se evalúan, es conveniente evaluar memoria de trabajo, programación motora, control inhibitorio, la dependencia al medio ambiente, la capacidad de abstracción, entre otras tareas.

La definición de funciones ejecutivas varía de un autor a otro, sin embargo los

siguientes procesos comprenden las FE ¹:

- Formulación de metas o un objetivo.
- Planificación, elaborar un plan basado en una estrategia autogenerada incluyendo la elección, entre secuencias de conductas alternativas.
- Iniciación de la respuesta.
- Inhibición de la producción de respuestas automáticas, inapropiadas, en un contexto particular.
- Flexibilidad (capacidad de cambio o corrección de la respuesta, en base a la información obtenida por el medio).
- Automonitoreo de la conducta.
- Organización del pensamiento.
- Capacidad de razonamiento abstracto y conceptual.
- Control de la atención (mantener la atención durante largos períodos de tiempo para asegurarse el desarrollo de largas secuencias de comportamientos).
- Memoria de trabajo (mantener datos con que se cuenta para su logro y del plan de respuestas).

No hay un sólo test que pueda medir todas estas funciones por ello se usan:

- Torre de Londres- Torre de Hanoi, para medir planificación
- Stroop , Test de clasificación de cartas de Wisconsin (WCST) para evaluar Control inhibitorio
- Fluencia verbal fonológica y semántica, Trail Making Test B para evaluar flexibilidad cognitiva,
- WCST, laberintos, fluencia, para evaluar automonitoreo de la conducta.

Evaluación Neuropsicológica

La *Evaluación Neuropsicológica* es un proceso que explora las funciones cognitivas-comportamentales y sus posibles alteraciones causadas por anomalías en la estructura o función cerebral de un sujeto. Está constituida por un conjunto de métodos, técnicas y herramientas que permiten definir de forma clínica, y en parte estandarizada, el estado de las funciones cognitivas de los pacientes en un momento dado frente a determinados estímulos objetivos y estandarizados que presentan los test neuropsicológicos. La evaluación neuropsicológica es un proceso y como tal conlleva una serie de pasos que comienzan con la entrevista inicial y termina con la entrega del informe y la devolución a los familiares y/o profesional que solicita la evaluación. La entrevista inicial es insoslayable ya que permitirá observar a la persona en un ambiente menos estructurado que durante la administración de las pruebas; ello permitirá definir los instrumentos más adecuados de evaluación según el cuadro que presenta el paciente (Grillo & Mangone, 2006).

De acuerdo con Leiguarda y Manes (2005) las pruebas que conforman una evaluación neuropsicológica pueden variar de acuerdo al motivo de la derivación y a las preferencias del neuropsicólogo o grupo de trabajo. La mayoría de los neuropsicólogos usan una batería neuropsicológica en las que todas las esferas cognitivas son evaluadas y que consta de una matriz estable y de una parte flexible según la hipótesis o el déficit a evaluar. Las ventajas de la evaluación neuropsicológica

1 Debora Burin, Marina Drake y Paula Harris (compiladoras) Paidós 2007. *Evaluación neuropsicológica en adultos*. Cap. 10 Evaluación de las funciones ejecutivas.

sobre la evaluación clínica se deben a que es amplia, detallada, replicable, utiliza instrumentos estandarizados, cuantificables, sensibles y que poseen validez. Los resultados del desempeño de un individuo deben ser contextualizados en el marco de su desempeño esperable para la edad del sujeto, pertenencia sociocultural y nivel educacional (Drake, 2007; Grillo & Mangone, 2006; Romero, 2002).

La evaluación neuropsicológica desempeña un rol crítico frente al deterioro cognitivo. Contribuye al diagnóstico de demencia mediante la identificación de los déficits cognitivos y la evaluación de su posible impacto en la vida diaria que constituyen criterios fundamentales para arribar al diagnóstico según la definición de demencia de Cummings (1992) citada precedentemente.

Los criterios para arribar al diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer más utilizados son, según Leiguarda y Manes (2005), los del Instituto Nacional para los Desórdenes Neurológicos, de la Comunicación y el Accidente Cerebro vascular y la Asociación para la Enfermedad de Alzheimer y Desórdenes Relacionados de Estados Unidos de Norteamérica (NINCDS-ADRDA).

Los mismos incluyen a la evaluación neuropsicológica como una instancia necesaria para el diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer Probable.

De acuerdo a Grillo y Mangone (2006), la evaluación neuropsicológica facilita la diferenciación de otros posibles síndromes orgánicos focales tales como afasia, apraxia, amnesia, entre otros.

Diversos autores coinciden en la enumeración de los objetivos más relevantes de la evaluación neuropsicológica (Drake, 2007; Grillo & Mangone, 2006; Leiguarda & Manes, 2005; Romero, 2002):

- Contribuir al diagnóstico de las alteraciones cognitivas.
- Cuantificar los déficits cognitivos específicos y descubrir las capacidades que permanecen relativamente intactas para guiar la compensación o la adaptación del individuo.
- Identificar posibles etiologías (Ej.: deterioro cognitivo por depresión o por una enfermedad degenerativa).
- Indicar una posible correlación anátomo-clínica de los déficits cognitivos.
- Proveer información para la realización de cirugías (Ej.: cardiovascular, epilepsia, Parkinson e hidrocefalia).
- Proveer información para el planeamiento y monitoreo de estrategias de tratamiento farmacológico o rehabilitación cognitiva.
- Diagnosticar deterioro cognitivo presintomático en enfermedades familiares degenerativas.
- Evaluación longitudinal para determinar la evolución del perfil cognitivo.
- Evaluar la efectividad de un tratamiento.
- Permitir contar con información precisa para explicar a los familiares sobre los déficits cognitivos del paciente.
- Investigación.

Los *Test Neuropsicológicos* son una de las principales herramientas del neuropsicólogo.

Brinda información cuantitativa y cualitativa. Permiten comparar el rendimiento de la persona evaluada en el test con el de un grupo de sujetos sanos de similar edad y nivel educacional. Para ello, es altamente deseable que los tests utilizados estén validados para la población local. Si bien los tests son herramientas fundamentales para tal fin, la evaluación neuropsicológica es mucho más que administrar tests. La aplicación e interpretación de los mismos debe ser llevada a cabo por un neuropsicólogo formado que interprete los múltiples datos, integrando la información

que brindan los test con la brindada por otras fuentes de datos, a saber, el propio paciente, sus familiares, la entrevista clínica, la observación del comportamiento del paciente durante el examen. (Grillo & Mangone, 2006).

La evaluación neuropsicológica provee información precisa para organizar la estrategia terapéutica de rehabilitación o estimulación cognitiva. En este sentido, la inclusión del psicólogo en el equipo terapéutico que atiende a personas que padecen de daño cerebral es de central importancia, no sólo a nivel diagnóstico, de rehabilitación o estimulación sino para incluir los aspectos relacionados con la reacción psicológica del paciente y del entorno debido al impacto provocado por la lesión o enfermedad (Cardamone, 2004).

La Neuropsicología realiza una importante contribución al proceso diagnóstico del síndrome demencial, ya sea en la detección temprana como en la identificación de las funciones afectadas y preservadas.

Cummings (1992) lo expresaba al plantear que el deterioro cognitivo debe estar documentado por una evaluación neuropsicológica, lo más completa y detallada posible, efectuada con instrumentos de evaluación cuantificables y reproducibles, respecto de los cuales existan datos normativos disponibles.

La precisión en la especificación de las características neuropsicológicas del cuadro facilita el diagnóstico diferencial, precoz y preciso entre las distintas patologías.

La contribución de la Neuropsicología al proceso diagnóstico es un elemento valioso para el paciente y su familia y también es un factor a tener en cuenta en el diseño de políticas de salud; más aún en este grupo etario en el que, según Famulari (1997), existe la posibilidad de confluencia multietiológica así como el solapamiento de síntomas.

Según Kipps y Hodges (2005) en la *Evaluación de los Dominios Cognitivos* se comienza por establecer el funcionamiento pre-mórbido (educación, trabajo, relaciones).

Se debe tratar de interrogar tanto al paciente como al acompañante en forma independiente. El inicio y la evolución temporal del deterioro son tan importantes como el conjunto de déficits.

Los antecedentes familiares y los factores de riesgo, así como enfermedades concomitantes y medicación debe ser tenida en cuenta. Debe observarse el grado de atención y cooperación ya que son datos útiles a la hora de interpretar los resultados.

Dominios a evaluar

Orientación: Se estudia en relación a la ubicación temporal, espacial y autopsíquica (nombre, edad y fecha de nacimiento).

Atención y Concentración: además de la actitud general frente a la evaluación puede evaluarse en tareas sencillas, retención de una serie de dígitos, deletreos de palabras en sentido inverso, cálculos sencillos. Los *lapsus* en la concentración y atención, perder el tren del pensamiento durante la entrevista, olvidar las consignas pueden estar indicando dificultades atencionales más allá de los resultados numéricos.

Memoria: La memoria episódica (anterógrada, retrógrada), memoria semántica, memoria de trabajo, aprendizaje, recuperación de la información, presencia de confabulación, intrusiones, darán cuenta de los distintos síndromes mnésicos.

Lenguaje: Deben observarse en la entrevista inicial y durante la evaluación los trastornos del lenguaje como poca fluidez, prosodia y articulación, denominación de palabras, parafasias, comprensión, repetición, lectura, escritura.

Inteligencia: Se busca obtener una estimación de la inteligencia pre-mórbida y de la actual para analizar si hubo deterioro a través del tiempo.

Función ejecutiva y del lóbulo frontal: Los trastornos incluyen errores en el planificación, juicio, resolución de problemas, control de los impulsos y razonamiento abstracto, flexibilidad, fluidez fonológica.

Praxias: La evaluación debe incluir imitación de gestos y a la orden, transitivos y no transitivos, simbólicos y no simbólicos. Ejemplo de ello es uso de objetos imaginados (peinarse, cortar el pan), movimientos orobucuales (soplar una vela, toser) y tareas que requieren secuencias ordenadas de movimientos.

Función visuoespacial y visuopercepción: se evalúa desde aspectos visuoperceptivos simples, visuoespaciales hasta la visuopercepción con pruebas más complejas. Copiar formas de tres dimensiones o el test del reloj son buenas pruebas para evaluar apraxia de construcción. También se utilizan test y baterías específicas para evaluar el funcionamiento de los distintos componentes de los procesos visuoperceptuales, de reconocimiento de objetos y rostros, de orientación espacial como test de Hooper y la Batería BORB. La desatención (*neglect*) visual puede evaluarse también en este ítem.

Actividades cotidianas: Criterios recientes incluyen en la definición de demencia el deterioro de las actividades de la vida diaria -la habilidad para organizar las finanzas, conducir en forma segura, organizar esquemas de medicación- que frecuentemente se alteran antes que la capacidad de cocinar, caminar, la higiene personal y continencia.

Evaluación de la conducta: Resulta útil interrogar sobre cambios conductuales (conflictos en el trabajo, con las relaciones interpersonales, conducta social vergonzosa, cambios en la preferencia de alimentos o conducta sexual inapropiada, apatía o falta de motivación, impulsividad).

Alteraciones afectivas: Puede presentarse ansiedad y/o depresión. Se debe considerar para el diagnóstico diferencial que los trastornos afectivos primarios pueden deteriorar la memoria, la función ejecutiva y el uso del lenguaje.

Diferenciar screening de ENP

- Las pruebas de screening neuropsicológico o de despistaje (Casullo) son evaluaciones breves que las puede cualquier clínico, médico o psicólogo capacitado.
- Nos permiten realizar una primera aproximación diagnóstica y de acuerdo a los resultados obtenidos pediremos una profundización del diagnóstico al neuropsicólogo.
- La ENP consiste en una selección de tests que se realizará en función de cada síndrome clínico a estudiar. Es una Evaluación exhaustiva y compleja que debe estar a cargo de un especialista.

En cualquier Evaluación tanto sea breve como completa es importante tener en cuenta las características individuales del sujeto: edad, estado de salud, educación formal, ocupación, autoevaluación de la memoria, las destrezas que siempre tuvo, la presencia o ausencia de depresión y ansiedad frente a lo que está atravesando, la reticencia ante la situación de evaluación, como también la naturaleza del material empleado.

ACTIVIDAD 8

Para repasar los temas trabajados:

- ¿Por qué considera importante contar con una prueba de screening cognitivo?
- ¿Qué evalúa el ACE?
- ¿Cuáles son los objetivos de la Evaluación neuropsicológica?
- ¿En qué se diferencia la Evaluación neuropsicológica de las pruebas de screening?

Resumen:

En esta unidad temática hemos tratado temas fundamentales para la psicogerontología.

Los psicólogos que atienden pacientes mayores en algún momento van a escuchar quejas subjetivas de memoria. Debemos tener las herramientas necesarias para poder hacer una primera discriminación diagnóstica entre los problemas de memoria que se presentan en el envejecimiento normal y los deterioros cognitivos producto de patología cerebral. Las pruebas de screening cognitivo nos darán información como para tomar decisiones: de profundizar la investigación del funcionamiento cognitivo a través de la evaluación neuropsicológica realizada por un profesional entrenado y la pertinencia de indicar el trabajo de estimulación, rehabilitación o entrenamiento cognitivo.

UNIDAD 5: PROPUESTA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL: PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL ABUSO, VIOLENCIA Y MALOS TRATOS

Introducción

En esta unidad desarrollaremos los conceptos básicos referidos al abuso, maltrato y violencia hacia las personas mayores. Este tema tiene su especificidad en relación a otros grupos de edad dado la dependencia afectiva y económica de las personas mayores hacia cuidadores y familiares. Todos los profesionales que trabajan con adultos mayores deben estar atentos a situaciones de maltrato y abuso que pueden aparecer tanto en el ámbito familiar como institucional.

Prevención y atención del abuso, violencia y malos tratos

El maltrato, abuso y/o negligencia hacia las personas mayores se puede considerar dentro del marco de violencia que puede tener como objeto a diferentes poblaciones (mujeres, niños, personas mayores, etc.). Lo que unifica a estos grupos es la característica de que en general dependen del responsable del maltrato para su subsistencia. El maltrato hacia las personas mayores está fundado en general en el prejuicio contra la imagen deteriorada y desvalorizada de la vejez como etapa de la vida caracterizada por pérdidas, decrepitud y cercana a la enfermedad y la muerte.

El envejecimiento poblacional sucedido en las últimas décadas, ha dado lugar a una necesaria reorganización de los recursos sociosanitarios y económicos con que las sociedades contaban, y dada la redistribución de los recursos que tuvo lugar y el empobrecimiento de las sociedades en desarrollo, las generaciones más jóvenes podrían ver reflejados en los viejos, aquellos que se “roban sus recursos”. La salida tardía del mercado de trabajo con la consecuente disminución de la demanda de trabajadores más jóvenes, el aumento en los aportes que deben hacer los trabajadores activos para sostener los haberes jubilatorios, la ocupación de camas hospitalarias por largos períodos por parte de la población de mayores, etc., si no son conceptualizadas desde una “reorganización social que tenga en cuenta el curso entero de la vida”, producen desajustes, que pueden terminar como en “Diario de la guerra del cerdo” de Adolfo Bioy Casares, pasando de la “gerontofobia al gerontocidio” (Diana Singer).

Los ámbitos por excelencia en los que se detecta maltrato a las personas mayores, son en primer lugar, la familia, y también en las instituciones encargadas de cuidar a los ancianos dependientes – las residencias -.

Diversas investigaciones dan cuenta de que las variables que cuentan con mayor evidencia como predictoras de riesgo de maltrato son:

- La carga percibida por la persona cuidadora con respecto a las situaciones de cuidado
- La frecuencia de conductas agresivas exhibidas por la persona cuidada

Uno de los factores que condicionan el maltrato en la vejez es la situación de dependencia que padece el anciano a causa de una enfermedad crónica invalidante, que hace que dependa de otro para la satisfacción de sus necesidades básicas, durante periodos prolongados de tiempo.

Las enfermedades crónicas invalidantes, que padecen las personas mayores, muchas veces afectan sus capacidades intelectuales, por lo cual, no podemos contar con el testimonio de las víctimas para la prevención o detección del maltrato.

Pero ¿Qué es el maltrato?

Una de las definiciones más aceptadas ha sido la acuñada por la Red Internacional para la Prevención del Maltrato hacia las personas mayores (INPEA, 1995) a través de la Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores que indica que

«El maltrato es cualquier acto único o repetido o la falta de medidas apropiadas que se produce dentro de cualquier relación donde hay una expectativa de confianza que causa daño o angustia a una persona mayor».

En España, en el año 1996, se celebró la Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado surgiendo como resultado de la misma la Declaración de Almería, según la cual:

«Maltrato a mayores sería todo acto u omisión sufrido por personas de 65 años o más, que vulnera la integridad física, psíquica, sexual y económica, el principio de autonomía o un derecho fundamental del individuo; que es percibido por éste o constatado objetivamente, con independencia de la intencionalidad y del medio donde ocurra (familiar, comunidad e instituciones)»

Agresores y agredidos

Diversos estudios han tratado de determinar el perfil de los actores del maltrato. Así, se ha concluido que en un 50 % de los casos el agresor es el cuidador principal, a consecuencia del estrés provocado por las responsabilidades del cuidado. Entre estas personas, un 85% es del entorno familiar (en el 60 % de los casos son hijos/as, y en un 25% el/la cónyuge). En un 37% el/la agresor/a también es mayor de 65 años. El 53% de agresores son hombres y el 47% mujeres y la edad promedio es de 58.1 años. En cuanto al tipo de maltrato se detectó el 15 % corresponde al abuso físico, 0.6% abuso sexual, 24% abuso psicológico, 29% abuso económico, el 20% de los casos corresponden a abandono, 8% a violación de los derechos y el 2.6% a maltrato social.

Con respecto a la persona maltratada, el 80% son mujeres, y el 20 % son hombres. Debemos tener en cuenta que la mujer es más longeva y tiende a sufrir más

enfermedades degenerativas y otras enfermedades discapacitantes. Según Plamondon y Lauzon 2001) la edad promedio de las víctimas es 79.8 años.

Tipologías de maltrato

Es preciso tener en cuenta que los diferentes tipos de maltrato pueden encontrarse tanto en el ámbito domiciliario como en el institucional (Hegland, 1992) y que es probable que estén presentes de forma simultánea varios tipos de maltrato en la misma persona.

Por ejemplo, una persona mayor puede estar siendo maltratada física y psicológicamente al mismo tiempo por un hijo alcohólico (Adelman et al., 1998).

Es muy común utilizar el término «maltrato a personas mayores» como una categoría que incluye todos los tipos de maltrato o de comportamiento abusivo hacia las personas mayores. Este maltrato puede ser una acción u omisión, intencional o no intencional, de uno o más tipos: físico, psicológico/emocional, abuso sexual, económico, negligencia, abandono y violación de los derechos, que provoca un sufrimiento innecesario, lesiones, dolor, pérdida o violación de los derechos humanos y una disminución en la calidad de vida (Hudson, 1991). Que un comportamiento sea etiquetado como abusivo, negligente o de explotación podría depender de su frecuencia, duración, intensidad, gravedad, consecuencias y contexto cultural (Pérez, 2004).

Las tipologías específicas de maltrato a la gente mayor, mantienen mayoritariamente las descritas en otros protocolos genéricos, pero se pueden considerar ciertas especificidades, tales como la negligencia y el maltrato institucional, como una tipología.

Podemos describir entonces diez tipologías específicas distintas:

1. Maltrato físico

Uso intencionado de la fuerza física que puede dar lugar a lesión corporal, dolor físico o perjuicio. (Empujar, golpear, forzar a alguien a comer o beber algo. Forzar a alguien a estar en una posición inapropiada. Sujetar o atar. Pellizcar. Quemaduras (con cigarrillos, líquidos, etc.) • Lesiones o heridas. Fracturas óseas. Estirones en el cabello. Zarandear. Tirarle o derramarle comida o agua)

2. Maltrato psicológico

Causar intencionadamente angustia, pena, sentimiento de indignidad, miedo o aflicción por medio de actos verbales o conducta no verbal (amenazas, insultos, intimidación, humillación, ridiculización, infantilización, privación de seguridad y/o afecto, invalidación, ser tratado como un objeto, etc.)

3. Abuso sexual

Comportamiento (gestos, insinuaciones, exhibicionismo, etc.) o contacto sexual de cualquier tipo, consumado o no, no consentido o con personas incapaces de dar consentimiento (violación, tocamiento, acoso sexual, hacer fotografías, etc.).

4. Abuso económico o financiero

Utilización no autorizada, ilegal o inapropiada de fondos, propiedades o recursos.

5. Maltrato farmacológico

Tanto la utilización inadecuada o desproporcionada de fármacos para la sedación o contención (camisa de fuerza química), como abstenerse el cuidador o quien ejerce la

custodia de suministrar medicamentos necesarios para el bienestar.

6. Negligencia/abandono

Rechazo, negación o equivocación para iniciar, continuar o completar la atención de las necesidades de la persona mayor, ya sea de forma voluntaria (activa) o involuntaria (pasiva), por parte de la persona que de forma implícita o acordada sea responsable de ella. Por ejemplo, no aportar recursos económicos, omisión de las necesidades básicas como alimento, agua, alojamiento, abrigo, higiene, ropa, atención sanitaria, tratamiento médico, etc.

Cuando esta situación se da en el ámbito institucional, hablamos de **negligencia**, y cuando es en el ámbito familiar, de **abandono**.

7. Vulneración o violación de los derechos

Confinamiento o cualquier otra interferencia de la libertad personal, así como la explotación de la persona mayor o vulneración de los otros derechos fundamentales que tiene como Ciudadano de pleno derecho

8. Autonegligencia/autoabandono

Comportamiento no consciente de una persona mayor que amenaza su propia salud o seguridad. Negación o rechazo a alimento, agua, ropa, abrigo, higiene o medicación adecuados.

Es necesario excluir las situaciones en las cuales una persona anciana en pleno uso de sus facultades mentales toma decisiones voluntarias con respecto a su salud o seguridad.

9. Maltrato social

Discriminación de un grupo de población que reúne características comunes – en este caso, la edad cuando se convierten en víctimas de delitos, trampas fraudulentas, acoso inmobiliario y otros.

10. Maltrato institucional

Cualquier legislación, programa, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o privados, o derivados de la actuación individual del profesional de estos que conlleve abuso, negligencia o detrimento de salud, de la seguridad, del estado emocional o del estado de bienestar físico, o que los derechos de las personas mayores no sean respetados.

Así, muchas organizaciones en el último tiempo han llamado la atención sobre este tema, sacando a la luz lo que muchas veces quedaba en el seno de las familias. De todos modos aun quedan muchos ancianos que se resisten a denunciar el abuso de que son víctimas por vergüenza, por justificación a sus propios hijos, etc.

El trabajo desarrollado por la INPEA (Red internacional de prevención del abuso y maltrato en la vejez), y el énfasis puesto por la Organización Mundial de la Salud para la prevención del maltrato de las personas mayores, han contribuido en forma significativa a elevar la toma de conciencia a nivel mundial. En nuestro país desde hace algunos años se ha adherido al DIA INTERNACIONAL DE LA TOMA DE CONCIENCIA DEL ABUSO Y MALTRATO A PERSONAS MAYORES establecido el 15 de junio de cada año.

También Instituciones Académicas, a nivel internacional, han contribuido de forma sustancial a aumentar el conocimiento y la concientización y han desarrollado herramientas metodológicas para estudiar el problema.

Negligencia

En la negligencia son signos de sospecha la existencia de problemas de salud e higiene reiterados e inexplicables (escaras, deshidratación, desnutrición, etc.), el uso de ropa inadecuada (para el contexto o para las condiciones físicas), la evidente inatención a problemas solubles (una sordera que puede corregirse con audífono, problemas de vista no tratados, la falta de andadores, etc.) por no haber solicitado recursos auxiliares disponibles y accesibles. También son signos de negligencia: la sobremedicación (que habitualmente busca que la persona no sea molesta o limitar sus demandas), la falta de cumplimiento de las prescripciones o insuficiencia en la supervisión del personal sanitario, así como la ubicación de la persona mayor en un medio deteriorado (suciedad, falta de agua o calefacción, electrodomésticos estropeados, ausencia de útiles imprescindibles).

Adjuntaremos al final, un ANEXO para que tengan más detalladamente los indicadores de maltrato institucional, ya que es un fenómeno habitual en residencias para mayores que no debe pasar desapercibido a la mirada de ningún profesional, familiar o agente comunitario con responsabilidad o implicancia en el cuidado de una persona mayor institucionalizada.

Factores de riesgo

En la familia

- Estrés del cuidador.
- Grado de dependencia de la persona mayor.
- Antecedentes de violencia en la familia.
- Problemas personales y económicos del cuidador.
- Alcoholismo y otras adicciones.
- Falta de información y de recursos sobre la atención que requiere una persona con discapacidades.
- Aislamiento social del cuidador.
- Falta de apoyo y de descanso del cuidador, que está al cargo de una persona discapacitada las 24 horas del día, siete días a la semana.

Conductas típicas del abusador

- Se queja ante terceros de la conducta de la persona mayor.
- Desvaloriza a la persona mayor.
- Reta a la víctima, le hace reproches.
- Aísla a la víctima.
- La desprecia en forma sistemática.
- Muestra cólera, arremete a la persona mayor en forma verbal o física, la empuja, la sacude.
- Se muestra controladora, limita la duración de las visitas.
- Se muestra inútilmente exigente, impone restricciones que no se justifican.
- Critica constantemente a la víctima, pone en evidencia sus dificultades.
- Insulta, amenaza con lastimar o hacerle sufrir privaciones.
- Limita los gastos de la persona mayor y se apropia de los recursos excedentes.

- Priva a la persona de la alimentación adecuada, no sigue las indicaciones de los médicos.
- Muestra un control total sobre la persona. Responde las preguntas que le hacen a esta.
- Acompaña sistemáticamente a la persona mayor, no permite que esté con un tercero sin su presencia.

Prevención y atención del abuso y maltrato

El Plan Internacional de Acción de las Naciones Unidas adoptado por todos los países en Madrid, en abril de 2002, reconoce claramente la importancia del maltrato de las personas mayores y lo pone en el contexto de los Derechos Humanos Universales. La prevención del maltrato de las personas mayores en un mundo que envejece, nos concierne a todos.

A partir de la toma de conciencia por la sociedad y los organismos internacionales de la magnitud de la problemática, surge, en una reunión de expertos, patrocinada por el gobierno de Ontario, en Toronto, el 17 de noviembre de 2002, lo que se conoció como DECLARACION DE TORONTO, que se constituyó en un llamado a la Acción dirigido a la prevención del Maltrato de las Personas Mayores.

Esta Declaración sugiere que los organismos implicados deben poder actuar en varias fases del conflicto:

- Prevención.
- Detección de las agresiones.
- Intervención social, policial o judicial en caso necesario.
- Mediación.
- Seguimiento.

Se debe considerar que:

- Faltan marcos legales. Cuando se identifican casos de maltrato de ancianos, con frecuencia no pueden abordarse por falta de instrumentos legales apropiados para responder a ellos.
- La prevención del maltrato de las personas mayores requiere la participación de múltiples sectores de la sociedad.
- Los trabajadores de la salud de atención primaria tienen un papel particularmente importante, ya que se enfrentan con casos de maltrato de ancianos en forma cotidiana aunque **con frecuencia no los diagnostican como tales**.
- Es vital la educación y diseminación de la información – tanto en el sector formal (educación a profesionales) como a través de los medios de comunicación (combatir el estigma, abordar los tabúes y ayudar a eliminar los estereotipos negativos sobre la vejez).

Planificar la acción

El protocolo de TORONTO sugiere que la prevención y la detección precoz a partir de la definición de los perfiles de riesgo son los objetivos principales.

La dependencia, que afecta especialmente a la persona mayor, es un rasgo distintivo, tanto en el sentido físico o mental como también en el sentido social; lo cual implica una mayor vulnerabilidad e indefensión que pueden provocar que la persona sea víctima de malos tratos con más facilidad.

La prevención a partir de la visualización de este conflicto social, la creación de nuevas herramientas de carácter preventivo, la detección y la consecuente intervención, son los objetivos principales del presente protocolo.

Es importante tener en cuenta dos perspectivas a la hora de planificar una estrategia de intervención que apunte a la detección y prevención del maltrato: la perspectiva cultural y la de género. Así debemos tener en cuenta el contexto cultural de la comunidad en la que vamos a intervenir y las representaciones sociales relacionadas. Asimismo debemos saber cuáles son las mayores situaciones de riesgo como:

- Carga asociada al cuidado
- Depresión
- Estrés asociado a conductas agresivas y provocadoras
- Cantidad de ayuda formal e informal recibida
- Prolongación en el tiempo de la necesidad de cuidados

Asimismo hay grupos más vulnerables como las mujeres, los muy ancianos, los que sufren discapacidades funcionales, los más pobres.

Un plan de acción para prevenir la violencia debe incluir objetivos, prioridades, estrategias y responsabilidades asignadas, así como un calendario y un mecanismo de evaluación. Debe basarse en un consenso entre muchos agentes gubernamentales y no gubernamentales, con inclusión de las organizaciones participantes que proceden. El plan debería tomar en cuenta los recursos humanos y financieros disponibles ahora y en el futuro para su ejecución e incluir elementos tales como la revisión y reforma de las leyes y las políticas existentes, el desarrollo de medios para la recolección de datos y la investigación, el fortalecimiento de los servicios para las víctimas, y el establecimiento y evaluación de respuestas preventivas. Para que el plan pase de la teoría a la práctica, es indispensable atribuir a una organización concreta la responsabilidad de vigilar e informar periódicamente sobre el progreso logrado en estos y otros elementos del plan.

Recomendación 1.

Crear, aplicar y supervisar un plan nacional de acción para prevenir la violencia

Recomendación 2.

Aumentar la capacidad de recolección de datos sobre la violencia

Recomendación 3.

Definir las prioridades y apoyar la investigación de las causas, las consecuencias, los costos y la prevención de la violencia

Recomendación 4.

Promover respuestas de prevención primaria

Recomendación 5.

Reforzar las respuestas a las víctimas de la violencia

Recomendación 6.

Integrar la prevención de la violencia en las políticas sociales y educativas, y promover así la igualdad social y entre los sexo

Recomendación 7.

Incrementar la colaboración y el intercambio de información sobre la prevención de la

violencia

Recomendación 8.

Promover y supervisar el cumplimiento de los tratados internacionales y la legislación y otros mecanismos de protección de los derechos humanos

Recomendación 9.

Buscar respuestas prácticas y consensuadas a nivel internacional al tráfico mundial de drogas y de armas

Las intervenciones en el sentido de la prevención y la atención del abuso y el maltrato deben tender a “vincular a la persona mayor con los recursos disponibles en su comunidad, antes que a castigar al perpetrador: se le provee así a la persona mayor de herramientas perdurables para enfrentar a la persona fuente de la violencia” (Acrich, L. 2003)

Programa Proteger

Este programa es un programa de Prevención del Abuso y Maltrato a Personas Mayores, del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Muchos años dependió de la Dirección General de Tercera Edad y ahora depende de la Vicejefatura del Gobierno. Su objetivo es orientar y asistir a los adultos mayores de 60 años que viven situaciones de maltrato, soledad o abandono. Los Centros de atención de demanda funcionan en los Centros de Gestión y Participación Comunales de los diversos barrios de la Ciudad. Se aborda la tarea desde un equipo interdisciplinario y se realiza capacitación permanente a sus miembros. Posee además una línea telefónica gratuita. Se realizan entrevistas para detectar la problemática y poder realizar una derivación adecuada. Se brinda contención emocional a las personas que consultan que en general presentan un alto grado de ansiedad y angustia, ya sea que denuncien situaciones propias o de terceros. Se favorece la catarsis, se dan pautas para evitar las situaciones violentas y se asesora para dar fin a la situación crítica. Después de la primera entrevista, se intenta contactar a la familia o allegados de la persona mayor, se apunta al restablecimiento de redes familiares, se buscan nuevas opciones a fin de mejorar la problemática, revinculando al anciano con alguien que pueda ofrecerle cuidado. Pueden ser situaciones de abandono o violencia. En estos últimos casos se requiere un cuidado especial, por el riesgo que corre el anciano victimizado que convive con su agresor y depende de él. Las derivaciones pueden ser al campo jurídico, médico o psicológico, dependiendo de los requerimientos específicos del caso. Se realizan visitas tanto al núcleo familiar como a medios institucionales, dependiendo del ámbito de origen de la denuncia. Cuando se contacta a la persona maltratada hay que saber cuándo es el mejor momento para hablar, si está de acuerdo con hacer la denuncia, etc. Hay veces que la demanda no es clara y se debe despejar el campo para comprender cabalmente qué se está solicitando. Se debe asegurar reserva del caso y de la identidad para protección de la víctima. Tanto en la familia como en las residencias, el anciano se halla indefenso frente al agresor.

Maltrato institucional

El maltrato institucional es una forma de ejercicio del poder mediante el uso de la fuerza, ya sea física, verbal o emocional para doblegar la voluntad del adulto mayor

y que ocurre en cualquier institución pública o privada que no cumpla con la responsabilidad de brindar respuesta a alguna necesidad del mismo. Incluye toda acción u omisión que provoque daño al adulto mayor y que atente contra sus bienestar integral, vulnerando sus derechos.

En las instituciones aparecen algunas modalidades recurrentes que son:

- La infantilización: tratar al anciano como un niño irresponsable del que uno no se puede fiar.
- La despersonalización: desatender las necesidades particulares de una persona, proporcionando servicios de acuerdo a criterios generales
- La deshumanización: Implica ignorar al anciano, despojarlo de sus intimidad y negarle la posibilidad de asumir decisiones sobre su vida
- La victimización: son los ataques a la integridad física y moral mediante amenazas, insultos, etc.

La **NEGLIGENCIA** es el descuido de las necesidades básicas de la persona mayor que se puede presentar en forma activa – descuido intencional o deliberado - o pasivo – descuido involuntario, debido a la ignorancia o la escasa reflexión sobre la tarea encomendada. Por estar relacionada especialmente con los cuidados, sólo puede ser perpetrada por los trabajadores.

El **ABUSO** es un fenómeno activo que puede ser ejercido por trabajadores, otros residentes o incluso familiares.

LA NEGLIGENCIA ES UN ACTO DE OMISION

EL ABUSO ES UN ACTO DE COMISION

Ahora veremos en detalle los indicadores posibles de abuso, negligencia y maltrato en una institución.

Son indicadores a los cuales debe prestar mucha atención.

Indicadores de posible negligencia

- Deshidratación, desnutrición
- Debilidad
- Petición o robo de alimentos
- Palidez, ojos o mejillas hundidas
- Extrema delgadez
- Olor a orina materia fecal
- Pérdida de anteojos, prótesis dentales, audífonos
- Retraso en el cambio de pañales
- Ropas sucias, viejas, rotas
- Enfermedades no tratadas
- Retraso en la atención al timbre de llamada

- Descuido del entorno residencial
- Uso incorrecto y constante de los dispositivos de contención física
- Contención química sin justificación y/o indicación médica
- Úlceras por decúbito dorsal (escaras)
- Escabiosis y pediculosis no diagnosticadas o sin tratamiento ni control
- Aspiraciones frecuentes
- Pérdida de tono muscular
- Quejas de frío, síntomas que delatan condiciones de vida inadecuadas.

Abuso físico

Es el uso voluntario, no accidental de la fuerza física para provocar daño, dolor o discapacidad. Se evidencia a través de cortes, quemaduras, moretones, heridas, inexplicables que en general no constan en la Historia Clínica o el legajo personal del residente. Pueden ser leves o graves, y pueden llegar a provocar la muerte.

Indicadores de posible abuso físico

- Historias de caídas y heridas sin explicación. Accidentes en momentos y lugares extraños.
- Quemaduras, hematomas, cortes
- Calvas en cuero cabelludo
- Presencia de nuevos y viejos hematomas simultáneamente
- Intentos de la persona por ocultar partes de su cuerpo en la exploración
- Deficiente higiene personal
- Queja frecuente de dolor.
- Falta o mal estado de conservación de prótesis (andadores, anteojos, audífonos, dentaduras, etc.)
- Pérdida de peso, desnutrición o deshidratación sin una patología de base que lo justifique
- Letargo, dificultad para hablar, caminar, comer

ABUSO SEXUAL es cualquier conducta sexual dirigida hacia un anciano que carece de conocimiento y consentimiento plenos sobre lo que está ocurriendo: acosar o forzar a realizar cualquier acto con intención de lograr satisfacción sexual por parte del abusador, hacer comentarios sexuales, animara a otros residentes a acercarse con intenciones sexuales.

Indicadores de posible abuso sexual

- Irritación genital o infecciones urinarias reiteradas
- Moretones en el cara interna de los muslos, ropa interior sucia, rota y/o con sangre
- Temor, retraimiento y sentimientos de culpa
- Tensión en el baño o vestido

El **ABUSO PSICOLOGICO** se caracteriza por provocar en la persona mayor institucionalizada angustia emocional por medio de la amenaza, descalificación, desvalorización, humillación, descalificación, insultos, amenaza de abandono o de falta de cuidados

Indicadores de posible abuso psicológico

- Redientes que impresionan ansiosos, tristes, agitados, retraídos, temerosos
- Tensión en el baño o vestido
- Cambios de conducta
- Actitud de defensa en presencia de ciertas personas
- Desamparo o llanto
- Evitación de contacto visual y replegamiento físico
- Síntomas depresivos, baja autoestima
- Búsqueda de atención y protección
- Susplicacia o agresividad
- Cambios en el apetito
- Estados confusionales
- Escaso contacto social
- Personal que insiste en estar presente todo el tiempo en las entrevistas o imposibilita el acceso al residente
- Amenaza de suicidio o manifestación de deseos de morir (descartar depresión)
- Pasividad, sumisión
- Demuestra no contestar espontáneamente preguntas
- No responde sobre sus condiciones cotidianas de vida
- Actitud de defensa en presencia de ciertas personas
- Evitación del contacto visual

La **EXPLOTACION O ABUSO FINANCIERO O ECONOMICO** se refiere a cualquier conducta inapropiada, con o sin consentimiento de la persona mayor, que suponga un beneficio para el abusador o una pérdida de dinero o de otros bienes para el anciano, como racionarle su dinero, exigir dinero por favores o cuidados extra, adueñarse de dinero y pertenencias sin su permiso, sacar dinero de su cuenta bancaria, animarle a hacer regalos al personal, aliarse con la familia en asuntos monetarios turbios, obligarle a firmar documentos que comprometen su patrimonio

Indicadores de posible abuso financiero

- Pérdida frecuente de pertenencia y de dinero
- Movimientos súbitos en la cuenta
- Libretas mancomunadas
- Familiares desconocidos que aparecen para reclamar acceso a bienes del paciente
- Impago de facturas por parte de familiares
- Austeridad injustificada
- Imposibilidad de los residentes para comprar elementos esenciales
- Apropiación deshonesto del manejo personal del dinero de los residentes
- Firmas en documentos y cheques diferentes a la verdadera firma del sujeto

- El nivel de cuidado del anciano no corresponde a sus entradas o posibilidades económicas
- Desaparición de joyas u otros objetos valiosos

Factores de riesgo

Puede haber

- A) Factores externos o psicosociales
- B) Factores ambientales o de la organización
- C) Factores relacionados con el personal
- D) Factores relacionados con los residentes.

Factores externos o psicosociales

- Imagen negativa de la vejez
- Viejismo (mitos y prejuicios hacia las personas mayores)
- Tendencia inconsciente a eliminar a los mayores para hacerle lugar a los jóvenes
- Recuerdo patológico de la dependencia en la infancia
- Actitud pesimista sobre la vida y la muerte

Factores ambientales o de la organización

- Tomar la institución como depósito de viejos o antesala de la muerte
- Trabajo escasamente reconocido social y profesionalmente
- Tareas dificultosas y estresantes
- Resentimiento hacia compañeros y superiores
- Síndrome de burn-out no detectado ni tratado
- Trabajadores con mucha práctica pero sin capacitación que se resisten a formarse
- Temor a la implicancia afectiva
- Liderazgo o supervisión inexistente o inadecuada
- Cuidados orientados sólo a la supervivencia
- Escaso personal
- Personal de alta rotación, poco estable (lo cual supone falta de respeto hacia el mismo que redundaría en falta de respeto hacia los residentes)

Factores relacionados con los residentes

- Sexo femenino
- Algo grado de discapacidad física o psíquica
- Agresividad
- Recibir escasas visitas y/o estar poco controlados por las familias
- Carencia de familiares o responsables con vínculo afectivo
- Rechazo de rol pasivo o cuestionar normas
- Inhibición depresiva o trastornos de conducta por la demencia
- Ser repetitivo y demandante

- Aspecto desalineado
- Convivencia de residentes jóvenes con daño cerebral y ancianos con deterioro cognitivo

Factores relacionados con el personal

- Falta de habilidades propias del cuidado
- Escasa capacidad para tolerar la frustración y contener la ansiedad
- Problemas de agresividad previos
- Vida privada estresante
- Desmoralización
- Dificultades relacionales con el residente
- Proyección de sí mismo en el futuro
- Gerontofobia
- Adjudicar la muerte del paciente mayor a la falta propia de cuidados

Este material fue provisto por el PROGRAMA PROTEGER, programa de Prevención del Abuso y el Maltrato de la Subsecretaría de Tercera Edad del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

ACTIVIDAD 9

Situaciones problemáticas

1) Usted va a visitar como familiar a un geriátrico y observa que se produce la siguiente situación: un residente pide hablar por teléfono y no se le permite el uso del mismo. Cuando usted se acerca a hablar con el residente se interpone un cuidador y le explica que la familia le tiene prohibido hacer llamadas, porque es muy insistente y reiterativo.

¿Que hace?

2) Usted realiza una visita domiciliaria a un paciente mayor y encuentra que éste presenta un aspecto desprolijo, manifiesta que hace varios días no lo bañan y que no le administran correctamente la medicación.

¿Cuál le parece que es la conducta a seguir?

Actividad práctica:

Investigar en su municipio o en su provincia los programas de prevención de abuso y maltrato que se encuentren vigentes.

Investigue si existen leyes o normativas que protejan a las personas mayores frente a un posible abuso.

ANEXO UNIDAD 5

El programa **DESATAR AL ANCIANO Y AL ENFERMO DE ALZHEIMER**, fue diseñado por el Dr. Antonio Burgueño Torrijano, médico español, especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Preocupado por el uso indiscriminado de sujeciones, tanto físicas como químicas en ancianos alojados en Centros Residenciales en España, diseñó este programa que propone un uso racional de las sujeciones reduciendo su uso a la mínima expresión posible, a fin de mejorar la calidad de vida de las personas que las padecen. La Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA) apoyó su inquietud y con la Fundación Iberdrola elaboraron y pusieron en práctica esta iniciativa encaminada a conseguir que las personas mayores y enfermos de Alzheimer, o personas con demencia de otra causa, vivan libres de sujeciones de cualquier tipo y en cualquier lugar o momento.

Así el Dr. Burgueño, formó un equipo profesional, capaz de definir el problema e investigar sobre él, informar y educar a los agentes interesados y dar soporte técnico y asesoramiento a instituciones. Ello sobre la base de sistemas de información, estándares validados, conocimientos especializados, guías, protocolos y cursos. Transcribiremos a continuación los fragmentos más significativos de la GUIA PARA PERSONAS MAYORES Y FAMILIARES, y que nos dará una introducción a la temática.

Comenzaremos con algunas definiciones:

- Se considera **SUJECION FISICA** cualquier método aplicado a una persona que limite su libertad de movimientos, la actividad física o el acceso a cualquier parte de su cuerpo, y del que la propia persona no puede liberarse con facilidad.
- Se considera **SUJECION QUIMICA** cuando se usan medicamentos psicoactivos, ya sean sedantes o tranquilizantes, para manejar o controlar una conducta supuestamente molesta o de riesgo. En general, se refiere a la administración de esos medicamentos para afrontar un problema para el que, en muchas ocasiones, existe un tratamiento mejor.

Sujeciones físicas

Según un reciente estudio realizado en España, existe un 25% de personas mayores dependientes, viviendo en residencias, que son sometidas a sujeciones físicas. En algunos centros el porcentaje es del 7%, pero en otros llega al 90%.

Las personas sometidas a sujeciones físicas se enfrentan a una pérdida de autonomía, dignidad y autoestima.

Se han documentado una serie de efectos del uso rutinario de sujeciones físicas en personas mayores:

- **Físicos:** Úlceras por presión, Infecciones, Incontinencias (urinaria y fecal), Disminución del apetito, Estreñimiento, Pérdida del tono muscular, Atrofia y debilidad.
- **Psicológicos:** Miedo/pánico, Vergüenza, Ira, Agresividad, Depresión, Aislamiento social, Retiro/apatía.

Sujeciones químicas

Entre un 50% y un 100% de las personas mayores dependientes que viven en residencias consumen medicamentos psicotrópicos a diario y por largos periodos de tiempo. Este dato resulta muy negativo si tenemos en cuenta los efectos secundarios y altamente perjudiciales de estos medicamentos. En muchos de estos casos se puede asegurar que dichos medicamentos se usan como sujeciones químicas.

A continuación nombra una serie de efectos potenciales documentados del uso de fármacos psicotrópicos tranquilizantes en personas mayores, tales como:

- Delirium/alteración del pensamiento.
- Deterioro de la función cognitiva.
- Deterioro de la comunicación.
- Depresión.
- Deterioro funcional físico.
- Mayor probabilidad de ser objeto del uso de sujeciones físicas.
- Movimientos físicos de repetición y rigideces. Riesgo de caídas.
- Problemas de equilibrio. Hipotensión. Riesgo de caídas.
- Mareo/vértigo. Riesgo de caídas.
- Marcha inestable. Riesgo de caídas.
- Deshidratación.
- Estreñimiento extremo crónico. Retención de orina.

En el estudio realizado en distintas residencias se puede observar que el uso de sujeciones varía enormemente, lo cual no se explica por las condiciones de los residentes. Ello hace pensar que existen **factores sociales y culturales** tanto de los trabajadores como de las familias, además de factores ambientales.

Utilizadas en exceso o de forma inadecuada, las sujeciones pueden ser interpretadas como una forma de «abuso», «negligencia» o «maltrato».

Las diferentes circunstancias en que se da el uso de sujeciones, deben ser tenidas en cuenta a la hora de juzgar si su uso es racional. Así no es lo mismo usarla en el domicilio que en una residencia, si se usa ocasional o permanentemente, que se empleen por la necesidad del mayor o enfermo, o bien por la conveniencia de quien las impone o de un tercero, que se utilicen por ignorancia o por disciplina.

La **actitud de los familiares**, muchas veces dependerá de la información de que dispongan al respecto del tema y de la forma en que afronten el problema. Lo que la guía sugiere, es que para Lo que la guía sugiere es que los familiares, para forjarse una actitud adecuada respecto a sujeciones, requieren una información completa, es decir conocimientos sobre el uso de las mismas (motivos, consecuencias, etc.).

Desde el punto de vista de la **actitud social**, las sujeciones son ampliamente aceptadas para personas que padecen trastornos mentales o de conducta.

La **actitud de los profesionales** es que suelen estar en contra de las sujeciones, pero se ha comprobado que esta actitud se debe más a cuestiones éticas que a una valoración técnica, pues, por otro lado, consideran las sujeciones como medidas muchas veces recomendables e inevitables, en muchas ocasiones, si se quiere garantizar la seguridad de las personas mayores y de los enfermos de Alzheimer, a pesar de que no existe ninguna evidencia científica a favor del uso de sujeciones para manejar el riesgo de caídas o problemas de conducta.

La **actitud del personal de atención directa** es que conoce muy pocas alternativas a las sujeciones para manejar riesgos de caídas y problemas de conducta, debido a que no las usan en su trabajo rutinario y a que desconocen sus ventajas. Sin embargo, estos trabajadores son quienes más a menudo proponen las sujeciones en sus distintas modalidades y situaciones, ya que son ellos los que, con sus escasos

recursos, deben enfrentarse a los problemas concretos del cuidado de los residentes.

Sin embargo al ser entrevistados, afirmaron que si no se sintieran presionados por sus jefes y las familias, serían más partidarios de evitar muchas de las sujeciones que utilizan.

Con respecto a la **actitud de los directores**, es que tratan de evitar conflictos con las familias de los residentes y si las sujeciones son útiles para eso, serán partidarios de su uso. Hasta ahora, las caídas y los problemas de convivencia les generan más conflictos con las familias que el uso de sujeciones, aunque cada vez son más las familias que se quejan del abuso de las sujeciones, tanto físicas como químicas.

La guía sugiere que para que los familiares puedan tomar la decisión de dar o no su consentimiento al uso de las sujeciones, la residencia debe informarlos de lo siguiente.

- Problema que se quiere tratar con la sujeción.
- Plazo previsto de uso de esa sujeción y fecha aproximada de suspensión de la misma.
- Tipo de sujeción y formas y tiempos de uso.
- Alternativas probadas y tipo de resultado.
- Alternativas previstas que se usarán en los próximos días, forma y tiempo de uso.
- Efectos negativos del uso de la sujeción.

Sugiere asimismo que el 70% de los trastornos de conducta de las personas con enfermedad de Alzheimer y otros tipos de demencia **son benignos, reactivos, evitables y fácilmente modificables** por profesionales formados que conozcan bien al enfermo. También que un ambiente psicosocial bien diseñado y organizado es un entorno donde se dan escasos conflictos, donde todo funciona adecuadamente y, por tanto, donde los residentes pueden estar más tranquilos.

Hay que intentar buscar en todo momento alternativas a la utilización de sujeciones.

La seguridad puede ser garantizada con otras medidas, si bien esto exige que el personal dedique más tiempo y atención, y que se organice mejor. También es imprescindible que la familia colabore.

Antes de la aplicación de una sujeción, la persona objeto de una sujeción física ha de ser sometida a un examen completo que incluya la valoración de las posibles alternativas. La persona afectada, o su representante legal, deben ser invitados a participar en el plan de cuidados. El fracaso de alternativas no significa que éstas ya no sean útiles, sino que deben ser de nuevo probadas si tras su aplicación se han observado alteraciones en la salud de la persona.

La medida aplicada será lo menos restrictiva posible y durante el menor tiempo posible.

Una persona sometida a sujeción física debe ser vigilada frecuentemente para evitar la aparición de las complicaciones previsibles, observando los aspectos que se especifican en el cuadro siguiente.

- Estado de ánimo
- Existencia de posturas perjudiciales (torsiones, etc.)
- Existencia de compresión de algún miembro
- Aparición de rigideces musculares
- Temperatura de manos y pies

- Necesidad de ir al baño
- Otras necesidades

Al estar sometida a una medida de alto riesgo para su integridad física y mental, **la persona debe recibir los siguientes cuidados:**

- Cambios posturales cada 2 horas para evitar que se desarrollen úlceras por presión.
- Intervención diaria de un fisioterapeuta para evitar las rigideces y la atrofia muscular
- Dar masajes en la piel, especialmente en las zonas de apoyo.
- Darle conversación, leer en voz alta, etc., cada poco tiempo. Es imprescindible la visita regular de la familia.
- Llevar al enfermo al baño cuando lo precise o, como mínimo, cada 2 horas. Si la persona es incontinente, revisar cada 2 horas la eliminación y realizar la higiene cuantas veces sea necesario para evitar lesiones en la piel y el mal olor.
- Hacer caminar al paciente entre 5 y 10 minutos aproximadamente cada 30 o 60 minutos.
- Evitar las sujeciones en el momento de la comida y mientras realice otras actividades semejantes.
- Facilitar alguna actividad de entretenimiento (manualidades, música, etc.).
- Ubicarlo en zonas tranquilas pero frecuentadas por más personas (evitar el aislamiento).
- Recurrir a las intervenciones que sean necesarias para retirar en su momento la sujeción.

En lo que respecta a la administración **de fármacos psicotrópicos** se deben dar también una serie de garantías, empezando por la de hacer un uso racional de los mismos. En todo caso, cualquier tratamiento con fármacos debe estar prescrito, y se han de garantizar sus objetivos, expuestos en el cuadro siguiente.

- Garantizar el máximo nivel funcional posible de la persona y su bienestar.
- Usar la menor dosis eficaz.
- Que esté libre de efectos secundarios. Para ello debe comenzarse con dosis bajas e ir incrementándolas en función de la necesidad.
- Que se demuestre una reducción significativa de los síntomas o de los problemas que se quieren tratar.
- Suspender el tratamiento en el plazo de tiempo más corto posible.

El equipo asistencial debería aplicar las siguientes **medidas generales** con todas las personas mayores que consuman medicamentos tranquilizantes durante los primeros quince días de tratamiento o ante cambios de dosis o de prescripción:

- Evaluación médica diaria y, si se prolonga el tratamiento, consulta al neurólogo o psiquiatra.
- Vigilancia del paciente al levantarse o cuando se ponga en pie.
- Evaluación periódica de la estabilidad en la marcha.
- Hacer un seguimiento de las actividades diarias, usándolas como señal de alarma para evidenciar la excesiva postración, y evitar la pérdida de

autonomía. No es tolerable que el tratamiento tenga como consecuencia una pérdida de autonomía irreversible.

- Hacer un seguimiento de la conducta, el estado de ánimo y la función cognitiva en personas con demencia.
- Garantizar la correcta nutrición e hidratación.
- Evitar el aislamiento.
- Programar actividades frecuentes adecuadas a cada caso.
- Hacer cambios posturales en personas muy postradas.
- Hacer un seguimiento del hábito intestinal o defecación.
- Hacer un seguimiento de la eliminación de orina.
- Prevenir el uso de sujeciones físicas. No es tolerable que la persona sea atada como consecuencia de seguir ese tratamiento.
- Y, en general, cualquier medida necesaria para lograr retirar el medicamento lo antes posible.

Los familiares que prefieran evitar el uso de sujeciones, deben saber que si sus familiares tienen alguna caída, no deberán culpar por esto a la residencia o a su personal salvo que se ponga en evidencia una negligencia clara.

Se recomienda a los familiares solicitar ser informados del uso de sujeciones. Quién lo sugirió, por qué, en qué circunstancia, durante cuántos días está prevista la medida, qué tipo de sujeción o dispositivo se usa, etc.

Por otro lado una forma de advertir el uso indiscriminado de psicofármacos es a través de las siguientes señales de alarma:

- Si muestra postración, inmovilidad o somnolencia excesivas.
- Si habla o se mueve de forma anormalmente lenta.
- Si abandona su propio cuidado (los cuidados que antes hacía por sí mismo).
- Si tiende a inclinarse hacia un lado o es incapaz de sentarse o estar de pie erguido.
- Si tiene una marcha inestable, como si tuviera problemas de equilibrio (lo que comporta un alto riesgo de caídas).
- Si se mareo al incorporarse o ponerse en pie (lo que conlleva asimismo un alto riesgo de caídas).
- Si se duerme durante una actividad cotidiana, como comer.
- Si tiene la boca extremadamente seca.
- Si se lame los labios repetidamente.
- Si está extremadamente estreñido.
- Si está más confuso (también supone un alto riesgo de caídas).
- Si tiene movimientos repetitivos de la lengua, cabeza y tronco, o presenta contracturas y rigideces.

La implicación del familiar en los cuidados del residente, dándole información al personal, siendo tolerante con las conductas inadecuadas de su familiar y de otros residentes, incidirá positivamente para que la residencia no asuma una actitud automática de sujeción para evitar las incomodidades. La presencia continua frecuente de familiares en las residencias disminuye las posibilidades de maltrato o abuso por parte del personal.

Se puede buscar más información sobre este programa en la siguiente dirección:

<http://www.ceoma.org/desataralanciano/index.htm>

UNIDAD 6: DISPOSITIVOS PSICOSOCIALES: INSTITUCIONES PARA MAYORES

En esta unidad intentaremos pensar modos de incluirnos e intervenir como gerontólogos en las instituciones que alojan a adultos mayores por tiempo prolongado.

Vamos a proponer el **modelo de atención centrado en la propia persona** por ser una forma de asistencia que incluye al usuario como sujeto adulto de pleno derecho.

INTRODUCCION:

Para adentrarnos en el tema de instituciones, podríamos comenzar por decir que aun hoy existen organizaciones que alojan adultos mayores que no tienen muy claro cuál es su función; si curar, rehabilitar, brindar hotelería, o encerrar. En ocasiones tampoco queda claro si la necesidad de institucionalización es una intervención terapéutica para el viejo o para la familia.

Al respecto señala María Pía Barenys¹ “Se plantean serios interrogantes acerca de su existencia y de su “verdadera” función. Estas instituciones comportan dos dimensiones inseparables y ambiguas: **nace para remediar un problema individual y a la vez resuelve problemas globales de la sociedad**”. (Sugerimos releer lo trabajado en el modulo 5 “origen de las residencias”)

NUESTRO ROL:

Como gerontólogos podremos incluirnos azarosamente en algún tipo de establecimiento ya sea público, privado o mixto; que tengan delineadas sus funciones y objetivos o bien que estos permanezcan indeterminados y difusos, o que su origen sea con fines benéficos o con fines comerciales; que trabajen desde una concepción gerontológica o no; que tengan un perfil bio-médico o psico-social, etc.

Estas cuestiones institucionales, inevitablemente nos atraviesan en la construcción de nuestro rol.

Entonces, si trabajamos en una institución de larga estadía, es importante conocer: ¿qué tipo de institución es?, ¿cuál es su dimensión ética?, ¿cuáles son sus objetivos y funciones? ¿Cuál es la concepción de la que parten para recibir y atender al adulto mayor? ¿

¹ Maria Pia Barenys “Un marco teórico para el estudio de las instituciones de ancianos”. Universidad autónoma de Barcelona

quién creen que es su cliente a quien deben satisfacer, el viejo o el familiar que los contrata y paga?

A estas preguntas por definir se le suma la cuestión ética que plantea nuestro marco teórico, ¿desde dónde nos paramos para pensar nuestras intervenciones con el adulto mayor que residen en una institución?

Resumiendo: **Nuestra tarea comienza por poder armar nuestro rol específico y nuestro dispositivo de intervención, enmarcado en una institución en particular, con determinadas características.**

Dice Bleger²: “debemos ser profesionales para la salud y no para la alienación, pudiendo cuestionar y cuestionarnos, cuidándonos de no cronificar e institucionalizar nuestra escucha, nuestra mirada y nuestro quehacer, permitiéndonos trabajar con un pié adentro y otro por fuera, implicándonos pero sabiendo que estamos atravesados por lo institucional”.

Cuando somos convocados a trabajar en una institución, recordemos que siempre cabalgaremos en un interjuego dinámico entre oferta y demanda y que nuestros primeros tropiezos serán enfrentarnos a unos viejos que no nos llaman, que no nos eligen, al igual que en muchos casos no eligen vivir en una institución, o no eligen esa institución.

Recordemos que aún hoy, en algunos geriátricos, para ingresar a alguien solo se requiere de la firma de una persona responsable y ese generalmente no es el viejo, es un familiar o tutor que dispone como, cuando y donde se institucionalizará a otro ser humano, incurriendo en la figura de privación ilegítima de la libertad.

Para los adultos residentes, somos parte de un espacio institucional y nuestro propio espacio o el de una actividad o el de la consulta será un espacio a construir. Debemos sostener nuestro rol, ofreciendo y pudiendo esperar a que los residentes nos elijan y elijan nuestra propuesta. Será nuestra tarea darle un sentido a la oferta.

Concepto de institución para adultos mayores.

Tomemos la definición que surge del Proyecto de Ley Nacional, (2001) *Criterios Unificados para la Regulación y el Control de RPM en la República Argentina*:

" Centro de alojamiento y convivencia que cumple un rol sustituto o de acompañamiento de la función familiar, ya sea de forma temporal o permanente,

² Bleger “Psicohigiene y Psicología institucional” Paidós.

donde se le presta la persona mayor de 60 años una atención integral bio-psico-social, mediante personal capacitado a tal fin."

Ahora bien, cuando hablamos de instituciones para adultos mayores, ¿de qué estructura organizativa hablamos?

Para Durkheim, Weber, Parson y Barnes³ una Institución es: "estructura social y mecanismo por el cual una sociedad humana organiza, dirige y desarrolla las actividades multiformes que se requieren para satisfacer las necesidades humanas".

Poner en marcha este mecanismo y hacerlo funcionar de manera que sea aceptado generalizadamente requiere que exista un **código de normas**. Se introduce así una asociación entre institución y **cuerpo disciplinar**, normativo, que es el que ha llegado a consolidarse y generalizarse, aun para atender a adultos mayores.

Hablar de cuerpo disciplinar nos remite sin dudar a M. Foucault, quien escribe en "Vigilar y castigar":

"...Estos lugares nunca se parecen a un hogar, a una casa, a una vivienda familiar porque son despojados de vida interior, de elementos personales, de objetos surgidos de la creatividad, del afecto hacia algo. No hemos visto en estos lugares, objetos surgidos de la espontaneidad, esto es lo primero que se pierde y lo que finalmente acortará la vida..."

Sigamos con los conceptos de Goffman que cita Maria Pia Barenys⁴ :

"Como resultado fundamental para la persona que vive, en una institución total, es que se originan en ellas unos procesos de **cambio radical** en su ritmo de vida, en las opiniones que tiene acerca de si mismos y acerca de quienes le rodean".

Las instituciones ponen en marcha un mecanismo de **explotación** de los roles, mediante el aislamiento y la eliminación de toda referencia al ambiente de procedencia. Los bienes personales anteriores se sustituyen por objetos estandarizados y uniformes. Tal mecanismo origina en los individuos una pérdida de sentido de seguridad personal y un

³ Citado en Pilar Rodriguez. " cap.2 " La Residencia". *Residencias para personas mayores*. Manual de orientación

⁴ Maria Pia Barenys "Un marco teórico para el estudio de las instituciones de ancianos"

proceso de desculturización, facilitado por una vida bajo tutela prolongada, junto con la disminución de facultades que suele acompañar el envejecimiento.

“Al analizar las residencias para ancianos, hoy, no corresponden a los tenebrosos asilos de Goffman pero tampoco son hogares, si es que los mismos los conceptualizamos como algo más que la techumbre y prestación de servicios....Porque el hogar además de estos aspectos de su materialidad, posee una historia de relaciones personales, un conjunto inagotable de vivencias asociadas que ni el mejor de los tratos en el más exquisito hotel podrá jamás reproducir”.... “Algunos hogares son de cierta categoría. Pero remedando expresiones de la sabiduría popular cabría comentar al respecto aquello de que “hogar solo hay uno”, sin idealizar al hogar familiar, es más bien una cautela semántica contra la apropiación indebida de representaciones sociales a que sirve la transposición libre de vocabulario” (Barenys, 1993)

El hogar propio tiene identidad, historia, ideales puestos en juego, vivencias vinculares. La idea de hogar propio la construye el sujeto que lo habita.

El hogar como residencia para personas mayores lo construyen otros y conforman instituciones con normas, con historia que no son propias de cada sujeto, con hábitos y costumbres que son institucionales y no individuales. “No se vive con, se vive al lado de”.

Incluso si pensamos en los diversos sinónimos o eufemismos que se usan para nombrar a las casas que albergan personas mayores, (geriátricos, asilos, RAM, hogar, residencia para tercera edad, residencia de ancianos), notaremos rápidamente que algo se oculta en la representación social que tenemos aun hoy de estos lugares. Nadie sabe cómo llamarlos.

La necesidad de dar tantos rodeos nos muestra que estamos frente a algo que cuesta nombrar y que no termina de satisfacernos. Y no es solo una cuestión de palabras, sino de conceptos y del valor social que le otorga una sociedad al envejecimiento y por ende a las organizaciones que alojan a los mayores.

Será entonces, necesario repensar nuestros conceptos y los fines de estas instituciones para poder articular nuestra inclusión y modos de intervención.

Proponemos centrarnos en el concepto de institución que sigue Pilar Rodríguez⁵ :

⁵ Residencia para Personas Mayores Cap. 2 “La residencia “ Pilar Rodríguez.

“Centro gerontológico abierto, de desarrollo personal y atención socio sanitaria multiprofesional en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con alguna grado de dependencia”.

Veamos cada término:

- **Centro gerontológico:** en contraposición al concepto de “institución total” de Goffman.

Incluye la residencia dentro de los servicios sociales comunitarios, abiertos y conectados con la comunidad, con un fuerte intercambio con el entorno comunitario.

- **Lugar de desarrollo personal:**

Implica la existencia de un proyecto vital, no como algo más de la residencia sino, un objetivo que propicie el desarrollo de las capacidades, potencialidades y motivaciones del adulto mayor. La singularidad que los libera de la homogenización de ser el RESIDENTE.

- **Atención socio sanitaria:**

No es un lugar de exclusión, ni de custodia, ni un centro clínico-sanitario.

Los cuidados se apoyan en un fuerte eje social, no solo sanitario. Corriéndolo del paradigma bio-médico.

- **Atención multiprofesional completa e integrada en un programa general de intervenciones:**

Las causas que provocan la dependencia son multifactoriales e interrelacionadas

La complejidad del adulto mayor, las características de la organización, el contexto, la relación con otros, hace que sea imprescindible la formación gerontológica de un equipo interdisciplinario que contemple un plan de trabajo y abordaje en forma conjunta

- **Estancias temporales o permanentes:**

También puede ser concebido como lugar para vacacionar de las familias, para respiro, para rehabilitación, para fases críticas, o bien alojamiento permanente.

- **Destinadas a personas mayores con algún grado de dependencia:**

Física, psíquica o social.

Las residencias para adultos mayores están impregnadas de una ideología que sostienen un modo de pensar al viejo determinando así la práctica cotidiana

➤ Devendrá de esa ideología que se piense al adulto mayor como cuerpo objeto de cuidados o como sujeto de derecho.

Si la ideología es **cosificadora** producirá muerte social, aislamiento y anonimato, lo que se traduce en el sujeto como:

- Falta de iniciativa
- Estados regresivos
- Estados depresivos
- Infantilización
- Desinterés por el mundo circundante
- Repliegue sobre si mismo
- Falta de comunicación con pares y/o profesionales.

ACTIVIDAD 1:

**INVESTIGUEN SOBRE EL MODELO HAUSING Y SOBRE EL MODELO SAUMON
“UNIDADES DE CONVIVENCIA” (Red Europea Saumon)**

DISCUTAN SOBRE ESTAS ALTERNATIVAS.

EI INGRESO A UNA INSTITUCIÓN: UN CAMBIO EN EL ESTILO DE VIDA

Las residencias de larga estadía son un último recurso terapéutico y una intervención de salud, (OMS, 1946) cuando todas las otras alternativas se han agotado.

El ingreso a una residencia debe tener como objetivo mejorar la calidad de vida de un sujeto en situaciones de pérdida de sus capacidades y que estas no le permitan continuar viviendo en su ámbito privado.

La necesidad de ingreso a una institución, según la Dra. I. Dabove pueden clasificarse en:

- **Históricas:** la vinculación que existe entre el pasado del A.M y sus allegados, que condiciona directamente la alternativa.
- **Materiales:** la necesidad de internación a causa de una enfermedad invalidante.
- **Normativas:** fruto de una decisión judicial.
- **Valorativas:** las consideraciones de justicia, salud, utilidad, poder o razones sociales convertidas en prejuicios.

Para Fernández Ballesteros y Dolores Zamarrón son dos las razones para plantearse el ingreso a una institución:

- **Razón psicosocial:** soledad, familia no continente, familia desvinculada.
- **Razón física:** enfermedades invalidantes.

Daniel Matusevich piensa que las causas de institucionalización responden a:

- **Causas físicas:** representan un alto porcentaje de los ingresos (discapacidades motoras, sensoriales, secuelas de ACV, deterioro cognitivo)
- **Causas psicológicas:** trastornos de personalidad, trastornos del humor, alteraciones psicoafectivas.
- **Causas sociales:** falta de vivienda, falta de seguridad social, familias no continentes, familias desvinculadas, insuficientes redes de apoyo social.

Matusevich⁶, toma la investigación de Tobin y Lieberman acerca de los (D)efectos de institucionalización. Destaca tres que son importantes de tener en cuenta y poder abordarlos como gerontólogos:

- **Efecto mudanza y cambios contextuales:** Implica stress y desorganización psicológica, condicionando lo que Tobin nombró como “síndrome del primer mes”.

⁶ Matusevich, D. “La psicogeriatría en Instituciones Geriátricas. Una tierra de oportunidades”. Revista Vertex (2007)

- Efecto preparación: La preparación para realizar la mudanza al geriátrico puede ser tan estresante como la institucionalización misma. Las personas próximas migrar a un geriátrico funcionan de manera diferente cognitivamente, emocionalmente y afectivamente.
- Efecto institución total: Mas allá de las características del lugar elegido, el pasaje a estos lugares implica mortificación del self y una pérdida de la individualidad que podrá ser contrarrestada o no de acuerdo al perfil del lugar elegido.
- El gerontólogo debe estar atento a estos efectos para disminuir el daño colateral que pudiera surgir y comenzar a ejercer su función tratando de garantizar una transición lo menos traumática posible.

Dunkle y Cart sostienen que la clave para resolver esta cuestión radica en el involucramiento familiar o vínculo social en el proceso, tanto en las primeras etapas como en los momentos posteriores a la integración, lo que garantiza una mayor calidad de atención institucional.

Intervenir desde la admisión significa poder elaborar un diagnóstico situacional, conjuntamente con el adulto mayor, deslindando si sufre de una patología invalidante, o si estamos frente a un agotamiento familiar, o si hay alguna otra cuestión no revelada que hace síntoma en el viejo y en su familia.

Recordemos que el hecho de que algunas personas mayores sufran alguna forma de discapacidad y necesiten cuidados especiales, no significa que no puedan elegir y conducir el rumbo de su vida, sin perder autonomía como adultos y sus derechos como ciudadanos

- Por ello es fundamental el **CONSENTIMIENTO** del adulto mayor para el ingreso.
- *Te invitamos a pensar:*
- ¿Conocés casos de personas mayores que han decidido ingresar por su propia voluntad a una RAM?
- ¿Pensás que esta opción puede ser cada vez más frecuente? ¿ Por qué?

Viñeta Clínica:

Eugenio de 76 años, vive solo, no tiene familia ni red de amigos. Dice: “ A veces me pongo a pensar que pasaría si me descompongo a la noche. Una noche me sentí mal y a las dos de la mañana me vine solo caminando al hospital, tenía 18 de presión. Me dejaron internado hasta el día siguiente. Me dieron unas pastillas, pero las dejé de tomar porque no las pude volver a comprar. Tengo miedo de morir y no tener a nadie cerca. Nunca pensé en vivir en un geriátrico. Sería muy denigrante para mí. Soy una persona independiente, no me gusta que me digan lo que tengo que hacer, que me traten como a un chico”.

El prejuicio que trae Eugenio respecto de los geriátricos, no le permite considerarlos como un recurso terapéutico.

Ejercicio:

¿Cuál cree que es la posición subjetiva de Eugenio?

¿Cómo cree que afectan las representaciones sociales respecto a los geriátricos en su identidad?

¿Qué beneficios cree que le aportarían a Eugenio vivir en una institución?

Sugerimos consultar el modulo 3 “Psicología de la mediana edad y vejez”

El gerontólogo que trabaja en una institución, generalmente no decide la internación ni la externación de un adulto mayor, pero puede intervenir desde los comienzos, aprovechando las herramientas que conocemos antes de que la decisión esté tomada, como para actuar como modulador o como para propiciar otro tipo de alternativa que no sea la internación.

INTERVENCIONES CON LAS FAMILIAS EN EL INGRESO

Es necesario que la institución considere un espacio de entrevistas para las familias que ven superadas sus posibilidades de cuidar de la persona mayor que por alguna razón no puede valerse por si misma. Es importante realizar una exhaustiva evaluación de la demanda.

Frente a la aparición de cambios y rupturas como sucede con el debut de una enfermedad en uno de sus miembros, cada grupo recurre a su bagaje de pautas y modos de funcionamiento para intentar restablecer el equilibrio.

La concepción con la que nos manejamos respecto a la familia es que este es un grupo básico que constituye una estructura definida, con un equilibrio determinado que es a su vez dinámico, complejo e inestable.

Cada familia, a su modo y con sus propios recursos intentará organizar y resolver el gran impacto emocional que se les presenta con la enfermedad discapacitante o aparición de síntomas deficitarios que invalidan al adulto mayor para continuar viviendo en su domicilio.

Cuando sobreviene la necesidad de pensar en un ingreso a una institución para un miembro de la familia que ha enfermado, el grupo comienza a transitar por un largo proceso de duelo, que requiere tiempo y reacomodación.

La institucionalización generalmente constituye un punto de conflicto. Es una situación que resulta altamente traumática, caracterizándose por la tensión que genera producir un cambio en los modos tradicionales de cuidar a los ancianos.

Tanto para el adulto mayor, como para su familia pasar de un hábitat conocido, íntimo, y propio, al ámbito de una institución constituye un cambio trascendente que trae implicancias psicológicas y sociales dadas por el cambio de vida que a partir de ese momento se comienza a dar.

Siempre hay un antes y un después del ingreso por indicado y necesario que este sea.

El cuidado de las personas mayores fue durante años una tarea femenina, era habitual y todavía hoy sigue siendo natural, que la mujer dentro de una familia, se ocupe del cuidado de los viejos enfermos hasta la muerte. A partir del ingreso de la mujer al mundo del trabajo, y del cambio de paradigma que lleva a la realización de los propios proyectos y deseos, esta tarea comienza a estar en manos de organizaciones formales.

Se plantea una crisis en el seno familiar que rompe con el equilibrio previo, porque la familia ve superada su capacidad de dar respuestas adecuadas debiendo modificar actitudes, expectativas, roles y mandatos familiares. .

Esta crisis requiere un espacio para poner en palabras, para propiciar una mayor aceptación de la situación, para facilitar la elaboración del duelo de la familia. Una familia que no puede tomar conciencia y trabajar sobre estos obstáculos, puede dañar el proceso de integración al nuevo ámbito y el vínculo posterior entre el familiar, el adulto mayor y la institución.

Las entrevistas con las familias deben orientarse a prevenir la posible claudicación, situaciones de abandono, de desvinculación, o de transferencia de culpas y de roles que le competen a la familia y que no son parte del contrato institucional.

Pensamos que desde nuestro rol debemos acompañar esta situación altamente compleja, conflictiva y a veces desestabilizante.

De nuestra experiencia, durante entrevistas de ingreso a un hogar, hemos podido observar que el familiar que ingresa a su adulto mayor siente:

1. que ha perdido la posibilidad de relacionarse con su ser querido como le era habitual.
2. que han debido confrontarse con el fracaso de la omnipotencia y la impotencia subsiguiente por no poder seguir cuidando
3. manifiestan angustia y ansiedad verbalizada con frases tales como “no puedo verlo así, lo desconozco ,o en el caso de demencia, dicen, “se hace el que no me conoce”, etc”
4. culpas verbalizadas con frases como “lo dejo acá, me da lástima, lo deposito, lo abandono”
5. ambivalencia afectiva, donde por una parte sienten que si pudieran hacer un esfuerzo mayor, evitarían la internación, y por otra parte desplazan y proyectan la culpa a un tercero (empleados, otros familiares) a quienes adjudican falta de colaboración y poca resistencia para la tarea.
6. otra cuestión que hemos escuchado frecuentemente con respecto a lo que suscita la internación es la referida a la pérdida del rol de hijo, la pérdida del lugar fantaseado de la casa paterna al cual siempre se podría acudir. Queda el adulto de mediana edad, a partir de este momento posicionado en el lugar del próximo en la fila.

El material que surge de las entrevistas, nos demuestra que como gerontólogos de una institución debemos trabajar con la familia del adulto mayor, apuntando a integrarlo al proceso, mejorando y sosteniendo el vínculo que sufrió cambios a partir de la discapacidad, buscando una nueva manera de relacionarse y así transitar un camino de aceptación, intentando superar el acontecimiento traumático cuyo resultado incluye quizás, reformular proyectos a partir de una nueva situación.

En los hogares públicos generalmente nos encontramos con situaciones familiares traumáticas, que han generado desvinculación o falta de contención, tanto afectiva como económica. Es lo que conocemos como “vulnerabilidad social”, definida como condición social de riesgo, circunscripto por la falla en haber generado vínculos afectivos sólido. Sin embargo, estos vínculos lábiles también requieren de nuestra intervención que apunte a facilitar el acompañamiento de su adulto mayor. Cada uno con sus formas y recursos podrán librarse de los obstáculos que le impiden algún tipo de acercamiento a la persona mayor.

El profesional gerontólogo está capacitado para facilitar un espacio de escucha, elaboración de rencores, que disminuya la brecha entre el adulto mayor y su red social.

Proponemos un marco teórico para pensar las intervenciones en las residencias:

LA ATENCIÓN GERONTOLÓGICA CENTRADA EN LA PERSONA ⁷

La Atención Gerontológica Centrada en la Persona puede ser definida como un enfoque de intervención desde una visión más amplia y como un modelo de atención.

Propone una visión diferente de las personas mayores, de los roles profesionales y demanda sistemas *organizativos más flexibles*.

Es aplicable a los usuarios de los servicios y centros de atención socio-sanitaria. Está orientado hacia el bienestar cotidiano, con una atención que se dirige no solo a dar respuesta a las necesidades derivadas de la dependencia sino que **vela por los derechos, preferencias y deseos del residente**.

El modelo centrado en la propia persona pretende contribuir a un necesario cambio en el enfoque de la intervención gerontológica, situando en el centro de atención en la persona mayor, permitiendo su autonomía, potenciando su independencia y destacando el papel terapéutico de lo cotidiano y lo significativo para cada individuo.

Es un modelo opuesto a la institución total: donde la organización y sus tiempos están por sobre las personas.

Plantea nuevos roles profesionales y de organización de los equipos, es una construcción cotidiana y constante, a la que tenemos que tender.

En los modelos de atención centrada en la persona *los profesionales ya no son quienes tienen el poder*. No somos quienes en exclusiva controlamos la intervención y quienes tenemos la última palabra. De prescriptores pasamos a convertirnos en **facilitadores sin que ello conlleve inhibición ni merma del papel y del saber profesional**.

⁷ Rodríguez Teresa Martínez (2011) "La atención gerontológica centrada en la persona" Documento de Bienestar Social. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno vasco. Pueden acceder al texto en pdf en el siguiente link: <http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Atencion-Gerontologica.pdf>

Los profesionales en este modelo, además de atender y proteger a las personas, desempeñamos nuevos e importantes roles relacionados con la provisión de apoyos, con el empoderamiento de las personas y de los grupos, el asesoramiento, la observación y el acompañamiento.

PRINCIPIOS RECTORES DE ESTE MODELO:

La Atención Gerontológica Centrada en la Persona es un *enfoque* de la atención donde la persona, desde su auto-determinación en relación a su **calidad de vida**, es el eje central de las intervenciones profesionales, partiendo del reconocimiento de la **dignidad** de todo ser humano.

Dignidad: "El concepto de *dignidad* se basa en el reconocimiento de la persona como valiosa en sí misma por el mero hecho de su condición humana."

"Las personas mayores, con independencia del estado en que se encuentren con respecto a sus capacidades, tienen derecho al respeto a su diferencia, y a ser consideradas como seres valiosos y merecedores de respeto al igual que el resto de seres humanos"

Calidad de vida: La organización Mundial de la Salud enfatiza esta dimensión subjetiva del concepto *Calidad de Vida* definiéndolo como «la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes».

Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

Son principios habitualmente enunciados y aceptados. Sin embargo, la concreción de ellos en el día a día en los servicios, centros, o residencias muchas veces, sujetos a numerosas normas organizativas, condiciones laborales y rutinas asistenciales, queda pendiente o se tropieza con obstáculos que nos remiten a la necesidad de realizar un permanente ajuste, monitoreo y cambio con el objetivo de cuestionar nuestras prácticas para no **perder el eje centrado** en el adulto mayor.

Entonces el desafío es lograr hogares donde los adultos mayores se conviertan en "**protagonistas**", donde encuentren un sentido cotidiano, generando proyectos y viviendo con la dignidad que merece todo ser humano.

La dignidad se concreta en aspectos de la atención cotidiana

El *trato digno en la atención a las personas mayores* en situación de dependencia se traduce en buscar el máximo beneficio terapéutico y la máxima independencia y máximo control de la vida cotidiana posibles.

Una atención es digna cuando se **maximiza**:

- a) el bienestar físico y emocional,
- b) el respeto y apoyo a las propias decisiones y preferencias en relación con la vida cotidiana,
- c) la promoción de la independencia desde la creación de entornos físicos y sociales facilitadores,
- d) la protección y garantía de la intimidad y la privacidad,
- e) la protección de la propia identidad y el cuidado de la imagen personal,
- f) el fomento de la inclusión social
- g) el respeto a la edad adulta

Sin duda, todos estamos de acuerdo en maximizar estas premisas, pero en el día a día, nos encontramos con tensiones, dificultades y preguntas éticas hacia nuestras prácticas.

La complejidad de la atención a mayores con algún grado de dependencia o alguna pérdida de autonomía, nos plantea el desafío en las intervenciones donde el concepto de calidad y dignidad incluye y excede la administración eficiente de recursos.

Nos coloca frente al desafío de articular el sesgo socio-sanitario y el entramado de cuidados, sin perder el horizonte de los derechos humanos, la dignidad y la autonomía en la toma de decisiones.

Es así que la atención hacia los adultos mayores que por alguna razón deben vivir en una institución, debe enfrentar las contingencias, dilemas y tensiones en el devenir cotidiano, siguiendo desde varias perspectivas un mismo objetivo estratégico: evitar la expoliación y el achatamiento subjetivo de la persona mayor.

ACTIVIDAD:

CONFECCIONE UN LISTADO DE CINCO TENSIONES ENTRE EL CUIDADO Y EL SOSTENIMIENTO DE LA DIGNIDAD EN LOS ADULTOS MAYORES RESIDENTES, que usted observar en SU LUGAR DE TRABAJO.

PROPONGA INTERVENCIONES CENTRADAS EN LA PERSONA. Les sugerimos revisar lo visto en el modulo 5.

LA PROMOCIÓN DE AUTONOMÍA

“La autonomía personal es la capacidad del individuo para realizar elecciones con libre albedrío y asumir las consecuencias de las mismas”

La singularidad y la importancia de la biografía de cada persona hacen posible la atención personalizada con eje en la **autonomía** y garantiza la concreción diaria del **proyecto vital**.

Nuestra biografía nos da identidad, nos permite dar coherencia a nuestro pasado, presente y futuro dando unidad a una vida vivida.

A- Las preferencias y los deseos

- La persona debe *tener opción de expresar sus preferencias y que éstas sean, en la medida de lo posible, respetadas*. Para ello es preciso que los equipos técnicos conozcan a la persona y existan oportunidades para atender sus deseos.

Una herramienta útil para concretar y sistematizar estos conocimientos y fijar metas para atender los deseos es el **Plan de atención de vida** (PA y V). En nuestro medio lo conocemos como PAI (plan de atención individualizada)

El PA y V el instrumento básico y dinámico, donde **conjuntamente** con la persona mayor, recogemos las valoraciones, informaciones personales, objetivos, ideas, propuestas de intervención, apoyos personalizados y recomendaciones para que la persona adquiera el mayor grado de autogestión sobre su vida cotidiana.

Este instrumento debe propiciar el diálogo entre la persona usuaria, la familia, los allegados y los profesionales. Es una hoja de ruta **consensuada** para atender necesidades y apoyar el proyecto de vida de cada persona desde el impulso de su autonomía.

Porque se trata de la propia vida de la persona usuaria, el PAyV debe diseñarse y llevarse a cabo desde la máxima participación posible de quien la protagoniza: la persona mayor.

En el caso de personas con *deterioro cognitivo* u otras alteraciones psicoemocionales, la *observación cotidiana* de la persona y de sus reacciones ante las distintas situaciones de actividad y cuidados sirve para conocer cómo la persona muestra aceptación o rechazo ante lo que le vamos proponiendo.

Es fundamental incluir a las familias en la atención a las personas con deterioro cognitivo, quienes nos irán guiando en las preferencias y hábitos del adulto mayor.

En los hogares públicos es muy frecuente que las familias no estén tan presentes como en los privados. En ese caso es muy valioso diseñar el PA y V con el cuidador o asistente geriátrico que muestre mayor empatía con el adulto mayor y que sea el que frecuentemente atienda sus requerimientos y cuidados.

Recomienda Teresa Martínez Rodríguez: “Las *personas cuyas competencias están muy mermadas* (deterioro cognitivo importante, trastorno mental severo...), pueden necesitar *ser sustituidas por otros* para gestionar aspectos muy elementales de su vida.

En estos casos la autodeterminación se hace efectiva a través de los otros, familia, allegados, profesionales que guardan celosamente el principio ético de no maleficencia”.

Sustituir a los demás en sus decisiones no es algo fácil. Ponerse en el papel del otro y decidir según su criterio, su estilo de vida y sus preferencias (porque en esto consiste el ejercicio indirecto de la autonomía) puede llegar a ser complicado pero algunas estrategias pueden ayudarnos.

Algunas estrategias para sustituir a las personas en sus decisiones

- Conocer y tener en cuenta la biografía de la persona.
- Saber si existen y respetar las voluntades previamente expresadas.
- Interesarnos e informarnos sobre los hábitos y las rutinas que le generan bienestar.
- Acercarnos, mediante la observación, a sus preferencias actuales y permanecer atentos a los cambios.

B- El control sobre lo cotidiano

En el desarrollo de la autonomía *el día a día cobra una importancia extrema.*

En cada momento del día y en relación a cuestiones muy concretas (cómo me arreglo, dónde voy, en qué actividades empleo mi tiempo, con quién me relaciono) y en contacto con las personas que allí conviven, es donde la persona mayor puede ver facilitado o dificultado su proyecto vital.

Tomemos el simple hecho de no dejar el control remoto al alcance del usuario, o la existencia de barreras arquitectónicas, o camas muy altas o muy bajas que impidan levantarse o acostarse cuando lo desee, que las prendas de vestir estén guardadas en las roperías y que las elijan los cuidadores, que no se le pregunte a que actividad desea concurrir, o que le gusta comer. Son todas cuestiones muy sencillas y cotidianas que

seguramente suceden en muchas instituciones y que al no ser advertidas limitan el ejercicio del control de sí y avasallan la dignidad y la autonomía del sujeto.

El control de lo cotidiano tiene un papel central para el *bienestar emocional y la autoestima*.

La percepción de control sobre el medio se produce cuando la persona siente que sus *acciones tienen efecto en el medio que le rodea* y, especialmente, cuando éstas le resultan eficaces para conseguir resultados positivos o modificar algo que le causa malestar o no le agrada.

La falla en el control de sí provoca indefensión en la persona, y a su vez puede acabar produciendo reacciones intensas de *malestar* (enojo, agresividad), *apatía*, *abandono personal o depresión*.

Cuando las personas presentan niveles altos de dependencia, su necesidad de ejercer control sobre el medio puede ser expresada mediante peticiones repetitivas y enojos con los cuidadores, modificaciones conductuales, agitación, irritabilidad.

La actitud profesional correcta es atribuir esta conducta a la necesidad de aumentar su percepción de control a través de las acciones concretas, sin banalizar su importancia, así como buscar la facilitación de dicho control buscando redes de apoyo, modificación ambiental, actividades estimulantes acordes a lo construido en el PAI.

En los Hogares Públicos Nacionales se hace operativo el concepto de autonomía como poder decisorio a través de las **ASAMBLEAS** donde se pone en juego el empoderamiento del adulto mayor.

C- Las capacidades

La *mirada profesional* no puede limitarse a detectar las dificultades sino también ha de *fijarse en las capacidades de las personas y en buscar los apoyos precisos* para que éstas desarrollen actuaciones competentes y adquieran el mayor control posible de sus asuntos cotidianos.

Es *imprescindible que la persona mayor sea consciente de sus capacidades*; darse cuenta de lo que uno es capaz de hacer estimula y fortalece la autoestima.

También es primordial que *quienes rodeamos a la persona mayor* (profesionales, familias, amigos) *nos demos cuenta de sus capacidades*.

Con esta forma de mirar, mejoraremos la percepción de su capacidad, se lo transmitiremos y *transformaremos la forma de relacionarnos*.

El equipo técnico debe realizar evaluación de funcionalidades y favorecer la independencia de las AVD, básicas e instrumentales. Con atención a los detalles podemos armar estrategias de intervención que faciliten el proyecto vital, adviertan sobre las capacidades y su concreción en el día a día.

D-Seguridad, autonomía y bienestar

En no pocas ocasiones *la seguridad es el único criterio que contemplamos en los cuidados* a la persona mayor. Una seguridad que con frecuencia limita su autonomía e incluso puede afectar a su bienestar emocional (limitar la libre deambulaci3n, el acceso a sus pertenencias, las sujeciones f3sicas.)

La vida cotidiana no est3 exenta de riesgos, y habitualmente los asumimos con naturalidad.

El desarrollo de la autonom3a en la personas en situaci3n de dependencia conlleva asumir ciertos riesgos. Riesgos calculados, pero riesgos. Esta visi3n debe ser clarificada y compartida con la persona mayor y con sus familiares

Es preciso *equilibrar la seguridad, el bienestar emocional y la autonom3a* de las personas usuarias en las intervenciones.

Ante las situaciones cotidianas en las que entran en conflicto estos objetivos ser3 preciso *valorar detenidamente cada situaci3n y consensuar actuaciones y medidas que concilien estos tres objetivos*. Todos ellos son importantes para la calidad de vida de la persona.

Sujeci3n • Si es preciso utilizar medidas de sujeci3n f3sica hemos de asegurarnos que se toman *como 3ltima opci3n*, es decir cuando no han funcionado otras alternativas, ya que suponen una importante limitaci3n de libertad adem3s de provocar malestar.

En ning3n caso pueden utilizarse si causan m3s da3o que el que pretenden evitar o si son consecuencia de otros motivos como la *comodidad de quien cuida o la falta de medios humanos o materiales*.

Deben ser *prescritas por un profesional y aplicarse de forma individualizada, temporalizada y siempre supervisada*.

La existencia de protocolos donde se indiquen las buenas praxis y las alertas sobre estos usos es fundamental para evitar actuaciones inadecuadas y lesivas de los derechos de las personas.

Este modelo de atención *pretende eliminar el uso de sujeciones físicas y reducir al máximo el uso de psicofármacos* adecuándolo a las necesidades y patologías de las personas.

Vamos a recordar las definiciones de la Norma Liber-Ger

Restricción: se trata de cualquier acción (médica, química, física, psicológica, social o de cualquier otro tipo), palabra u obra que se utiliza con el propósito o la intención de limitar o constreñir la libre circulación o capacidad de toma de decisiones de uno mismo o de una tercera persona.

Sujeción: se trata de cualquier método manual o físico, instrumento mecánico, material o equipamiento adjunto al cuerpo del paciente, que impide su movilidad y/o el acceso a parte de su cuerpo. Estas a su vez, se pueden subdividir en:

- **Sujeción Restrictiva:** cuando se utiliza con un carácter restrictivo, como elemento que la persona usuaria no puede retirar fácilmente y restringe su libertad de movimientos o normal acceso a parte de su cuerpo.
- **Sujeción No Restrictiva:** cuando se utiliza sin carácter restrictivo, como elemento que permita a la persona usuaria mantener una posición corporal correcta y lo más fisiológica posible. Además, tanto las restricciones como las sujeciones pueden ser voluntarias o involuntarias, según la persona dé su consentimiento o no.

ACTIVIDAD:

**INVESTIGUE ACERCA DEL PROGRAMA CEOMA “DESATAR AL ANCIANO”.
REALICE UNA REFLEXION CRITICA ACERCA DE LOS METODOS DE SUJECION QUE
SE EMPLEAN EN LOS HOGARES O GERIATRICOS QUE USTED CONOCE O
TRABAJA.**

PROPONGA OTRAS ALTERNATIVAS.

E- Las decisiones anticipadas

Muchas de las personas usuarias tienen mermada su capacidad para tomar decisiones importantes y es necesario que los familiares o los profesionales lo hagamos por ellas.

Algo difícil, especialmente ante circunstancias extraordinarias (de tratamientos de salud, de protección personal o de sus bienes, etc.) o si no se conoce bien los valores o preferencias de la persona y, en consecuencia, hemos de interpretarlas.

Por todo ello es recomendable que la persona se pronuncie y exprese sus voluntades de forma anticipada sobre cuestiones relacionadas con sus cuidados o su atención final para seguir sus deseos y preferencias llegado el caso.

En nuestro medio generalmente evitamos hablar de la muerte, de “cuando no estemos”. Philippe Ariès, en su libro “Historia de la muerte en occidente”, señala que nuestra cultura niega la muerte, “nos empeñamos en ocultar” que es parte de la vida y hablar de ella nos produce desazón además que es considerado de mal gusto mencionarla en público.

De alguna manera estos prejuicios hacen que sea poco frecuente que abordemos las “decisiones anticipadas” con los adultos mayores. Sin embargo es de vital importancia vencer estos obstáculos para acompañar y permitir al usuario respetar su voluntad hasta el final de vida.

Abordar este tema con el adulto mayor y llevar un registro, que pueda ser modificable en el tiempo, le brinda un plus de garantía de que sus decisiones serán respetadas y que se le garantizará el ejercicio de la autonomía y del control de sí.

Deberemos informar a la persona usuaria, siempre que ésta sea plenamente competente, sobre los *instrumentos legales existentes para dejar instrucciones sobre cómo quiere ser protegida y cuidada en caso de incapacidad* o qué indicaciones seguir en caso de fallecimiento.

Se trata, en suma, de *facilitar información y acompañar a las personas mayores en procesos de planificación anticipada de decisiones*, de forma que llegado el caso de incapacidad sus representantes puedan hacerlo con mayor facilidad y respetando sus valores e indicaciones.

Es una forma de apoyar la autodeterminación en situaciones de posible incapacidad.

F-Consentimiento informado

El uso de consentimientos informados es una práctica que pretende garantizar el principio ético de la autonomía; *la persona es adecuadamente informada sobre una propuesta y es ella quien consiente, o no, que esto se lleve a cabo*. El propósito es que las intervenciones técnicas que afectan a la persona estén tomadas desde su conocimiento y aceptación.

Diversos asuntos pueden requerir, por su importancia, ser objeto de consentimiento informado por la persona, o en caso de falta de competencia de ésta, por un representante.

A continuación se detallan algunos ítems que deberá el usuario firmar su consentimiento informado:

- a) El ingreso en un centro o servicio.
- b) La aceptación del plan personalizado de atención, incluyendo su acuerdo con que la familia participe o que no participe. En caso de participación del familiar, deberá dejar indicado quienes participaran y a quienes excluirá.
- c) La aplicación de sujeciones físicas.
- d) El acceso de los distintos profesionales a la información privada de la persona.
- e) Indicación de derivación o de no derivación a segundo nivel de atención en final de vida.

Muchas de las personas usuarias de los centros y servicios socio-sanitarios no tienen la competencia suficiente para tomar decisiones importantes que pueden comprometer el curso de su vida y su bienestar, debiendo éstas ser tomadas a través de otras personas. Son las denominadas decisiones por sustitución.

En estos casos, el *consentimiento informado debe realizarse a través de familiares o allegados*, debiendo actuar éstos desde la supuesta preferencia de la persona representada.

Esto es difícil, ya que no se trata de decir según nuestra opinión como sustituto que es lo mejor para el otro, sino que el objetivo es saber «colocarse» en el lugar de la persona y decidir según lo que la propia persona hubiera deseado en caso de poder expresarse, teniendo en cuenta su estilo de vida, su cultura y sus creencias. La representación, por tanto, debe ser ejercida por *personas que conozcan muy bien a la persona mayor*, además de *ser capaces de dejar a un lado sus propias creencias o preferencias* cuando éstas difieran de las de la persona a quien se sustituye.

El consentimiento informado debe ser comprensible e incluir la información más relevante relacionada con el hecho o situación objeto del mismo.

No está de más recordar los **Principios éticos aplicados a intervenciones gerontológicas**

- El principio de **no maleficencia** obliga a los profesionales de los servicios gerontológicos a no hacer daño (físico, psicológico o social) a la persona mayor ni a sus familiares, así como a realizar buenas prácticas en la intervención. En la práctica profesional diaria esto se traduce en la obligación de realizar aquellas intervenciones que están indicadas, por suponer beneficios para las personas, y evitar las que están contraindicadas por generar daño o riesgos de lesión para éstas.
- El principio de **justicia** obliga moralmente a los profesionales de los recursos de atención a personas mayores a no discriminar a ninguna persona por razones sociales y a distribuir los recursos de forma equitativa entre las personas de similar necesidad.
- El principio de **autonomía** dicta a los profesionales de los centros de atención social a promover y respetar las decisiones de las personas usuarias. Ello implica reconocer el derecho de las personas mayores a tener y expresar sus propias opiniones, así como a identificar y llevar a cabo intervenciones basadas en sus valores, creencias y proyectos de vida.
- El principio de **beneficencia** insta a los profesionales de los recursos de atención a personas mayores a hacer el bien a éstas. Esto se traduce en procurar el mayor beneficio para la persona partiendo del concepto subjetivo del bien de la propia persona mayor, y si este es desconocido, de la mayor calidad de vida objetiva esperable

ACTIVIDAD.

¿Qué elementos que deben contemplar los documentos de consentimientos informados para una residencia para adultos mayores? (sugerimos consultar el modulo “Aspectos Jurídicos y éticos del envejecimiento: derechos de la ancianidad”).

ACTIVIDADES DEL ENTORNO Y SU RELACIÓN CON LA BIOGRAFIA

En toda estructura organizacional, se pueden configurar sistemas donde la pasividad, la despersonalización y el quietismo sean los rasgos más destacados o bien pueden ser sistemas donde la actividad, la participación, el respeto por el individuo se constituyan en la base de una tarea de constante cambio y ajuste al medio.

Desde el modelo de atención centrada en la propia persona, se enfatiza lo propio, lo cotidiano y lo significativo para cada persona usuaria como características primordiales de las intervenciones y de la calidad de la atención.

Cuando las personas dependen de los demás para que sus proyectos vitales puedan desarrollarse, el entorno donde éstas son cuidadas y atendidas puede tanto facilitar como ser un obstáculo para el desarrollo de sus proyectos personales. Y este es uno de los grandes objetivos de los servicios y centros: además de atender las necesidades básicas y terapéuticas, apoyar que las personas sigan adelante con sus **proyectos de vida** y se sientan bien.

Las actividades terapéuticas resultan mucho más valiosas si se integran en las actividades cotidianas y significativas. Integrar lo terapéutico en lo cotidiano es uno de los grandes retos actuales de la actividad asistencial de los centros y servicios de atención socio-sanitaria.

Del mismo modo, el diseño y organización del espacio físico y el de las metodologías e intervenciones profesionales son esenciales para lograr intervenciones cotidianas que a la par de terapéuticas resulten cercanas, agradables e importantes para las personas usuarias. Con ello se respeta la idiosincrasia de cada individuo y se desarrolla su autonomía.

Extracto del texto *Atención Gerontológica centrado en la persona*, Teresa Martínez Rodríguez

Y esto nos hizo pensar.....

“Trabajábamos en actividades grupales según áreas estimulativas y siguiendo horarios establecidos. Nos había llevado mucho trabajo conseguir grupos homogéneos y una programación acorde a un listado establecido de objetivos terapéuticos.

Fue un día, en una visita escolar a las actividades grupales. Oí la conversación entre dos niñas de unos diez años y Gloria, una usuaria del centro que estaba realizando una tarea de escritura de palabras. «Mira, aquí hacen las fichas que en el cole hacíamos cuando íbamos a parvulitos» —le dijo una niña a su compañera—. Gloria miró a las niñas, sonrió y les contestó: «Ya veis, nos han traído de nuevo al colegio, así que aprended bien las lecciones y no tendréis que hacer esto de mayores, guapas». Luego la niña le comentó a su amiga: «Pues yo no veo a mi abuelo haciendo fichas, a él lo que le gusta es su huerta».

Quedé intranquila, con una extraña sensación que fue creciendo en los días siguientes. Lo comenté con el resto de compañeros del equipo, intercambiamos opiniones y pensamos que lo mejor era preguntar sosegadamente a las personas usuarias. Vimos que algunas de las actividades programadas, a pesar de haber sido minuciosamente diseñadas, tenían que ser revisadas ya que no las sentían como algo útil, ni tan siquiera como algo divertido. Las hacían simplemente porque era lo que los profesionales «mandábamos».

Ahora hacemos las cosas de otro modo. Tenemos actividades estimulativas que han sido elegidas por quienes participan, muchas de ellas aprovechando las actividades

de la vida diaria. Para las personas con deterioro cognitivo severo hablamos con sus familias centrándonos en sus historias personales. Dejamos más tiempo para actividades individuales: dibujan, cuidan las plantas, colaboran en actividades del centro, mientras otros descansan o simplemente observan, según sus preferencias”.

(Margarita, profesional de un centro polivalente)

Todos los que trabajamos en hogares o geriátricos, sabemos que hay muchas actividades organizadas para el lucimiento del coordinador. Otras que realizan los residentes y que nosotros terminamos de hacer por ellos para “que queden bien” pues, suponemos que valorando el producto del residente se valora nuestra tarea, del mismo modo existen múltiples actividades que el adulto observa pasivamente pues son más del interés del coordinador que del residente. Estos son ejemplos de actividades que no son significativas para los mayores pero son funcionales a lo que la institución desea mostrar a la familia, los directivos o los que aportan recursos económicos.

Desde el modelo de atención centrado en la propia persona se busca el bienestar en el día a día.

➤ **La importancia de lo cotidiano**

En el día a día y *en nuestros lugares cotidianos es donde las personas desarrollamos nuestros proyectos vitales.*

La relación asistencial cotidiana *debe permitir y apoyar que las personas mayores usuarias de los centros o servicios puedan desarrollar sus proyectos vitales.* Es precisamente *en lo cotidiano*, donde debemos proponer intervenciones técnicas, *dar apoyos para que las personas puedan llevar adelante sus propias vidas según sus capacidades y deseos.*

➤ **Integrando lo terapéutico en la vida diaria**

Lo que la persona hace o desea hacer en su vida cotidiana es consecuencia en gran parte de su biografía, pero también refleja sus intereses actuales y sus deseos. Por ello, *las*

actividades de la vida diaria han de desempeñar el importante papel de *hilo conductor de las programaciones e intervenciones terapéuticas*.

La realización de las actividades cotidianas: vestirse, conversar, cocinar, leer, pintar, arreglar el jardín, escribir, organizar o reparar objetos, manejar el dinero, comprar, etc., tiene valor terapéutico al poner en juego habilidades funcionales, cognitivas y relacionales de las personas.

Mantener o proponer un nivel de actividad adaptado a las capacidades, ritmos y deseos de las persona es llevar a cabo un plan terapéutico.

La actividad terapéutica debe ser organizada *en sintonía con el ritmo y rutina de las actividades de la vida diaria de cada persona*, contemplando para ello tanto las actividades más comunes (aseo, movilidad, alimentación, tareas domésticas, etc.) como otras de ocio, aprendizaje y desarrollo personal o contacto social que le resulten significativas o agradables.

➤ **Procurando la continuidad**

La persona mayor precisa de una *propuesta de actividad cotidiana que integre sus distintos espacios de vida y de cuidados*.

Debemos llevar a cabo propuestas que partan de *su historia vital, de sus costumbres y hábitos cotidianos*, pero prestando también atención *a sus deseos respecto a lo que quiere mantener y cambiar*. El objetivo es facilitar, brindando apoyos, que cada persona usuaria pueda continuar haciendo lo que le gusta, así como proponer nuevas actividades dirigidas a su mejora funcional y a su bienestar emocional.

EL PLAN DE ATENCION Y VIDA que se consensue es la vía que utilizamos para lograrlo.

ENTORNOS SIGNIFICATIVOS

➤ **Las actividades «plenas de sentido»**

• Las denominadas actividades significativas o «plenas de sentido» tienen una especial relevancia en el bienestar de la persona y son pieza angular de la aplicación de este modelo.

Las actividades miméticas, automatizadas, infantiles, o carentes de sentido difícilmente provocarán la motivación necesaria que se precisa para «movilizar» a la persona.

- Los objetivos terapéuticos deben ser integrados en la actividad cotidiana y en las tareas que sean significativas para cada persona usuaria.

Lo significativo

- **Lo significativo está relacionado, en primer lugar, con lo que a cada persona le importa o le interesa. Esto, a su vez, depende de la historia personal, de los hábitos y experiencias previas, de las motivaciones construidas a lo largo del tiempo, pero también de cómo los profesionales seamos capaces de presentar nuevas propuestas y generar nuevos intereses.**
- **Además, lo significativo, tiene que ver con lo que socialmente es aceptado, lo que los demás ponen en valor, lo que supone una ayuda para otras personas o lo que generalmente es reconocido de utilidad.**

Las propuestas de intervención y programaciones de actividades estimulativas y terapéuticas han de realizarse de una forma individualizada evitando ambientes uniformes, actividades idénticas donde todos hacen lo mismo a las mismas horas.

Esto no niega el valor de las actividades en grupo, pero es mejor que éstas se diseñen contando con la participación y los intereses de quienes en ellas van a participar.

- *Las actividades especiales colectivas* (celebraciones, homenajes, aniversarios, cumpleaños) tienen gran importancia en lo cotidiano, ya que *poner en valor algo convirtiéndolo en especial e importante para el grupo y para la persona.*

La programación de estos eventos es una oportunidad excelente para implicar y diagramar la organización del festejo junto con el adulto mayor y favorecer la cooperación de familias y profesionales.

➤ Contemplando pasado y presente

El *conocimiento de la biografías* de las personas usuarias es algo fundamental para basar las intervenciones. Se trata de buscar continuidad y armonía, siempre que esto sea deseado, con los hábitos de vida y los aspectos más gratificantes de la vida cotidiana.

Este enfoque de continuidad, fruto de que la vida y las relaciones sociales continúan, *y ha de verse completado con la atenta observación de las preferencias actuales y la expresión de nuevos deseos.*

La combinación de la historia previa de la persona y los intereses actuales permite *el respeto a las trayectorias individuales, sin congelar a la persona en su pasado y sin renunciar a lo presente y a las nuevas posibilidades.*

Una propuesta de concreción de las actividades plenas de sentido que integren las biografías, las singularidades, las historias, el vínculo entre pares y favorezca la asunción plena de poder son los **grupo de reflexión** y las **asambleas**, que serán desarrollados más adelante en el apartado “**dispositivos psicosociales**”.

➤ **El valor de lo propio**

Estar rodeado de las cosas de uno, especialmente de las pertenencias más queridas, y poder acceder y tener control sobre ellas favorece la seguridad y el bienestar emocional de la persona.

Esto es válido para los distintos contextos de cuidado pero resulta primordial en los recursos de alojamiento donde la persona mayor vive de forma temporal o permanente.

Algunos objetos son especialmente importantes para las personas. Cobran gran importancia porque tienen «valor emocional», porque les traen recuerdos, los vinculan a otras personas y a momentos muy queridos de sus vidas.

Facilitar que estos objetos acompañen a la persona en los centros y servicios, favorecer que ésta tenga acceso y en la medida de sus capacidades los controle, y utilizarlos como mediadores en la relación asistencial es un recurso importante que favorece el bienestar de las personas mayores y que facilita la comunicación interpersonal.

Las funciones que cumplen los objetos significativos

— Algunos objetos significativos actúan a modo de «**objetos de apego**» cumpliendo importantes funciones como proporcionar **seguridad** a la persona, **acompañarla, favorecer su orientación o reforzar el sentido de identidad y continuidad** con su vida.

— **Resultan muy valiosos** cuando la persona mayor acude a un centro **fuera del hogar** y también, incluso, cuando ésta se encuentra **desorientada, presenta deterioro cognitivo o simplemente se siente sola.**

— Estos objetos son, además, **estímulos muy potentes para la evocación de recuerdos**, a la par de resultar **eficaces mediadores en la comunicación** de la persona con los que le rodean.

LA SEXUALIDAD DENTRO DE LAS INSTITUCIONES:

Recordemos el valor de la **dignidad** como uno de los ejes fuertes de la atención centrada en la persona y su concreción en la atención cotidiana. Uno de los indicadores es protección y garantía de la **privacidad e intimidad**.

A partir de los aportes del psicoanálisis, sabemos que la sexualidad es mucho más que una práctica biológica genital, y que se relaciona no solo con el coito, sino tanto con la satisfacción de otras zonas erógenas, como también con sentirse amado, cuidado, deseado y poder desear.

Pero aun hoy los prejuicios vician nuestra visión respecto a la sexualidad y en particular en la vejez. Suponemos a los viejos castos o en el otro extremo, perversos, tanto que en las generaciones más jóvenes se habla de la sexualidad de los viejos con repugnancia y vergüenza.

Las manifestaciones de las conductas sexuales de los mayores que viven en una institución, genera tensiones y situaciones conflictivas en los actores institucionales, incluyendo a los propios viejos.

El adulto mayor trae sobre sus espaldas una cultura victoriana altamente represiva, que sumado a la negación social de su sexualidad, hace que se represente a sí mismo, frente al surgimiento de su deseo, como pecaminoso e impúdico, por lo cual se ve empujado a la anulación de satisfacciones libidinales, o bien lográndolas con un gran monto de culpa y ocultamiento, como respuesta a la mirada culpabilizadora del otro.

La sociedad institucional considera inadecuado y perverso el ejercicio y las manifestaciones de erotismo entre adultos mayores. Genera rechazo, produciendo en los cuidadores infantilización, negación de la sexualidad o bien desplazamiento de estos sentimientos, manifestados a través del temor al daño ("se puede llegar a morir", "puede tener un ataque cardíaco"), lesiones genitales adjudicadas a prácticas autoeróticas o por un encuentro genital.

Toma particular relevancia cuando las manifestaciones sexuales ocurren entre personas con capacidades cognitivas desparejas y uno de los partenaires presenta deterioro. En este punto se tensa la reflexión sobre la primacía del discurso moral institucional y la cuestión de los derechos, los goces y el límite para el cuidado.

En este sentido, la intervención apunta a promover la desmitificación de prejuicios, fortaleciendo la identidad como adulto sexuado.

Desculpabilizar, brindar confianza e intimidad y crear entornos facilitadores, será una de las tareas.

EL PROYECTO INSTITUCIONAL

Dentro de esta línea de atención centrada en la persona se incluye la generación del proyecto institucional en forma conjunta con los residentes.

Este debe propender a articular un conjunto de metas y objetivos acordadas y explicitadas con las personas mayores.

Todo proyecto institucional debe justificar el sentido y la vinculación entre las áreas que componen la estructura organizativa para lograr un espacio relacional armónico, y que orienten las practicas en pos de alcanzar un nivel de eficiencia profesional y eficacia en las prestaciones de servicios que permitan garantizar la satisfacción de las genuinas necesidades bio-psico-sociales y la optimización permanente de las condiciones objetivas de vida de la población que alberga.

EL CUIDADO AL CUIDADOR

Finalmente para lograr una buena atención a la persona mayor es imprescindible cuidar a las personas que cuidan.

Es necesario pensar en las intervenciones destinadas contener a los **cuidadores - enfermeros**, ya que estas personas se ven enfrentadas a diario con situaciones muy difíciles de resolver y que los sobrepasan, como enfermedad grave, muertes, alteraciones de conductas, trastornos de la alimentación o del sueño, vagabundeo, etc..

Con respecto a los cuidadores que trabajan en las instituciones para adultos mayores, partimos de la concepción de que el acto de cuidar, además de ser un hecho concreto tiene un efecto subjetivo, que puede generar sentimientos negativos o positivos respecto a la tarea y que puede causar molestia , gratificación, agotamiento estrés o bien por desinformación pueden caer en maltrato por acción o por omisión.

Los cuidadores realizan su tarea durante 8 hs diarias y en ocasiones durante muchos años en la misma institución. En consecuencia es factible que se establezca un vínculo con los residentes, propicio para poner en juego identificaciones proyectivas, omnipotencia, amor, enojos, fantasías de curación, rivalidades con los familiares, tristezas y duelos frente el agravamiento de los síntomas o muerte.

Intervenciones salugénicas:

➤ De la experiencia se ha visto que los encuentros de capacitación que aportan información respecto a cada persona cuidada redundan en beneficio en la asistencia.

➤ Los talleres a modo de ateneos clínicos, donde los asistentes traen casos problema acerca de una situación o persona en particular y se discute la estrategia, buscando alternativas para realizar mejor el trabajo cotidiano con ese residente en particular.

➤ También son útiles los encuentros de supervisión individual si el caso lo amerita, donde se apunta a reconocer sentimientos que se ponen en juego y estrategias de abordaje generales y específicas del trabajo.

➤ Es interesante destacar la importancia del trabajo en grupo de reflexión con los cuidadores- enfermeros, donde se logra abordar la problemática de la tarea, los sentimientos que esta genera, tales como, gratificación o su contrario, tensión, presión, elaboración de duelos, rivalidades, cuestiones referidas al vínculo con los familiares.

De nuestra práctica hemos comprobado que este modo de intervenir, redundan en beneficio en primer lugar, para el residente, en segundo lugar para el cuidador/ enfermero, en el sentido que al ser escuchado, contenido y capacitado, su trabajo se realiza en mejores condiciones, con menos monto de ansiedad, obteniendo mayores resultados positivos, otorgando un plus de salud para el adulto mayor y para el trabajador, y reportando un beneficio para el familiar y para la institución en general.

BURNOUT PROFESIONAL

Los estudios sobre burnout, término que si bien no tiene una expresión análoga precisa en español, suele traducirse como estar quemado o fundido.

Su origen data de la década del 70, cuando Freudenberg lo utilizó para describir la sintomatología detectada en aquellos trabajadores que están en relación con personas que sufren.

El termino Burnout, hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional generado en profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas, máxime cuando esta es catalogada de ayuda, y su origen se basa en cómo estos individuos interpretan y mantienen sus propios estadios profesionales ante situaciones de crisis.

Maslach y Jackson (1986) , consideran que este síndrome, surge de la sobrecarga y frustración laboral, del continuo trato con personas muy enfermas, del exceso de responsabilidades y expectativas, provocando un estado de agotamiento físico , mental y emocional, con despersonalización y bajo sentimientos de realización personal en el trabajo. A demás de la fatiga crónica, puede acompañarse de cefaleas, insomnio, mialgias,

trastornos digestivos, dificultad de concentración, ansiedad, irritabilidad, olvidos, poco rendimiento laboral y otros problemas de salud. Los síntomas observables relacionados con el lugar de trabajo observados son: ausentismo, falta de rendimiento, robos, pobre comunicación interpersonal, falta de concentración, aislamiento, aumento de toxicomanías, automedicación, etc.

El burnout afecta no solo la salud de los profesionales que la sufren, sino también, la calidad de la atención a sus pacientes.

Siendo el burnout un cuadro que aparece conectado a la actividad laboral, las posibles causas se relacionan a la interacción entre factores personales y del propio entorno laboral.

Entre los primeros se tiene en cuenta la presencia de determinados rasgos de personalidad facilitadores de la aparición del síndrome, así como la importancia de los valores del individuo y sus expectativas en cuanto su actividad profesional.

Entre los segundos, se consideran los factores del ambiente laboral clasificados en seis grandes áreas, y que aparecen identificados por los propios profesionales: la carga de trabajo, la capacidad de control por parte del profesional sobre su actividad, el nivel de reconocimiento de la misma, las relaciones sociales, dentro del entorno laboral, la percepción de un trato justo y los valores de la institución.

Para afrontar esta situación es importante el reconocimiento de la existencia del problema y de su importancia, y por otro lado es no hacer responsable del mismo exclusivamente a los propios profesionales considerando que el peso de los factores institucionales es mayor en el desarrollo del síndrome que el de los factores personales.

En el ámbito personal, es necesario preparar a los profesionales, (ya incluso en su fase de formación académica), ante la posible aparición del síndrome, e instruyéndoles en la forma de afrontar el estrés y los conflictos que puedan surgir en el desarrollo de su actividad profesional; y en el ámbito institucional, iniciando medidas encaminadas a mejorar la distintas áreas mencionadas más arriba para optimizar el desempeño de los equipos profesionales y mejorar las condiciones de los residentes en las instituciones para mayores.

Las posibles respuestas a este problema son a diferente nivel.: individual, grupal y organizacional, comprendiendo el abordaje médico y psicoterapéutico, cambios en la alimentación y en la distribución del tiempo de sueño-trabajo-esparcimiento, la reeducación de los hábitos de trabajo y aprendizaje de control de estrés a través de técnicas de afrontamiento, el fomento del apoyo social, los ejercicios físicos y la instauración de programas de prevención en las organizaciones, de mejora de ambiente y clima organizacional, la reestructuración y rediseño del lugar de trabajo, haciéndose partícipe a los integrantes, estableciendo objetivos claros para los roles, fijando pautas de trabajo

máximas que eviten la sobrecarga, aumentando las recompensas, estableciendo líneas clara de autoridad y mejorando la comunicación organizacional.

Resumiendo:

Las instituciones para Adultos Mayores deben ser centros abiertos, permeables en la interrelación con la comunidad, deben tener como objetivo el mejoramiento de las potencialidades, de la calidad de vida, del sostenimiento de la dignidad, de la concreción día a día del proyecto vital de cada sujeto. Debe ser facilitador de relaciones entre pares, apuntar a la promoción de vínculos amigables y generar red de apoyo social, sin perder de vista la autonomía de la persona mayor.

Una residencia, si bien nunca será “la casa”, debería ser lo más parecido a ella donde el adulto mayor pueda sentirse parte de ella, **integrado**, no adaptado.

Para cerrar este capítulo los invitamos a pensar dispositivos psicosociales para los residentes en estos 3 momentos claves:

Ingreso, recibimiento y período de adaptación del residente.

Tiempo de estadía y permanencia.

Final de la estadía o de vida.

El momento de **Ingreso** es un período crítico en el cual todo el equipo de atención de la residencia debe trabajar para evitar situaciones críticas, son momentos de cambios, las personas pueden aislarse, deprimirse, aparecen sentimientos de abandono y soledad, dificultades para relacionarse con el entorno.

Proponemos dispositivos e intervenciones que posibiliten:

- una recepción cálida y personalizada
- la valoración más integral posible del nuevo residente que debe ser interdisciplinaria: valoración médica, social , psicológica del nuevo residente.
- la integración al grupo y a la dinámica del centro.
- el desarrollo de un programa con objetivos personalizados.

Durante el período de **Estadía** en la residencia es importante pensar dispositivos que:

- faciliten la integración y adaptación del residente a su nueva vida
- acompañar el duelo que implica dejar su casa y su entorno, dado que se va a producir un gran cambio en sus rutinas y costumbres.

- facilitar la comunicación entre los distintos actores para que la tarea y esfuerzo de un profesional no se contradiga o se disperse por una intervención contradictoria de otra área profesional.
- obtener la mayor información para proponerle actividades significativas para su desarrollo personal.
- fomentar la integración de la familia y el mantenimiento de sus relaciones sociales.
- la valoración integral del equipo profesional para que se pueda cumplir un plan de cuidados y actividades acorde a las necesidades del nuevo residente.

En el período de estadía y permanencia tenemos que pensar dispositivos como:

- Grupos de reflexión
- Talleres
- Asambleas
- Actividades compartidas con los entornos sociales
- Entrevistas de seguimiento, integración y contención familiar
- Reuniones de trabajo de equipo interdisciplinario
- Intervenciones para mejorar la comunicación con el residente, la institución y el equipo profesional.
- Actividades que promuevan el cuidado del cuidador y la prevención del síndrome de burnout profesional.

Vamos a destacar el GRUPO DE REFLEXIÓN y la **ASAMBLEA** como dispositivos que promueven la implicación personal y el empoderamiento.

El ingreso a una institución, en ocasiones, se ve precipitado por fallas en la red social de los adultos mayores. Por otra parte, en las residencias conviven un gran número de personas, sin embargo, es frecuente que no se generen vínculos espontáneos. De allí deviene la importancia de la utilización de esta estrategia “**grupos de reflexión**”, que utilizando como herramientas temas disparadores, facilitan que el grupo pueda conocer a su par, modificar prejuicios existentes, compartir ideas, problemas, gustos, y abrir la posibilidad de generar un encuentro con el otro configurando una red de apoyo emocional, afectiva, e instrumental.

Este enfoque terapéutico debe operativizarse mediante una modalidad participativa que promueva la reflexión conjunta y que habilite al otro a hablar y ser escuchado.

Varios autores desde la psicología del self consideran que el grupo de reflexión puede actuar como un espejo que colabora en la reconfiguración de la identidad y continuidad de sí mismo, al integrar y rescatar representaciones positivas de sí.

La aceptación, el reconocimiento de los pares, permiten reforzar los apoyos narcisistas que se resquebrajan por las pérdidas sufridas y por lo que implica envejecer viviendo en una institución.

El grupo de reflexión **no es un grupo terapéutico**, sin embargo ejerce un efecto terapéutico al permitir desmistificar prejuicios, poner en palabras sentimientos, historias de vida, reminiscencias, etc.

LAS ASAMBLEAS:

El dispositivo de Asamblea propicia el fortalecimiento de la autonomía y autodeterminación⁸, en tanto poder decisorio en las cuestiones relativas por ejemplo, a su salud, a la vida cotidiana, a la integración y participación respecto al avance organizativo de la institución, normas internas de convivencia, accesos o prohibiciones que hacen a la convivencia, modificaciones de cuestiones edilicias, programación de un festejo, o salidas grupales, etc.

Es en las Asambleas donde se ejercita la participación con poder decisorio de la persona mayor, desde una horizontalidad democrática que permita el corrimiento de los estigmas asilares, lo cuales insisten en la verticalidad de mandos y la dependencia.

Repasemos:

- **Empoderamiento:** “Concepto que remite a la asunción de poder en la *participación social*”
- **Participación:** “capacidad que tienen los individuos de intervenir hasta la toma de decisiones en todos los aspectos de la vida cotidiana que los afecten e involucren”

⁸ Rojas Pernia, Tesis Doctoral. Barcelona , 2004: “Cualquier persona, discapacitada o no, puede provocar que las cosas sucedan en su vida y se implica para que tengan lugar, es considerada autodeterminada”.

Atención: para reflexionar

La palabra dependencia que frecuentemente utilizamos en las instituciones para hablar de los mayores, en el sentido estricto de la palabra, significa, “subordinación de uno con menos poder a otro que detenta el poder”.

“El sentido de empoderamiento en tanto modificación de un orden, puede convertirse en la posibilidad de darse una identidad en la que sea posible criticar las nociones de asexualidad, dependencia, enfermedad e incapacidad. Es asumir el poder subvirtiendo las nociones de vaciamiento de poder”⁹

Para finalizar, en el momento que denominamos como **Final de la estadía o de vida**, la persona mayor puede regresar a su domicilio, volver a vivir con su familia o bien trasladarse a otra institución, y también puede ocurrir el fallecimiento.

Por ello proponemos en esta etapa intervenciones dirigidas a:

- Acompañar al residente que vuelve a su casa.
- Tener una escucha activa y contención afectiva con aquellos residentes que también desean irse pero se quedan en la residencia.
- Acompañar al residente y a su familia en la fase final de la vida.
- Prestar atención al duelo en el grupo de residentes, así como al equipo de profesionales y asistentes gerontológicos que crean vínculos y lazos de afecto con los residentes que fallecen.

⁹ Iacub, Ricardo. “Identidad y Envejecimiento”.(2011) . Paidós

Para ampliar estos temas les recomendamos la siguiente bibliografía general:

- Documentos de Bienestar Social. “La atención Gerontológica Centrada en la Persona” Teresa Martínez Rodríguez. Gobierno Vasco- 2001
- Boletín sobre Envejecimiento - Perfiles y Tendencias , Febrero 2003 “La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes”- Eamon O’Shea- Universidad Nacional de Irlanda, Galway
- Temas de gerontología social. Editado por la dirección general de tercera Edad del Gobierno de la ciudad de Buenos Aires. Año 2003
- Envejecimiento y Vejez nuevos aportes. Dra Gloria Ferrero compiladora. Editorial Atuel año 1998 Cap: Envejecimiento e institucionalización geriátrica Dr. Daniel Matusevich
- Iacub Ricardo. El rol del psicólogo en el geriátrico. Ficha de la Cátedra de Psicología de la Vejez UBA
- Seminario: La institucionalización y sus costos .Cuadernos de Gerontología AGEBA Año 1993
- Gestión de las residencias de Tercera Edad. Raquel Benatar, Rosario Frías, Alicia Kaufmann Ediciones Deusto SA
- Primer Simposium Argentino de Gerontología Institucional. SAGI 2004 Facultad de psicología Universidad de Mar Del Plata Laura Golpe – Claudia Arias Compiladoras.
- Cultura Institucional y Estrategias gerontológicas Primer anuario del Simposium Argentino de Gerontología Institucional. Laura Golpe – Claudia Arias Editoras. Ediciones Suárez año 2005
- Internados Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales. Amorrortu editores año 1970
- Psicogeriatría en las instituciones geriátricas: una tierra de oportunidades Daniel Matusevich, Vertex, N° 76., año 2007

UNIDAD 7: ABORDAJES SOCIORECREATIVOS Y MODELOS DE INTERVENCION COMUNITARIA

Introducción

En esta unidad veremos diversas formas de estimulación de la utilización creativa del tiempo libre, las ventajas de la inserción grupal para pasarla bien y divertirse, los efectos positivos en la asunción de nuevos roles que tiene esta modalidad grupal, cómo los duelos son mejor transitados integrado a un grupo, y una serie de ejemplos posibles de actividades para llevar a cabo. Se recomiendan algunos consejos básicos a la hora de armar una actividad. Luego veremos algunas estrategias para minimizar los efectos negativos del retiro en los trabajadores y las trabajadoras y un análisis de las variables más importantes que inciden en esta situación. También veremos un modelo de intervención comunitaria en escuelas, que apunta a generar conciencia en los chicos y jóvenes sobre la posibilidad de pensar a los viejos de su comunidad según el modelo de envejecimiento activo y participativo, comenzando la reflexión por los maestros y promoviendo un cambio conjunto de paradigmas tanto de educadores como de educandos.

Encontrarán también algunas consideraciones sobre viviendas tuteladas, como un modo de proteger el hábitat de las personas mayores minimizando las condiciones del entorno que atentan contra un modo de vida autónomo y dependiente, transformando el hábitat en un lugar sentido como seguro por más tiempo.

Actividades sociorecreativas y deportivas en clubes y centros comunitarios. El juego.

Uds. han visto, en las materias que han ido cursando, que el envejecimiento es un fenómeno no sólo biopsicosocial, sino también y esencialmente cultural. El grado de bienestar al que pueda acceder la persona mayor dependerá de los significados sociales que cada cultura asigne a este proceso y de los recursos que la sociedad ofrezca para transitarlo. Por lo tanto cuanto más espacios placenteros y participativos la sociedad ofrezca a sus mayores, tanto más sensación de bienestar caracterizará esta etapa de la vida. Los recursos individuales con que cuente cada persona para el tránsito hacia un envejecimiento satisfactorio se verá mediatizada por los significados positivos del colectivo en su conjunto.

Dice Diana Singer: "El planeamiento de nuevas y distintas actividades es fundamental en esta etapa de la vida, pero quizás sea aún más fundamental su posibilidad de concreción."

La participación en programas recreativos y grupos institucionales ayuda a las personas mayores a superar los sentimientos de pérdida y el deterioro de sus vínculos, así como superar de manera más eficaz las situaciones de crisis propias de esta etapa vital: la inseguridad, la desvalorización, la segregación y la automarginación ceden su lugar ante los nuevos vínculos afectivos, los nuevos roles, el intercambio de experiencias. La disminución de las redes en la vejez puede llevar a situaciones de aislamiento social con el consiguiente sentimiento de soledad, depresión y consecuencias negativas para la salud psicofísica. Las conductas integradoras permiten a las personas mayores realizar mejores elecciones y más saludables para alcanzar una mejor calidad de vida, establecer vínculos sociales satisfactorios y ejercitar el auto cuidado, que permita alcanzar una expectativa de vida sana el mayor tiempo posible.

Si tomamos el modelo de Maslow, LA PIRÁMIDE DE LAS NECESIDADES, en la base cuenta las necesidades fisiológicas asociadas al instinto de conservación, luego las de amor, seguridad y pertenencia, y en la cima las de autoestima y realización personal. A medida que las necesidades inferiores se van satisfaciendo, el individuo se inclina naturalmente a satisfacer las del nivel superior. Por lo tanto una sociedad que ofrece satisfacción a sus miembros en sus necesidades básicas como seguridad, adecuada alimentación y acceso a la salud, abre las puertas para sujetos espiritualmente enriquecidos.

Para la intervención psicosocial tenemos una estrategia de abordaje por excelencia que es el dispositivo grupal. Los beneficios de esta elección se basan en los efectos que el mismo posee sobre la subjetividad de los miembros independientemente del tipo de grupo que se trate. Pueden ser grupos terapéuticos, grupos de reflexión, grupos de estimulación sensoroperceptiva o cognitiva, agrupamientos alrededor de una tarea específica, como voluntariado, grupos participativos, recreativos, comunitarios, etc.

El efecto del grupo sobre los sujetos es terapéutico en sí mismo siendo la pertenencia al grupo lo que sustenta tal efecto. el sujeto modifica al grupo por su participación en él y a su vez es modificado por el grupo.

Uds. ya vieron con Adriana Fassio todo lo que tiene que ver con grupo y liderazgo, así que este es un buen momento para pensar lo específico del rol del líder y del coordinador en la constitución de grupos sociorecreativos.

Estos grupos pueden funcionar en diversas instituciones de la comunidad sean estas de dedicación exclusiva a personas mayores o no. A fin de evitar la marginación, se pueden incluir las actividades para personas mayores en centros comunitarios o clubes sociales y deportivos que ofrezcan actividades para todas las edades. Las actividades pueden ocupar desde algunas horas hasta gran parte del día. Lo ideal es generar una oferta amplia para que el servicio que ofrezcamos cubra un espectro amplio de necesidades: desde las personas que lo utilizarán sólo unas pocas horas del día algunas veces por semana, hasta aquellas que lo usarán todos los días, varias horas. Esto genera un efecto beneficioso en los vínculos familiares y sociales. Abuelos que comparten el mismo club al que concurren sus nietos, pero con su propia actividad y una sociedad en general que ve personas mayores activas e integradas a la vida de su comunidad.

Algunas consideraciones sobre EL OCIO

Ya a mediados del siglo XX, Dumazedier en "Hacia una civilización del ocio" (1964), llamaba la atención sobre un tema que comenzaba a asomar y que fue tomando dimensiones cada vez mayores a medida que el tiempo pasaba: el tiempo libre de las personas y la forma de utilización de este, tanto en trabajadores como en quienes ya han cesado en sus obligaciones laborales.

Adjudica al ocio tres funciones primordiales: descanso, diversión y desarrollo.

"El descanso libera de la fatiga y en este sentido, el ocio protege del desgaste y del trastorno físico o nervioso provocado por las tensiones derivadas de las obligaciones cotidianas y en particular del trabajo. "

"La segunda función es la de diversión. Si la función precedente libera

fundamentalmente de la fatiga, esta hace lo propio con el aburrimiento. La diversión es la búsqueda de una vida de complemento, de una compensación o huida, y la evasión a un mundo diferente del de todos los días. Esta búsqueda se orienta o bien a actividades reales a base de cambio de lugar, ritmo, estilo (viajes, juegos, deportes) o hacia actividades ficticias a base de identificación y proyección (cine, teatro, novela) y constituye el recurso a la vida imaginaria.

La tercera función es la de desarrollo de la personalidad, la cual libera de automatismos del pensamiento y de la acción cotidiana, y permite una participación social más amplia y más libre y una cultura desinteresada del cuerpo, de la sensibilidad y de la razón. Ofrece nuevas perspectivas de integración voluntaria a la vida de los grupos recreativos, culturales y sociales. Incita a adoptar posiciones activas en el empleo de las diferentes fuentes de información. Puede crear nuevas formas de aprendizaje a lo largo de la vida, puede producir conductas innovadoras y creadoras.

Estas tres funciones son solidarias, y están íntimamente vinculadas unas con otras. Pueden sucederse o coexistir alternativa o simultáneamente en una misma situación de ocio.

Definiendo finalmente el OCIO: "...un conjunto de ocupaciones a las que el individuo puede dedicarse voluntariamente, sea para descansar o para divertirse, o para desarrollar su información o su formación desinteresada, su voluntaria participación social o su libre capacidad creadora, cuando se ha liberado de sus obligaciones profesionales, familiares y sociales."

En el caso de las personas mayores, en general todo su tiempo es tiempo libre. Y se puede a través de diversas actividades creativas inducir la utilización creativa de este tiempo, a través de la estimulación y aprendizaje de nuevas habilidades, libremente creativas u ocupacionales, así como la estimulación de la grupalidad y el placer a través del juego.

¡¡IMPORTANTE!!

Es esencial, cuando diseñemos un servicio o programa, la difusión que hacemos de este. No nos sirve diseñar estrategias de atención perfectas, si no contamos con una población que efectivamente esté en conocimiento de ellas para demandarla y acceder a ella.

Por ejemplo para comenzar a definir un programa O PROYECTO QUE SE PONGA EN PRACTICA SON:

- Definir una fecha de inicio del programa e ir haciendo un cronograma de cómo llegaremos a esa fecha, los recursos físicos y humanos que necesitaremos y las herramientas para ponerlas en práctica. Si trabajaremos solos, si habrá otras personas que trabajarán con nosotros, prever la presencia de sillas, mesas, equipos de sonido, micrófonos, proyector de películas, etc.
- Planificar una buena DIFUSION para que la población destinataria lo conozca. Utilizar medios de difusión habituales, diarios, radios, canales locales. Imprimir folletos y repartir en las colas de los bancos donde se pagan jubilaciones o lugares habituales de reunión de gente mayor: centros de jubilados, consultorios de médicos de PAMI, farmacias, o lugares de concurrencia como negocios del barrio o del pueblo, etc. Cada uno en el lugar donde desarrolla su tarea buscará los mejores lugares. Si

van a imprimir folletos, recuerden que el texto debe ser sencillo, de fácil comprensión, legible (preferentemente letras grandes, oscuras sobre fondo claro),

- La sede debe ser **ACCESIBLE** a la mayor cantidad posible de población. No hallarse en un lugar muy aislado, tener transporte que permita llegar con comodidad, no tener barreras arquitectónicas que generen situaciones de riesgo.
- Que la oferta satisfaga necesidades detectadas
- La difusión debe incluir **CLARIDAD SOBRE EL MARCO TEMPORAL Y ESPACIAL EN QUE SE DESARROLLA.**
- Si la actividad se va a realizar en un centro comunitario o club en los que nunca hubo gente mayor, sería adecuado tener una reunión con el personal de la institución a fin de interiorizarlos sobre la nueva actividad y las características de la población mayor que comenzará a usar las instalaciones.
- Si se van a planificar actividades físicas, deportivas o si el lugar tiene natatorio que se utilizará, los profesionales a cargo de la actividad deben estar capacitados en las especificidades de estas actividades con personas mayores.

Recuerden:

Accesibilidad es aquella característica de los espacios y construcciones, del transporte y elementos que hacen posible el estar y el circular, sus usos y la comprensión de los mensajes, para todas las personas independientemente de su condición física o mental.

Hogar de día o centro comunitario diurno

Un modelo de abordaje en la atención comunitaria lo constituye el Hogar de Día o Centro Comunitario Diurno. Estas instituciones se proponen como un modo de satisfacer necesidades subjetivas y estructurales, resolviendo desde necesidades básicas como apoyo alimentario, hasta contribuir al desarrollo de redes sociales; potenciar sus habilidades y contribuir a un envejecimiento digno y productivo. También desarrolla estrategias de reinserción social y familiar. (Groba 2003)

Esta actividad se puede desarrollar en lugares propios o por convenio con instituciones existentes.

Consiste en ofrecer un lugar al que la persona mayor pueda concurrir libremente, que funciona todos los días, allí se le ofrece comida, (que puede ser gratuita o accesible por un precio módico), se realizan actividades de taller – música, gimnasia, artesanías, idiomas, juegos, excursiones, salidas, contención psicosocial por parte de profesionales, microemprendimientos, enfermería, etc. – Otra tarea que puede desarrollar el equipo profesional, es el apoyo a la salud del residente a través de la facilitación del acceso a los servicios de salud.

ES NECESARIO DIFERENCIAR ESTE DISPOSITIVO DE LOS SERVICIOS CUYA POBLACION POSEE ALTO GRADO DE DEPENDENCIA Y REQUIERE PERSONAL CAPACITADO EN EL APOYO VARIAS HORAS POR DIA DE LAS ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA.

Se pueden ofrecer actividades para personas independientes en sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria así como considerar la posibilidad de recibir personas con algún grado leve de discapacidad al que se esté en condiciones de dar respuesta para realizar actividades de estimulación sensorial, perceptiva y cognitiva. La existencia de un lugar al que la persona mayor puede concurrir durante el día a realizar actividades creativas y a estar en interrelación con pares, genera conductas saludables, que en la mayoría de los casos sirven para retrasar el deterioro y postergar la institucionalización, ya que colaboran con la familia, principal proveedora de cuidados, ofreciéndoles la posibilidad de cuidar a la persona dependiente durante varias horas al día.

La concurrencia y participación de las personas mayores en estos centros detiene una dinámica de exclusión, con riesgo de marginalidad, otorgando la posibilidad de integrarse desde sus aspectos conservados generando nuevas manifestaciones creativas de la personalidad a través de la integración. Se genera un nuevo sentido vital al ofrecer un motivo por el cual levantarse de la cama, vestirse, arreglarse para el encuentro con otros.

El servicio alimentario, además de satisfacer una necesidad básica, ofrece un espacio de resocialización y de despliegue de las actividades de la vida diaria en un marco social. Compartir una mesa, mantener hábitos de independencia y desempeño social, refuerzan la idoneidad funcional y las pautas de conducta social. (Rubinstein.2003)

Propuesta de actividades

Taller de historia: Una tarea que produce gran placer en los miembros es la reconstrucción de la historia del barrio o de la ciudad, de las comunidades de inmigrantes, etc. Las personas mayores de una comunidad son la historia viviente, y la recuperación de este rol de transmisores de la continuidad histórica es una importante contribución a sus sociedades. La modalidad de producción puede ser:

- a) **Gráfica:** se escriben los relatos, se trabajan grupalmente, se aúnan recuerdos, y una vez que el material esté concluido y sea satisfactorio para los que lo produjeron, se puede imprimir y producirlos gráficamente en un diario o revista periódica, que después se reparta en las escuelas. Esta producción grupal puede incluir la distribución de las tareas para la consecución del fin: pedir presupuestos a las imprentas, buscar jóvenes (nietos o no) que puedan colaborar con el diseño gráfico, la comunidad en general puede participar a través de la compra de espacios para publicidad, etc. Luego, cada coordinador buscará con el grupo los medios posibles de distribución de la revista o periódico. La actividad es placentera en sus dos partes esenciales: el intercambio grupal y la integración comunitaria.
- b) **Oral o dramatizada:** Otra modalidad es producir un relato histórico contextual y dramatizarlo. Puede ser representado en las escuelas como proyecto intergeneracional. Se pueden también utilizar títeres, en el caso que se desee trabajar con jardines maternos o en educación inicial. En este

caso se deben desarrollar las siguientes tareas: escribir el guión, realizar la escenografía (que debe poder transportarse), fabricar los títeres o el vestuario, ser responsable de la música de escena, etc. Se puede realizar en ronda en el que una persona mayor o un pequeño grupo de ellas, intercambian con los alumnos, relatos histórico-vivenciales. A los niños y jóvenes les gusta escuchar respuestas a preguntas tales como: ¿Cómo se vendía antes la leche? O ¿qué medios de transporte se usaban? También se pueden mostrar fotos de cómo vestía la gente en épocas anteriores que los mayores tengan guardadas de ellos o de sus padres, o documentos de inmigración. También revalorizar la cultura local a través de aportes de habitantes originarios de los pueblos.

Esta estrategia se puede utilizar también para la creación de cuentos de argumento libre y no sólo como relato histórico.

Taller literario y de cuentos: Se buscan libros de cuentos de diversos autores argentinos, latinoamericanos o universales, se leen grupalmente en voz alta, se debaten. Luego se puede elegir un tema y que cada miembro del grupo escriba algo que le resulte motivador: una poesía, u otro cuento. Para la reunión siguiente cada uno lee al grupo su producción. De aquí también se puede derivar una actividad intergeneracional. Se puede concurrir a la escuela o que algún grupo escolar concorra al centro comunitario u hogar de día. Esto contribuye a que los niños o jóvenes vean y participen del lugar donde se reúnen los mayores. Al finalizar la actividad se puede compartir una merienda y cantar algunas canciones.

Taller de coro y música: Se promueve el canto en conjunto generando una fuerza grupal especial. No se requiere experiencia previa ni saber cantar para poder participar. Se trata de estimular a las personas que les guste cantar, a que lo hagan con otros, perdiendo la vergüenza y encontrando placer, desinhibiéndose y mejorando su expresión vocal que además mejora la capacidad respiratoria, generando bienestar y alegría. No es necesario tampoco que quien coordine el taller sea director de coro. Alguien bien relacionado con la música y con su propia expresividad, también puede generar esta actividad grupal.

Taller de cocina: Es una actividad placentera tanto para mujeres como para varones. Por ejemplo en varones que viven solos, que han enviudado hace poco y no estaban acostumbrados a cocinar, les sirve para aprender los conocimientos básicos de la cocina que les permitan prepararse su propia comida. Estos saberes pueden ser transmitidos por otros miembros del grupo sean mujeres o varones. También para las mujeres que siempre se han dedicado a cocinar, puede ser una oportunidad interesante para compartir recetas y comer algo placentero entre todos. Los ingredientes pueden ser aportados por la institución o por los miembros en la medida de sus posibilidades, quienes comerán lo que prepararon al finalizar el taller. Asimismo, si se cuenta con el asesoramiento de una nutricionista, es importante el aprendizaje de pautas básicas de higiene para la manipulación y conservación de alimentos a fin de evitar las enfermedades transmitidas por alimentos.

Esta actividad asimismo se puede hacer extensiva a grupos de adolescentes o niños, en escuelas o en el mismo Centro de Actividades. Tiene la particularidad de generar un espacio para compartir una actividad placentera en la que los protagonistas del dar, del enseñar, del transmitir, son las personas mayores, con lo cual se produce una revalorización del conocimiento por parte de las generaciones más jóvenes, en una actividad de integración intergeneracional.

Charlas de autocuidado: A cargo de diversos especialistas de las áreas sociales y de salud, que enseñarán las indicaciones básicas de prevención de enfermedades, caídas, intoxicaciones, accidentes domésticos, cambios en la audición, en la visión, en la sexualidad, boca, nutrición, etc.

Taller de dramatización o juegos teatrales: Se trata de abrir un espacio para dramatizar, siendo los protagonistas quienes van definiendo el contenido y la forma de lo que va representándose. La modalidad es la improvisación, no hay un texto definido; se proponen consignas de trabajo acompañado a veces con objetos, disfraces, luces, música o imágenes para motivar o enriquecer la tarea. (FAJN, 2001)

El número de propuestas de actividades dependerá de la imaginación de los coordinadores, de los intereses de los participantes y de los recursos con que se cuenta. Tanto las actividades artísticas y plásticas, como cursos de aprendizaje de diversas técnicas manuales, o cursos de desarrollo y promoción de habilidades, idiomas, alfabetización, etc. deben tender a promover el intercambio grupal, la interacción fructífera, la elevación espiritual, el enriquecimiento mutuo y el crecimiento personal. Para ello, si se cuenta con presupuesto, se pueden contratar profesores. Pero una modalidad interesante es que los miembros del grupo se animen a coordinar un curso en el que transmitan algún saber que posean. Esto redundará en beneficio de la autoestima y se multiplican los efectos saludables sobre los proyectos vitales desterrando prejuicios sobre la pasividad de esta etapa de la vida.

Una estrategia interesante se puede ofrecer constituyendo un grupo especial para los que se animen con esta actividad. Se prestará atención a dos cuestiones en particular; La primera será ofrecer una capacitación permanente en dinámica grupal, liderazgo, roles, a fin de apoyar y fortalecer la función de transmisor de conocimientos (inglés, plástica, tejido, telar, taller de escritura o poesía, etc.).

La segunda cuestión a la que habrá que apuntar es a constituirse como grupo de reflexión para que el coordinador pueda hacer un seguimiento de las dificultades que van surgiendo en la tarea de coordinar el grupo. También para fortalecerlos como grupo se pueden armar actividades especiales como salidas, paseos, etc.

El juego

En “Jugar no es jugarse la vida” Sergio Fajn nos introduce en lo que dicen varios autores acerca del juego.

HUIZINGA dice que “ El juego es una acción o una actividad voluntaria, realizada en ciertos límites establecidos de tiempo y lugar, según una regla libremente consentida pero completamente imperiosa, provista de un fin en sí, acompañada de un sentimiento de tensión y alegría y de una conciencia de hallarse de manera diferente que en la vida cotidiana”... y agrega “...se puede definir al juego, en breves términos, como una acción libre, sentida como ficticia y situada al margen de la vida cotidiana, capaz sin embargo de absorber totalmente al jugador; una acción desprovista de todo interés material y de toda utilidad, que acontece en un tiempo y en un espacio expresamente determinados, se desarrolla con orden a reglas establecidas y suscita en la vida las relaciones entre grupos que, deliberadamente, se rodean de misterio o acentúan mediante el disfraz su extrañeza frente al mundo habitual”

Asimismo cita a Roger Caillois, quien agrega que en el desarrollo del juego no puede determinarse, sin conocerse previamente el resultado, pues cierta latitud en la necesidad de inventar debe obligatoriamente dejarse a la iniciativa del jugador. Las reglas del juego tienen, sin embargo, un significado negativo, porque no determinan lo que debe suceder, sino solamente qué no debe ocurrir. No prefiguran el curso de la

acción, sino que permiten su desenvolvimiento libre e incierto dentro de los límites definidos”.

El espacio del juego es el espacio del “como si”. Allí se pueden desplegar las fantasías, ser otro u otra, inventar un vínculo donde no lo hay, mejorar uno existente, tener lo que no tuve ni tendré, ser lo que no soy. En fin, inventar un mundo imaginario que sea placentero y que permita una resolución de conflictos de manera grupal y creativa. Conectarse con la alegría, tomar la muerte como parte de la vida, y volver al mundo de lo real con un sentimiento de excitación y alegría compartida grupalmente.

Agrega Fajn: “ A través del juego dramático y teatral se abre la oportunidad para pasar por distintos lugares, estar en el lugar del que gana, pero también del que pierde, del que da y del que recibe, del que sufre y del que hace sufrir, del poderoso, del cadenciado, de la víctima, ...enlazar presente, pasado y futuro y reescribir la propia historia...”

Para ampliar este tema se puede leer el libro VIEJOS NUEVOS, NUEVOS VIEJOS, donde se halla el capítulo nombrado con anterioridad. Compiladora Zarebsky. Editorial Tekné Bs. As. 2001

A continuación transcribiremos algunos ejemplos de juegos tomados de la serie del Lic. Fernando Daniel Rabenko TIEMPO DE JUEGO –ver bibliografía al final...que se pueden llevar a cabo en los grupos. Recuerden que todas las técnicas de estimulación que vieron para memoria, lo sensorial, lo perceptivo, lo cognitivo, puede ser adaptado para hacer de eso un juego de integración o competencia.

I - juegos que requieren poco espacio

Se deben armar secuencias lúdicas (cantidad de juegos que se aplicarán en un encuentro) que duren un tiempo prudencial como para no producir cansancio o aburrimiento. Es importante que los primeros juegos de cada encuentro tiendan a la desinhibición y sean facilitadores de la comunicación y conocimiento del grupo.

La presencia de coordinadores ayudantes, o voluntarios, permite ofrecer ayuda a quienes lo necesiten por problemas visuales o auditivos, motrices, dificultades en la lectura, etc. Es recomendable dar toda la ayuda necesaria para evitar frustraciones y malestar y permitir una conexión creativa y placentera con el juego.

Se deben fomentar los valores de camaradería, colaboración, integración. Dado que son juegos con papel y/o escritura es recomendable la presencia de mesas de apoyo y lápices.

Algunos juegos pueden repetirse en su forma, cambiando los contenidos o los personajes.

Las consignas verbales deben ser explicadas en voz alta y con clara dicción. Si es necesario repetir la consigna hasta que se comprenda. No olvidar que lo fundamental es el entretenimiento y no la competencia. Si se entrega material para lectura la letra debe ser bien legible, de tamaño grande y de color oscuro sobre papel claro (preferentemente blanco sobre negro).

Después del juego se recomienda realizar un momento de debate o reflexión sobre las vivencias personales durante el juego, recuerdos surgidos, etc.

Un observador no participante puede tomar notas sobre lo sucedido durante el juego, tanto lo emocional como lo racional, las dificultades u otras observaciones que

permiten mejorar la propuesta para próximos encuentros.

Como premisa general, se puede utilizar cualquier estímulo sensorial (visual, táctil, auditivo, olfativo y gustativo) como disparador de la propuesta de juego así como estímulos cognitivos o intelectuales (grupos de letras, familias de palabras, adivinanzas, etc.).

Se darán ejemplos de juegos. El coordinador puede agregar nuevos, tomar algunas ideas y ampliarlas, cambiarlas. Se trata de promover interacciones creativas y alentadoras entre los miembros del grupo, estimulando a los que encuentren más dificultades en “soltarse” y generando situaciones divertidas.

Juego Nº 1: “Sonrisas”

Se le entrega a cada jugador o grupo una fotocopia con fragmentos de caras de personajes famosos, pueden ser artistas, políticos, deportistas, etc. actuales o pasados. La parte del rostro que da más pistas es la boca y el mentón. A todos los grupos o jugadores se les da la misma fotocopia. Los jugadores deben descubrir en un tiempo preestablecido de qué personaje se trata. El coordinador tendrá un impreso con las caras completas para mostrar luego del juego.

Juego Nº 2: “Rompecabezas para cuadrados

Se le entrega a cada jugador o grupo las partes de un rompecabezas con las que deberán armar un cuadrado. Las dificultades en el recorte pueden variar de acuerdo al tipo de población de que se trate: según nivel de instrucción alcanzado, con mayor o menor deterioro cognitivo, etc.

Juego Nº 3: “Anagrama de la Salud”

Utilizar un pequeño crucigrama o un anagrama para adivinar palabras recibiendo sólo una pista de una letra por palabra. Se puede entregar una hoja con las definiciones o pistas o decirlas en voz alta. Recordar que las personas mayores pueden tener dificultades de audición, por lo cual deben ser enunciadas en voz alta, con clara dicción y repetirlas si es necesario. En caso de ser por escrito, letras grandes, en negro sobre fondo blanco. Ej. de pistas: Primera: comida líquida caliente, que se toma preferentemente en invierno, la segunda: movimiento saludable que realizan las personas y les permite desplazarse de un lugar a otro, etc. Al final se puede realizar un debate, sobre cuántas conductas saludables eligen los jugadores, si conocen o aplican conductas de prevención de enfermedades, etc.

S _ _ _
_ A _ _ _ _ _
L _ _ _ _ _ _
_ U _ _ _ _
D _ _ _ _ _ _

Juego Nº 4: “Descubrir el tema y el intérprete”

El coordinador debe llevar grabado previamente fragmentos cortos, fácilmente reconocibles de temas musicales. Se puede comenzar por músicas muy conocidas y si

el grupo se engancha ir agrupando por estilos: tango, bolero, clásica, folklore, etc. Se puede jugar individualmente o por equipos. Se trata de adivinar los temas. Se pueden pasar juntos, separados por intervalos de 10 segundos, o pasar cada uno y adivinarlo. Se puede reflexionar después, sobre recuerdos que trae la música.

Juego Nº 5: “Viaje a Criptón”

Es una fantasía guiada por el coordinador sobre un viaje en el que los participantes pueden ir imaginando algunas partes del relato. Se puede poner música alusiva al viaje que se promoverá. Si es un relato de un paseo por la naturaleza puede ser música new age con sonidos de agua o viento. Si es un viaje cósmico como el que se propone a continuación, puede ser música cósmica como de Vangelis, etc. Ej. De relato:

“Estamos en una base espacial. Nos vamos de viaje todos juntos. Somos astronautas argentinos con el objetivo de llegar a Criptón. Despegamos. Es una noche estrellada, miles de personas nos observan. Nos alejamos de la tierra. ¿Cómo nos sentimos? Miramos por la ventana ¿qué vemos?. Etc. Y vamos relatando haciendo preguntas.

Tengamos en cuenta que a las personas mayores a veces les da miedo cerrar los ojos. Se puede sugerir imaginar el viaje con los ojos abiertos, y si alguien se siente mal por algo, se ruega manifestarlo en voz alta. Al final del viaje, cada uno puede comentar qué se imaginó.

Un recorrido por la naturaleza, sirva para relajarse, se puede caminar por la orilla del mar y acomodar la respiración al movimiento de las olas, etc. Se puede utilizar también para después de una clase de gimnasia par el relax.

Juego Nº 6: Juego de preguntas y respuestas

Puede ser sobre programas de TV actuales o pasados. Nombres de escritores conocidos, argentinos, latinoamericanos, o universales, nombres de locutores de noticieros, nombres de integrantes de diversos elencos de telenovelas, etc.

Juego Nº 7: “Completar refranes”

Se dividen en equipos, se entrega en papel o se dice verbalmente, la primera mitad o la última de dichos o refranes muy conocidos. El equipo debe completarlos.

Juego Nº 8: “Adivinar el personaje”

Un miembro del grupo o el coordinador piensa un personaje conocido por todos. El objetivo consiste en adivinarlo mediante preguntas que sólo puedan ser respondidas por sí o por no. Ej.: ¿Es hombre? ¿Es pintor? ¿Es contemporáneo? Etc. Se puede estipular un máximo de tiempo o de preguntas para adivinarlo.

Juego Nº 9: “Hacer propagandas”

Cada grupo elige un tema que le interese. Puede ser concreto o abstracto. Puede ser un objeto o una situación. Ej.: comida para animales, la belleza, la pareja, el deshonor, la paz, la playa, un viaje, etc. Se le provee al grupo, cartulina, revistas viejas (se puede avisar con anticipación para que el grupo mismo las traiga) tijeras, fibrones, goma de pegar. Entre todos, elegirán las características del tema, qué les gustaría mostrar, etc. Se les da un tiempo y cada grupo con letras, dibujos, recortes, hace un afiche para propaganda de su producto. Al final cada uno muestra a los otros grupos y explica lo que hizo.

Juego Nº 10: “Ayudar al compañero a recuperar la memoria”

Se debe disponer de sombreros de cotillón, o sombreros hechos previamente de papel de diario (tipo pintor). Cada uno tendrá un cartel con un personaje. El coordinador debe repartir los sombreros de tal manera, que cada uno vea los carteles de los sombreros de los demás pero no vea el propio. No vale decirle al compañero el nombre de su personaje, porque si no se arruina el juego. El objetivo consiste, en que cada miembro del grupo, a través de preguntas a los demás, debe tratar de adivinar su personaje del sombrero.

Juego Nº 11: “Completar canciones”

Se reparten hojas con letras incompletas de canciones y los equipos deben completarlas. Se da un tiempo fijo para terminar. Al finalizar, todos pueden cantar juntos las canciones.

Juego Nº 12: “Inventando canciones”

Se darán consignas a los equipos para inventar canciones. Puede ser con melodías conocidas e inventando la letra. Se puede dar una consigna como: Canción para cantar en la cancha, o serenata para cantarle a una novia, o canción para una publicidad de alfajor, etc. En caso que sea una competencia más general, se puede pedir al grupo que invente un himno que lo identifique, una canción de bienvenida para cuando vengan nuevos miembros, canción para la fiesta de fin de año, canción que tenga los nombres de todos los integrantes del grupo, etc.

Juego Nº 13: “Poesía mezclada”

Se entrega a los grupos, hojas que contienen versos mezclados de una poesía y el grupo debe ponerlos en orden.

Juego Nº 14: “Sopa de Letras”

Se prepara una cuadrícula con letras que tenga palabras ocultas que se puedan leer horizontal o verticalmente. Puede ser por temas para facilitar el encuentro como frutas, plantas, instrumentos musicales, colores, etc. Se recomienda adjuntar un listado con todas las palabras ocultas a fin de 1) facilitar la búsqueda

2) tacharlas a medida que se van encontrando

Juego Nº 15: “Color de ojos”

El objetivo es conocerse y mirarse a los ojos. Cada grupo deberá presentar al coordinador un listado con los nombres de cada miembro y el color de ojos de cada uno.

Juego Nº 16: “Adivina dónde”

Se le presentan al grupo fotografías de diversos lugares del mundo muy característicos, para que adivinen de qué lugar se trata. Ej.: El obelisco (BUENOS AIRES), El centinela (TANDIL), Las colinas de colores (JUJUY), El valle de la Luna (SAN JUAN), Las cataratas (MISIONES), El cerro de la Gloria (MENDOZA), etc. También se pueden incluir imágenes de otros países: El coliseo de Roma, La Acrópolis de Atenas, La Torre Eiffel de París, Las pirámides de Egipto, etc.

Juego Nº 17: “Qué dice cada uno”

Se le presentan al grupo fotos de revistas en los que haya personas realizando diferentes acciones o en diferentes posiciones. Puede ser de un solo personaje o de más. La consigna es inventar de manera divertida qué podría estar diciendo cada personaje, o qué situación es y qué se podrían estar diciendo los personajes entre sí. Después las fotos pasan a otro equipo y así hasta que todos los equipos hayan inventado sobre todas las fotos. Después el coordinador hará que cada equipo cuente lo que inventó para cada foto.

Juego Nº 18: “Bingo”

Se preparan cartones como en la lotería pero con distintos temas. El coordinador reparte los cartones y algo con qué marcar: fichas o porotos. Pueden ser los clásicos números. El coordinador dice los números en voz alta. Los que los tienen los marcan. Se puede empezar por una línea y luego completar el cartón.

Una variante es el **bingo musical**. Se preparan cartones que tengan nombres de canciones. El coordinador pasa un minuto de música, y el que la adivina la marca en su cartón. El primero que lo completa gana. Se puede estimular al grupo a ayudarse entre ellos, o directamente hacerlo por equipos. Al final el que se anima puede cantar las canciones. También se pueden cantar grupalmente.

Juego Nº 19: “El cuento absurdo”

Se le da a cada equipo papel y lápiz. Cada miembro del equipo debe escribir una frase como para iniciar un cuento. Luego debe doblar el papel para que no se vea la frase que escribió y pasársela a su compañero de la derecha. Este a su vez, escribirá una frase como si continuara un cuento que en realidad no sabe cómo empezó. Lo dobla para que no se vea y se lo vuelve a pasar al de la derecha. Las frases deben empezar con palabras como: entonces, después, cuando supo, casi, etc. Cuando todos los miembros del equipo terminan, se despliega cada hoja y alguien lee lo que quedó escrito por el grupo.

Juego Nº 20: “Oliendo”

Para este juego se necesitan cajas o frascos opacos. Dentro se colocan sustancias que tengan olor. Una por caja o frasco. Por ejemplo: en una caja ponemos orégano, en un frasco albahaca, vinagre, en otras cáscaras de mandarina, pasto fresco, etc. Después de una primera ronda de prueba, se le puede ofrecer al grupo dos olores por caja para ver si puede discriminarlos. Si se prepara con anticipación, cada miembro del grupo puede traerlos de su casa y desafiar a los demás a adivinar.

Juego Nº 21 “Fabricar juegos”

Consiste en que cada grupo debe inventar un juego. Se reparten materiales: cartulinas, fibras, hilo, alambres, chapitas, imanes (los de delivery), dados, etc. Si el grupo se reúne habitualmente, se les solicita a ellos ese material para que lo provean ese día. El grupo debe armar el tablero de juego, ponerle nombre, estipular las reglas y probar de jugarlo. Si da el tiempo, y el grupo está entusiasmado, luego cambian y cada grupo prueba el juego que armó otro. Se puede sugerir armar juegos tipo LA OCA, u otros juegos de prendas con dado. Con pajitas e hilo y en la punta una chapita, se pueden armar pequeñas cañas para pescar imanes que se ponen sobre la mesa. Para hacerlo más entretenido, cada imán puede tener pegado abajo un papelito con

un puntaje.

Juegos con movimiento

Un juego de caldeoamiento o inicio, que sirve para armar grupos de competencia, se realiza repartiendo a los presentes, papeles que corresponderán a diversos grupos. Pueden ser animales, colores, etc.

Por ejemplo, se reparten papeles que digan: gato, perro, pato, etc. (animales que emitan sonidos fácilmente identificables). Tantos papeles como integrantes quiere el coordinador que tenga el grupo. Cada uno que recibe un papel, emite el sonido correspondiente a su animal, y busca a otros que también pertenezcan a su grupo. Se designa un lugar para cada grupo y se puede comenzar con los juegos. También se pueden repartir colores y que cada uno busque un elemento de ese color para exhibirlo y encontrar a los de su grupo. Puede exhibir un objeto propio o conseguir uno prestado. Otra opción es por muecas o gestos: guiñar un ojo, levantar una mano, caminar con los brazos abiertos, etc. Tienen que ser cosas visibles a los ojos de todos.

Juego Nº 1

Se exhiben reproducciones de pintores famosos, o fotos de grupos de gente haciendo algo, que no tengan epígrafe (que no se sepa a qué se refieren). Cada grupo elige una lámina. Se da una consigna de dramatizar esa situación. Una consigna posible es que todos se pongan como en la foto y empiecen una dramatización de 5 minutos, otra consigna posible es que dramaticen los 5 minutos anteriores y terminen en la posición de la lámina. Se discute en grupo durante un tiempo estipulado por el coordinador, a qué se podría referir esa reunión de gente, qué podrían estar haciendo, quiénes son, por qué están ahí, cómo llegaron, cómo se van, etc.

Juego Nº 2

Se forman dos o más grupos en ronda. Puede ser parados o sentados. Cada grupo tiene una pelota. El juego consiste en aprender los nombres de los integrantes del grupo. Así que empieza uno tirando la pelota a un compañero y diciendo su propio nombre. El que la recibe, repite el nombre del compañero que se la tiró y luego se la tira a otro diciendo su propio nombre. El que la recibe repite el nombre de quien se la tiró y dice el suyo propio al tirarla. Y así sucesivamente. Después de algunas rondas, se puede probar a ver si se acuerdan los nombres de los demás. Se cambia la consigna que será, decir el nombre del compañero al que se le tira la pelota.

Juego Nº 3

Las y los participantes son pingüinos, y viven sobre una superficie de hielo. En razón del calentamiento global, el hielo está desapareciendo, y tienen cada vez menos espacio para convivir. Para prepararlo, colocar en el suelo hojas de periódico que representan una superficie de hielo en la que las y los participantes puedan caber sin mayores problemas. Luego se explica el juego, consiste en colocarse todos en esa superficie, y al dar la orden el coordinador salir a pasear. Cuando todos salieron se disminuye la superficie retirando algunos diarios. Los participantes regresan y tienen que ver cómo se arreglan para entrar en un espacio más pequeño. Se puede volver a repetir esta dinámica, cuidando que el espacio no sea muy pequeño para que ninguna persona mayor corra riesgo de caídas. Se debe aclarar que no se debe dejar a nadie afuera, y el grupo debe ver cómo se organiza para agruparse a medida que aumenta la dificultad. Al finalizar se puede conversar sobre lo importante de que las personas se organicen para que la acción de los grupos sea más eficaz. Se pueden hacer chistes sobre la cercanía corporal, las diferencias entre las personas, si surge alguien que organice y otros que obedezcan, el que trata que alguien se quede afuera, etc.

Juego Nº 4

Todos se ponen en ronda menos uno que sale. Consiste en agarrarse todos de la mano enredándose unos con otros. El que entra tiene que tratar de desenredar. No soltarse hasta que desenrede el que entró.

Juego Nº 5

Este es otro juego de presentación. Todos se ponen en ronda y cada uno al decir su nombre debe hacer algún movimiento. Luego de lo cual todo el grupo repite el nombre y el movimiento. Luego otro y así sucesivamente.

Juego Nº 6

Se dividen en grupos, los integrantes pueden estar en hilera o en ronda. Se entrega a cada grupo, una birome o lápiz atada a un rollo de hilo o de lana. El juego consiste en que el grupo debe coserse unos a otros. O sea, el hilo pasar por la ropa del primer integrante (por ejemplo, entrar por la manga y salir por el cuello), luego al segundo y luego al tercero hasta el final. Luego hay que descoserse. Se puede jugar por tiempo – el grupo que termina primero gana – o se puede jugar sin tiempo y que luego los integrantes cuenten las dificultades, se ríen de lo que pasó, etc.

Juego Nº 7

Se puede hacer una búsqueda del tesoro, se le dan varias consignas a cada equipo y un tiempo en el que tiene que completar el pedido. La lista de cada grupo puede tener pedidos de diversos tipos, depende el lugar en que se desarrolle el juego.

- Ponerse un nombre como equipo
- Inventar un himno.
- Hacer una bandera que identifique al grupo. (Se pueden facilitar materiales o que el grupo busque por su cuenta)
- Una cantidad determinada de hojas de árboles diferentes
- Un zapato
- Un par de anteojos
- Acertijos a resolver
- Si es en una institución donde hay otra gente, un reportaje al profesor de gimnasia, o a un niño de 10 años, etc.
- Fomenta el encuentro con otros, y estimula el sentimiento de colaboración grupal.
- Armar una representación de un sketch para el encuentro final.
- Etc.

Juego Nº 8

Elegir un tema para el grupo y discutirlo entre todos.

- Por ejemplo: PREJUICIOS SOCIALES CONTRA LA VEJEZ
 - LA VIOLENCIA EN LA SOCIEDAD ACTUAL
 - LA DIFERENCIA ENTRE LA EDUCACIÓN DE ANTES Y LA DE AHORA
- ETC. Se puede elegir cualquier tema que el coordinador considere

oportuno que el grupo trabaje.

Luego de la discusión en la que se estimula la participación y el disenso, se divide al grupo en tres partes. Se tratará de llevar a cabo un juicio, en el que habrá un grupo fiscal, un grupo defensor y un grupo jurado. Cada subgrupo desempeñará su rol, acusando o defendiendo según el rol que le toque. Por ejemplo, si el tema es los prejuicios contra los viejos, habrá quien defienda el prejuicio, quien lo acuse para que sea condenado, y el jurado deberá decidir, sobre estos criterios.

Cursos de prejubilación

El retiro de la vida laboral es una crisis vital que la mayoría de las personas atraviesan sin dificultad. En investigaciones hechas en España se ha detectado que sólo en un tercio de los trabajadores que se retiran de su vida laboral se nota la presencia de dificultades en la adaptación a su nueva situación.

Cada vez más, en las sociedades se diferencia vida laboral de vida ocupacional. Antes, cuando las personas se retiraban o se jubilaban, no había demasiadas ofertas para llevar una vida placentera. Hoy en día, a raíz de las nuevas políticas para promover un envejecimiento activo, y la promoción de los derechos de las personas mayores a la participación en sus sociedades a través de diversas vías, permanecen incluidas y activas más allá de su vida laboral, incluyéndose en actividades comunitarias, voluntarias, educativas o recreativas, etc. En la mayor parte de los casos, una adecuada planificación y la previsión sobre este aspecto permiten prever un envejecimiento saludable aprovechando las opciones de ocupación del tiempo libre de manera creativa y productiva. Podría ser que cada vez más estas transformaciones sociales, apunten en el futuro a minimizar los efectos negativos que sobre las personas tenga el retiro de la vida laboral, si se puede hacerlo de manera paulatina, y voluntaria. Hoy en día, de todos modos, la propuesta de prepararse para el retiro, parece ser uno de los predictores de minimización de conflicto junto con significados sociales que apunten a valorar esta etapa de la vida, como un merecido descanso del que se puede disfrutar, siempre que se hallen satisfechas las necesidades básicas de subsistencia. Vamos a ver a continuación el resultado de algunas investigaciones que se hicieron en España.

Las estrategias de afrontamiento del estrés es una de los aspectos relevantes que están presentes en el retiro o jubilación, ya que implica un cambio de vida importante con respecto a la forma de vivir que se mantuvo durante muchos años.

Antonio José Madrid García y Enrique J. Garcés de los Fayos Ruiz (Universidad de Murcia) en "Revisión de los factores psicológicos y sociales que inciden en un mejor ajuste emocional al final del desempeño laboral" (2000) realizan un exhaustivo estudio de las investigaciones que se habían realizado en los 10 años anteriores al estudio.

Analizan en primer lugar los instrumentos de evaluación que se han utilizado para evaluar los diferentes factores psicológicos y sociales que intervienen en la concepción que sobre el próximo retiro tienen los trabajadores.

El Job Deprivation Scale (Thompson, 1958) evalúa adaptación al retiro. Se centra en el análisis de los sentimientos de inutilidad y de pérdidas tras finalizar la carrera profesional de los trabajadores. Se refieren al aburrimiento, pérdida de contacto con compañeros, no saber qué hacer con el tiempo libre, o tener más tiempo del necesario para realizar las actividades deseadas.

El Job Diagnostic Scale (Hackman y Oldham, 1976, 1981) ha sido utilizada recientemente por Beehr y Nelson (1995), presentando como en la original cuatro subescalas: autonomía, repertorio de destrezas, significación de la tarea, y necesidades de interacción, ya que según los autores éstas eran las características más importantes al intentar predecir las decisiones acerca del retiro de los trabajadores.

El Preretirement Scale (Boyack y Tiberi, 1975) es un instrumento que consta de 17 subescalas con las que se intenta medir actitudes, información y comportamiento relacionado con la planificación del retiro, jubilación y edad. En concreto se distribuyen de la siguiente manera:

Escala de actitudes. Consta de siete subescalas que valoran actitud favorable hacia el retiro, resistencia a la jubilación, optimismo en la prejubilación, pesimismo en la prejubilación, actitudes hacia un valor funcional y capacidad en las personas retiradas, ánimo percibido en la jubilación, y vulnerabilidad de depresión en la jubilación.

Escala de información. Consta de cinco subescalas que estiman el nivel de conocimiento que el sujeto posee sobre el retiro: aspectos relacionados con el ajuste personal, cuidado de la salud, planificación económica, mantenimiento de la salud, e información relevante acerca de las relaciones sociales.

Escala de comportamiento. Evalúa la conducta relacionada con la planificación de la vida, voluntariado y actividades comunitarias, planificación económica, mantenimiento de la salud, y relaciones íntimas.

Las variables que han aparecido como más significativas a la hora de evaluar la actitud ante la jubilación son

EL GENERO: Algunos estudios concluyeron que la preocupación de las mujeres respecto del retiro era por los menores ingresos que tendrían, y seguramente por saber de su mayor expectativa de vida por sobre los varones. Otros estudios concluyeron que las mujeres tienen más dificultades en obtener una pensión por la discontinuidad en sus aportes por las obligaciones familiares que las discontinuaron en sus trabajos

VIDA MARITAL: Estar casado es un apoyo suficientemente importante para sentirse mejor en el paso a la jubilación y la jubilación misma. Los hombres casados suelen tener tras la jubilación, una mayor satisfacción moral y vital, mejor salud física y psicológica y mayor apoyo social. También mejora si comparten actividades de ocio con su pareja. Una percepción negativa se da en las parejas en las que el varón está retirado y la mujer trabaja, si tienen una actitud tradicional con respecto a distribución de roles.

CATEGORIA Y FACTORES LABORALES: Con respecto al tipo de categoría laboral Henkes y Siegers (1994) observaron como las razones positivas para la jubilación anticipada (disfrutar de actividades, más libertad y relacionarse más con la pareja) se correspondía con aquellos trabajadores en ocupaciones más altas, mayor nivel educativo, funcionarios o personal del sector servicios. Las razones neutras para la jubilación anticipada (trabajar durante un tiempo suficiente y por eso jubilarse y hacerlo porque mucha gente lo hace), y las razones negativas (salud, el trabajo es muy estresante, o conflictos con los compañeros) se hallaron en profesiones con niveles inferiores y con menor formación y en el sector industrial. Beehr (1986) proponía que los trabajadores eran más proclives a tomar la decisión de jubilarse si sus trabajos tenían características no muy agradables para ellos (falta de promoción en el trabajo,

estrés, etc.), o si el rápido cambio tecnológico hacía que las cualidades y características de los trabajadores se convirtieran en obsoletas.

APOYO SOCIAL: el apoyo que el trabajador reciba por parte de las personas relevantes que le rodean (familiares y amigos, básicamente), incidirá en el mejor ajuste ante la nueva situación. Hornstein y Wapner (1985) afirman que en los meses siguientes a la jubilación los individuos se ven forzados a construir un nuevo sentido de identidad como jubilados. El compromiso y el apoyo de los compañeros, la familia y los amigos es muy importante en este periodo. Dependiendo del grado de apoyo percibido la construcción de su nueva identidad se realizará con mayor o menor facilidad.

INGRESOS ECONÓMICOS: El factor económico es un importante predictor de las actitudes hacia el retiro. Hombres y mujeres que tienen unos ingresos adecuados, buena salud, residen en un medio agradable y tienen acceso a un buen sistema de apoyo social son más favorables a estar satisfechos con la jubilación, que aquellos que no poseen los anteriores factores.

SALUD GENERAL: Joukamaa y Salokangas (1989) manifestaron que existen pocos cambios en la salud durante la jubilación. La explicación residiría en el hecho de que la salud de los individuos antes y después del retiro estaba fuertemente relacionada con su comportamiento y estilo de vida anterior. A la edad de la jubilación, la buena o mala salud no fue un resultado de la situación concreta o cambios en ella, por el contrario era el resultado del comportamiento físico y psicosocial experimentado a lo largo de la vida. Por su parte, Behr (1986) sugiere que la relación entre el retiro y la salud posterior está afectada por el nivel económico del jubilado, el tipo de trabajo anterior, la salud previa y el tipo de personalidad.

PLANIFICACION: Goudy, Powers y Keith (1975) señalan que cuando los trabajadores han planificado su jubilación y las actividades posteriores que les gustaría realizar el ajuste es muy positivo. Newman et al (1982) encontraron que aquellos con mayores niveles de educación, más ingresos y con mayor posición profesional planifican mejor su retiro y, consecuentemente, son los que presentan mejores ajustes.

NIVEL EDUCATIVO: Al igual que otras variables como la salud, el estado civil, los ingresos económicos, entre otras, se ha visto que el nivel educativo de la persona que se ha de jubilar juega un importante papel en la predicción del posterior ajuste a la jubilación (siempre en conjunción con las anteriores variables). Parece que a mayor nivel educativo mejor ajuste, quizás debido a que también son los que mejor planifican esta nueva situación vital.

VARIABLES DE PERSONALIDAD: Las variables de personalidad incidirían en esta crisis vital de modo similar a como lo han hecho ante otras situaciones que los sujetos han debido atravesar. Las personalidades más neuróticas son proclives a percibir los problemas de la edad adulta como crisis y quejarse de poca salud. Son propensos a experimentar emociones negativas y constituyen una población de riesgo. Se han observado comportamientos no adaptativos en la jubilación. Los extrovertidos en cambio, son más felices con este tiempo de no trabajo, permanecen activos y socialmente comprometidos, manteniendo contacto diario con personas e instituciones. Así las personas con cualidades positivas, tendrán mayor nivel de autoestima y mayor resistencia al estrés, por lo cual obtendrán mayor satisfacción vital en la jubilación. Hanisch (1994) de todos modos, ha insistido en el hecho de que independientemente de las variables de la personalidad, aquellos que se retiran por razones personales (viajar, disfrutar, entre otras) están más satisfechos con la jubilación, son más felices y presentan una predisposición vital más positiva que los que se retiran por razones de trabajo o salud.

Consecuencias directas del retiro

Parece que factores tales como poca salud, bajos ingresos, y una negativa actitud en la prejubilación predicen un mal ajuste posterior. Los mejores predictores del estrés en el retiro serían la salud y los problemas económicos. Bossé et al (1991) concluyen que la jubilación será un evento estresante para quienes el retiro tiene implicaciones negativas. Es decir, para los que son forzados al retiro involuntariamente, por razones de salud, de la empresa, o para quienes experimentan que la salud o que los ingresos económicos disminuyen después de la jubilación. Éstos experimentarán un gran nivel de estrés, en contra de aquellos para quienes el retiro es voluntario, planeado y no económicamente deteriorante.

El riesgo de la aparición de sintomatología depresiva aumenta cuando el evento es visto como debido a las propias fallas de la persona en el trabajo, es visto afectando a cada parte de la vida de la persona y es visto como un rasgo permanente de la vida. De esta forma si el evento es atribuido a causas internas, estables y globales combinado con un sentido de que esos aspectos son esencialmente incontrolables y no modificables, entonces la jubilación es percibida con infelicidad y estrés.

Las expectativas que posea un trabajador acerca del nuevo estadio en el que se va a situar (jubilación) influye mucho en el ajuste correspondiente a dicho estadio. Si las expectativas son positivas y están planificadas se obtendrá un adecuado ajuste y satisfacción en la jubilación.

Un deseo por una actividad estructurada, contactos, sociales o ingresos económicos puede hacer que los jubilados busquen trabajos de media jornada. Esta situación es equiparada al retiro parcial.

Preparar el retiro – planificar el futuro

Finalmente parece que el mejor camino para disminuir los efectos negativos que la jubilación pudiera tener en las vidas de quienes se retiran es prepararse adecuadamente planificando el futuro. Una acción preventiva realizada sobre quienes están próximos a esta etapa, sería la mejor manera de abrir un proyecto hacia delante, poniendo atención en los aspectos que influyen en este proceso. Es importantísimo tener en cuenta la perspectiva de género, ya que siendo el envejecimiento un proceso cultural, no debemos olvidar la incorporación masiva de la mujer al mercado de trabajo. Por lo tanto los cursos de preparación deben impartirse tanto a los varones como a las mujeres.

Los cursos deben ser concebidos como acciones dinámicas que orienten a las personas a concebir sus situaciones futuras como algo a planificar y donde diferentes aspectos van a influir en la forma de entender el retiro. Y siempre, como señalan Braithwaite y Gibson (1987), teniendo en cuenta las diferencias individuales en las necesidades, valores y objetivos de los jubilados. Las expectativas de los y las trabajadores/as son entre otras ingresos adecuados, buena salud, vivir en un medio agradable y disponer de apoyo social favorable. Así que el desafío de estos cursos será darles las herramientas necesarias para la obtención de estos objetivos.

Para planificar un curso de preparación para la jubilación entonces, tendremos en cuenta lo siguiente:

La jubilación como tránsito continuo desde el trabajo habitual:

Planificación de las nuevas actividades: en el hogar, en otras actividades lúdicas, en la comunidad, en acciones profesionales independientes.

Planificación de los objetivos vitales que se quieren conseguir en el tiempo que le quede por vivir para no pasar la vida "sin hacer nada".

Planificación general conjunta con el resto de miembros con los que convive

Desarrollo de habilidades personales:

De interacción personal: comunicación, empatía, estrategias de negociación, comprensión, etc.

De prevención de problemática psicológica: ansiedad, distimia, inestabilidad psicológica, etc.

De conceptualización de la nueva situación: asunción de los nuevos objetivos acordes a la realidad actual de tipo psicológico, familiar, social y psicológica.

Técnicas de desarrollo psicológico:

De autocontrol.

De relajación.

De planificación.

De habilidades sociales.

Prevención de problemática general

Asunción de la realidad física y mental actual.

Conocimiento y medidas de prevención de trastornos de tipo somático

Conocimiento y medidas preventivas de problemas de tipo psicológico.

Nuevos objetivos.

Y como siempre esta tarea potenciará sus efectos si se realiza en forma grupal, fomentando la interacción entre sus miembros, generando buen humor e integración en situaciones creativas, utilizando técnicas activas de participación. Este abordaje servirá como modelo de integración a nuevas actividades y centros de interés.

Propuesta de modelo de intervención intergeneracional

Proyecto de Conciencia Escolar Una Sociedad Para Todas Las Edades

Les voy a contar un proyecto de trabajo que diseñamos en el año 2004 desde la Dirección General de Tercera Edad del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires , me acompañó en este proyecto la Lic. Roxana Medín.

La idea es que lo puedan tomar como modelo para aplicar modificado como mejor le parezca.

Los niños y jóvenes de hoy serán los mayores de mañana. La escuela es un buen lugar para comenzar a fomentar la idea de "UNA SOCIEDAD PARA TODAS LAS EDADES". Propondremos un trabajo conjunto de reflexión de alumnos y docentes en las escuelas primarias y secundarias. La propuesta básica consistirá en instalar la idea en los educandos, de que el envejecimiento no es algo que les sucede a las personas mayores, sino algo que nos sucede a todos, inclusive a ellos mismos. El objetivo de este proyecto es que puedan visualizar su vida como un proceso de desarrollo, en el que, hay un vínculo esencial entre las experiencias y opciones de los primeros años y la salud y el bienestar general de las etapas posteriores de una persona. Eso recibe el nombre de "el curso de la vida", un proceso dinámico que une nuestro envejecimiento a las decisiones y elecciones que hagamos a lo largo de toda la vida, en la que se deberán adoptar hábitos saludables, ser flexibles, previsores, perfeccionarse laboralmente, mantener redes de contactos sociales para poder disfrutar de seguridad y bienestar en la vejez.

Se debe encarar un trabajo con los educandos que apunte a erradicar los prejuicios contra la vejez que pudieran tener, a fin de mejorar su propia imagen de la vejez, ya que una imagen social positiva los impulsará a tener un proyecto de vida activa y saludable para su propio envejecimiento activo.

A estos fines, el responsable del proyecto elaborará un documento que conste de dos partes: la primera incluirá una base teórica para el docente y la segunda algunas sugerencias de trabajo que cada docente podrá enriquecer con sus propias estrategias. Se sugiere que el documento para los docentes contenga como mínimo los siguientes contenidos:

Cuándo se es mayor según diversos standares internacionales. Algunas consideraciones demográficas

Fundamentos del concepto de ENVEJECIMIENTO ACTIVO de la OMS.

Los cinco principios de la Organización de las Naciones Unidas para las Personas de Edad

Fundamentos del documento del PLAN DE ACCION INTERNACIONAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO (Madrid 2002)

Cuándo se es mayor.

El estándar de la Organización de las Naciones Unidas establece que es a partir de los 60 años. Es importante de todos modos saber que la edad cronológica no es un indicador exacto de los cambios que acompañan al envejecimiento.. El estado de salud, la independencia y la participación social varían entre las personas mayores de la misma edad.

Fundamentos del concepto de envejecimiento activo de la OMS

El envejecimiento activo es un concepto de la Organización Mundial de la Salud, acordado por expertos de todo el mundo para definir el mejor modo posible de envejecer teniendo en cuenta la salud y la participación de los mayores. “Es el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”

Se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población. Permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de su curso 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.

Se refiere a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas de la comunidad en la que viven las personas. Teniendo la oportunidad de seguir contribuyendo al crecimiento de la comunidad de la que somos parte desde que nacemos y la oportunidad de tener una mejor calidad de vida.

Los cinco principios de la Organización de las Naciones Unidas para las Personas de Edad.

El planteo del envejecimiento activo se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los Principios de Naciones Unidas de INDEPENDENCIA, PARTICIPACIÓN, DIGNIDAD, ASISTENCIA Y REALIZACIÓN DE LOS PROPIOS DESEOS. Sustituye la planificación estratégica desde un planteamiento “basado en las necesidades” (que asume que las personas mayores son objetos pasivos) a otro “basado en los derechos”, que RECONOCE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES A LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES Y DE TRATO EN TODOS LOS ASPECTOS DE LA VIDA A MEDIDA QUE ENVEJECEN. Y respalda su responsabilidad para ejercer su participación en el proceso político y en otros aspectos de la vida comunitaria.

Salud se refiere al bienestar físico, mental y social expresado por la OMS en su definición de salud.

Las personas mayores que se retiran de su trabajo o están enfermas o viven una situación de discapacidad pueden seguir siendo contribuidores activos para sus familias, semejantes, comunidades y naciones. El envejecimiento activo trata de ampliar la esperanza de vida sana y la calidad de vida para todas las personas a medida que envejecen, incluso para quienes están enfermas y discapacitadas y necesitan asistencia.

Las personas mayores enfermas deben poder tomar las decisiones sobre su vida, en la medida que su salud se lo permita. Se debe fomentar lo más posible su autonomía y no hacer por ellos cosas que pueden hacer por sí mismos. Esto aumentaría precozmente su dependencia.

Se deben promover políticas de envejecimiento activo que permitan a los ciudadanos de los diversos países envejecer con tranquilidad, mejorando la salud, la participación y la seguridad. Las medidas deben ayudar a que las personas mayores sigan sanas y activas.

Estos programas deben basarse en los derechos, las necesidades, las preferencias y las aptitudes de las personas mayores.

El envejecimiento tiene lugar dentro del contexto de los otros: amigos, compañeros de trabajo, vecinos y los miembros de la familia. Por ello, LA

INTERDEPENDENCIA Y LA SOLIDARIDAD INTERGENERACIONAL (DAR Y RECIBIR DE MANERA RECÍPROCA ENTRE INDIVIDUOS ASÍ COMO ENTRE GENERACIONES DE VIEJOS Y JÓVENES) SON PRINCIPIOS IMPORTANTES DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO¹

Preguntas sugeridas para trabajar con los educandos como disparadores que pueden ser completados con los docentes con sugerencias de rol-playing u otros juegos que consideren pedagógicamente adecuados a cada edad.

- ¿Quiénes crees que son las personas mayores que te rodean?
- ¿Qué aportes crees que hacen las personas mayores en tu familia y en tu comunidad?
- ¿Qué crees que se debe hacer para que las personas mayores permanezcan sanas y activas?
- ¿Cómo te imaginas que serás cuando seas mayor? ¿Creés que tendrás los mismos gustos de grande o crees que es una buena oportunidad para volver a elegir?
- Cuando vos seas mayor, ¿te gustaría que la jubilación sea obligatoria, o que si te gusta tu trabajo puedas seguir haciéndolo mientras tu salud y tu fuerza lo permitan?
- Cuando ya no tengas que trabajar, y tengas asegurado un ingreso económico porque ahorraste para ello, o porque tus familiares más jóvenes te estén ayudando o porque cobres una jubilación suficiente, ¿qué crees que te gustará hacer?
- Si fueras mayor hoy en día ¿qué cosas te preocuparían?
- ¿Qué medidas sugerirías a las personas mayores de hoy en día para seguir integradas a la sociedad y activas?
- ¿Qué crees que puedes hacer tú para integrar a las personas mayores respetándolas en su condición de tales?
- ¿Qué medidas de gobierno adoptarías para las personas mayores si fueras el presidente?

Viviendas tuteladas

Las viviendas tuteladas o asistidas son un dispositivo de atención habitacional que promueve la permanencia de los mayores en sus comunidades a través de la oferta de algún grado de protección del hábitat ofreciendo ayuda en algunos servicios que los mayores ya no podrían realizar por sí mismos, o que realizarlos por sí mismos sin supervisión, los colocaría frente a una situación de riesgo.

Las viviendas tuteladas son construidas con características de accesibilidad, transitabilidad y uso o permanencia, que no suman riesgos para su utilización. No nos detendremos aquí, ya que Uds. vieron en una materia todo sobre los criterios de DISEÑO UNIVERSAL, o sea lugares donde podamos envejecer sin dificultades urbanísticas.

Lo ideal, es que las viviendas tuteladas o asistidas, pueden ofrecer la ventaja de la permanencia en ellas a pesar del aumento progresivo del grado de vulnerabilidad y

¹ La Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires, en su Ley 81, del 23 de Noviembre de 1998, manifiesta: "La Ciudad de Buenos Aires adopta como criterios rectores de sus políticas públicas para las personas mayores, los principios de dignidad, independencia, participación, cuidados, autorrealización, aprobados por la Organización de Naciones Unidas mediante la Resolución 46/91 del 16 de diciembre de 1991.-"

dependencia. Pueden ser viviendas especialmente construidas como grupos habitacionales específicos para personas mayores, aunque esta modalidad podría generar cierto grado de segregación. Pueden ser también los pisos más bajos, planta baja y primero de un grupo habitacional general para toda la comunidad. Pueden ofrecer servicios adicionales como lavandería, comedores en los que los vecinos se puedan reunir a comer, lo cual favorece la socialización, y al no ser de carácter obligatorio, permite a cada persona optar por comer en su

casa. Otro servicio que pueden ofrecer es el de ayuda doméstica, limpieza, o arreglos en el hogar. También se puede ofrecer un servicio de enfermería durante alguna parte del día. Hay que recordar que estas viviendas son para personas que no necesitan cuidados especializados las 24 horas del día. Hay que hacer una cuidadosa evaluación de las necesidades de los aspirantes a fin de verificar que se puedan cubrir las necesidades que se detecten.

La característica de las viviendas asistidas es la clara delimitación entre los espacios privados y los espacios comunes. En los espacios comunes, aparte de los servicios mencionados que hacen a la satisfacción de las actividades cotidianas se puede programar un área sociorecreativa que fomente el encuentro a través de actividades programadas.

Asimismo las áreas comunes de la vivienda asistida, pueden ser abiertas a la comunidad y constituirse en un centro de actividades y servicios para el vecindario. Así podrían organizarse desde allí, servicios de atención domiciliaria: comidas a domicilio, lavandería, limpieza, traslados y acompañamiento para consultas médicas, reparaciones y mantenimiento domiciliarios, actividades sociorecreativas, etc.

El objetivo de las viviendas tuteladas es proveer servicios progresivos de satisfacción de diversas necesidades posibilitando a las personas mantener su autonomía el mayor tiempo posible, generándole un marco de seguridad en el que siente que no está solo.

Un ejemplo similar a las viviendas tuteladas pero con la ventaja de que la persona mayor no debe mudarse lo ofrece ESHEL, la Asociación para el Planeamiento y Desarrollo de

Servicios para Adultos Mayores. Una ONG israelí que promueve a través de una "canasta de servicios" la permanencia de las personas mayores en sus domicilios con un programa que se llama "AGING AT HOME" (ENVEJECER EN CASA). El programa se desarrolla a través de una Comunidad de Apoyo que funciona en el Municipio, operado por ESHEL en conjunto con las autoridades municipales, el proveedor del servicio, El programa fue desarrollado por ESHEL y es operado por ESHEL, el Ministerio de Seguridad Social, la Asociación local para los AM, el departamento de Servicios Sociales de la municipalidad local y la empresa que abastece los servicios.

El Canasto de Servicios de la Comunidad de Apoyo consiste de lo siguiente: Supervisión durante las 24 horas del día, servicios médicos, botón de emergencia, servicio de mantenimiento de la casa, actividades sociales y culturales, ayuda con menesteres de la vida diaria, asesoramiento y servicio de información. El programa aporta a sus miembros un alto nivel de seguridad y la sensación de no sentirse solo.

Cada Comunidad de Apoyo cuenta con un padre o madre de la comunidad, (una especie de coordinador) que llega a conocer a cada uno de los miembros, mantiene un contacto continuo, y su misión es ayudarlos en todo lo que necesiten y estar a su disposición las 24 horas del día. El padre o madre de la comunidad constituye el primer contacto inmediato para ayudar en las necesidades de la vida diaria como por ejemplo: trabajos de plomería, electricidad o cualquier otro desperfecto en la casa, ayuda en casos de emergencia, reparaciones o trabajos varios sencillos como por ejemplo instalar un pasamanos junto a las escaleras que conducen de la entrada del edificio al departamento donde reside el Adulto Mayor para evitar caídas, traer remedios de la farmacia cuando el Adulto Mayor no esta en condiciones de traerlas por si mismo, acompañar al Adulto Mayor en varias diligencias cuando esta incapacitado

de actuar por sí mismo.

El botón de emergencia contribuye en forma significativa a la sensación de seguridad. Se instala en la casa del Adulto Mayor y posibilita el contacto inmediato con la Central de Emergencia. Cuando el Adulto Mayor miembro del programa oprime el botón de emergencia, puede pedir que lo visite en su hogar un médico, o que se le envíe una ambulancia, que lo asista el padre o madre comunitario, la policía, los bomberos, comunicación con miembros de familia cercanos, según las necesidades.

Los servicios médicos del programa Comunidad de Apoyo incluyen la posibilidad de solicitar un médico a domicilio durante las 24 horas del día. Si el Adulto Mayor debe ser evacuado en ambulancia a una sala de emergencia, el servicio es gratuito aun si no hay hospitalización, con excepción del caso en que el AM insista en que se le envíe una ambulancia sin esperar la autorización del médico del programa. En tal caso el AM paga un importe sumamente bajo y simbólico.

Las actividades sociales y culturales del programa tienen por objeto romper la sensación de aislamiento que acompaña a muchos AM que envejecen en la comunidad. Estas actividades vienen a enriquecer sus vidas por medio de paseos, conferencias y actividades varias, talleres y fiestas.

PREGUNTAS Y ACTIVIDADES PARA ESTA UNIDAD

Preguntas para esta Unidad

- ¿Qué es la pirámide de MASLOW?
- ¿Qué relación encuentra entre este concepto y los dispositivos de atención psicosocial?
- Describa una planificación posible de actividades para personas mayores: describa tipo de servicio que ofrecerá, el lugar, el cronograma, los accesos, horarios, tipo y modo de difusión, etc.
- ¿Qué es la accesibilidad?
- ¿Qué recaudos se deben tomar en cuenta a la hora de planificar una actividad de juego con personas mayores?
- Describa los espacios ideales y modo en que se deben dar las consignas.
- ¿Qué otras propuestas de actividades además de las descritas se le ocurren?
- Investigue en su municipio o lugar de trabajo, qué oferta de actividades socio recreativas hay. Describalas brevemente. Qué sugeriría para mejorarlas.
- ¿Qué es un curso de pre-retiro?
- ¿Qué objetivos se propone?
- ¿Qué variables se deben tener en cuenta al analizar los efectos que puede causar el retiro?
- ¿Qué diferencias habría entre la jubilación obligatoria y la jubilación voluntaria y progresiva?
- ¿Qué es una vivienda tutelada o protegida? ¿Qué servicios puede ofrecer? ¿Para qué sirve? ¿Cómo se podría organizar en su comunidad o barrio un servicio de viviendas tuteladas?
- ¿Cómo planificaría un servicio progresivo de atención comunitaria para vejez? Describa etapas y objetivos de atención. Recursos físicos y humanos necesarios.
- Describa un proyecto de integración generacional que se pueda llevar a cabo en la comunidad.

BIBLIOGRAFIA

Serie tiempo de juego:

- Aizen Rosa, comp. TEMAS DE GERONTOLOGIA SOCIAL. Dirección General de Tercera Edad. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. 2003
- COMUNIDAD DE APOYO. www.eshelnet.org.il
- DINAMICAS-GRUPALES-Y-JUEGOS: www.volensamerica.org
- Dr. SCIPIONI Juan Carlos: Retiro laboral voluntario y progresivo. Trabajo presentado en el VIII Congreso Argentino de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátría (SAGG). Noviembre de 1998. Boletín de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátría N° 57. Año 13.
- Dumazedier Joffre, HACIA UNA CIVILIZACION DEL OCIO. Editorial Estela. Barcelona.1964
- Envejecimiento Activo. Un marco político. Organización Mundial de la Salud. Grupo Orgánico de Enfermedades No transmisibles y Salud Mental. Departamento de Prevención de las Enfermedades no transmisibles y Promoción de la Salud, Envejecimiento y Ciclo Vital.
- GARCÉS DE LOS FAYOS RUIZ Enrique J.
- La preparación para la jubilación: Revisión de los factores psicológicos y sociales que inciden en un mejor ajuste emocional al final del desempeño laboral. Anales de Psicología. Vol 16, N°1, 87-99. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- MADRID GARCÍA Antonio José
- Programa de las Naciones Unidas para el Envejecimiento. División de Política Social y Desarrollo del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas.2001.
- Rabenko Fernando D. El juego temático grupal, 2005. Buenos Aires.
- Rabenko Fernando. A no moverse: estamos jugando.2007. Buenos Aires.
- Rabenko Fernando: Juegos para muchos. Juegos para pocos. 2006. Buenos Aires
- Rabenko Fernando: Los problemas sociales tomados como un juego. 2003. Buenos Aires
- Una sociedad inclusiva para una población que envejece: El desafío del empleo y la protección social. Documento presentado por la OIT ante la segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, 8-12 de abril de 2002
- Zarebsky G. y Knopoff R. Compiladores VIEJOS NUEVOS. NUEVOS VIEJOS. Editorial Tekné. 2001



FACULTAD DE PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA
.....



Ministerio de
Desarrollo Social
Presidencia de la Nación

Secretaría Nacional de
Niñez, Adolescencia y Familia