

Trabajo Social en el Campo Gerontológico

Reflexiones y puntos de vista para una lectura de la
realidad de los mayores hoy

Actas de la IV Jornada Internacional de Trabajo Social en el
Campo Gerontológico

Compiladores:

María Daniela Rímoli Schmidt
Jorge Pedro Paola, Micaela Farré
Aldana Pica



Universidad Nacional de La Plata



Universidad de Buenos Aires

UBA

Buenos Aires - Argentina



UNLaM

Universidad Nacional de La Matanza

Trabajo social en el campo gerontológico : reflexiones y puntos de vista para una lectura de la realidad de los mayores hoy : Actas de la IV Jornada Internacional de trabajo social en el campo gerontológico ; compilado por María Daniela Rímoli Schmidt ... [et al.]- 1a ed . - San Justo : Universidad Nacional de La Matanza, 2019.

Libro digital, EPUB

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-4417-52-7

1. Gerontología. 2. Jornadas. 3. Trabajo Social. I. Rímoli Schmidt, María Daniela , comp. II. Título.

CDD 305.26

La presente publicación se efectúa de acuerdo a una selección por sobre la totalidad de los trabajos escritos presentados y evaluados por los Comités Organizador y Académico según el art. 17 del Reglamento General de la IV Jornada Internacional de Trabajo Social en el campo Gerontológico, no responsabilizándose por las ideas ideas, contenidos y opiniones expresadas en cada producción. Las mismas son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

Objetivos y orientación de la IV Jornada Internacional de Trabajo Social en el campo Gerontológico	5
Prólogo	7
Programa de las IV Jornada Internacional de Trabajo Social en el campo Gerontológico	13

CAPÍTULO 1

LA MIRADA RIOPLATENSE DEL TRABAJO SOCIAL EN EL CAMPO GERONTOLÓGICO 19

“Reflexiones desde nuestro lugar en el área metropolitana de la Argentina acerca de la situación del Trabajo Social en el campo Gerontológico”	21
“Reflexiones en torno al marco de pensar un Trabajo Social situado”.....	35
Aportes de las teorías críticas al proceso de vejez y envejecimiento en los actuales contextos de las sociedades modernas desde la perspectiva socio-histórica de la construcción de subjetividades. .	41

CAPÍTULO 2.

PERSPECTIVA ARGENTINA Y LATINOAMERICANA DE TRABAJO SOCIAL EN EL CAMPO GERONTOLÓGICO..... 51

Algunas reflexiones sobre el paradigma asilar y Derechos Humanos. Una experiencia en la ciudad de Quilmes.	53
Construcción / Deconstrucción de estrategias de intervención frente a situaciones de vulnerabilidad de Adultos Mayores.....	59
“El Trabajador Social en el ámbito de las Residencias para Adultos Mayores” (escenario actual) ..	67
Contribuciones de la Valoración Social en la valoración geriátrica integral: Una mirada gerontológica de los procesos de evaluación de la vejez.....	81
Sistema de Becas de Formación Profesional en el Campo de la Gerontología y de la Seguridad Social INSSJ y P – UnLAM. Georeferencia: “Acerca de una experiencia en P.A.M.I. con Personas Mayores en el Partido de La Matanza”	91
Espacios grupales “La Colmena”	121
Adultos mayores, redes de apoyo y territorio	137

CAPÍTULO 3.

LA CONSTRUCCIÓN DE POLÍTICAS ANTE EL INCREMENTO DE LA ATENCIÓN DE LA DEPENDENCIA Y LA PROFESIONALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS..... 143

El impacto social en el proceso de adecuación de la vivienda propia. Programa “Pequeñas Intervenciones para la Independencia de los Adultos Mayores”	145
“La evolución de la vejez en la estructura social argentina. Un recorrido histórico”	155
Las dificultades para alcanzar una política hacia el cuidado de las personas con Alzheimer en Uruguay	163

CAPÍTULO 4

LOS CENTROS DE JUBILADOS Y LA NUEVA SITUACIÓN SOCIAL 177

Caracterização de idosos de um grupo educativo: a importãncia da participação social no envelhecimento.....	179
Reflexiones en torno al empoderamiento de los Adultos Mayores: Relato de una experiencia.	191

¿Envejecimiento dependiente o empoderamiento?.....	199
--	-----

CAPÍTULO 5

EXPERIENCIAS EN EL TERRENO DE LA FORMACIÓN PARA LA INTERVENCIÓN CON PERSONAS MAYORES	207
---	------------

Prácticas Pre-Profesionales en el campo Gerontológico. Entre desafíos y oportunidades”	209
--	-----

Espacio de Trabajo Social Gerontológico dentro del Colegio de Trabajadores Sociales (CATSPBA – Distrito Morón).....	227
---	-----

Visibilizando la práctica de un Trabajo Social Gerontológico en contextos de formación laboral.	231
---	-----

Anexos	241
--------------	-----

OBJETIVOS Y ORIENTACIÓN DE LA IV JORNADA INTERNACIONAL DE TRABAJO SOCIAL EN EL CAMPO GERONTOLÓGICO.

El marco profesional como el de la producción académica de los trabajadores sociales surge y se fortalece en el intercambio cotidiano con las personas mayores en su tarea cotidiana. Desde esta afirmación se propuso como principal objetivo para el desarrollo de estas IV Jornada el de difundir y ponderar a las distintas reflexiones y expresiones que circulan entre nosotros y que constituyen uno de los fundamentos de la Red Latinoamericana de Profesionales y Docentes que se desempeñan en el campo Gerontológico (REDGETS) como entidad colectiva, motivacional e impulsora del pensamiento gerontológico.

Un recorrido por los principios generadores de las 3 (tres) Jornadas que en años anteriores han podido concretarse permiten visualizar un hilo conductor donde se entrelazan en primer lugar, la intervención, considerada en su sentido sustantivo y no instrumental, intervención que abarca en su seno al ejercicio profesional, la producción de conocimientos y la formación académica y en segundo lugar, la perspectiva profesional crítica, en la que se juegan fundamentos teóricos, ideológicos, políticos, éticos y operativos, a partir de los cuales consideramos posible cuestionar, modificar o sustituir las interpretaciones dominantes sobre las necesidades de las personas mayores en la Argentina y en Iberoamérica que nos convoca. Perspectiva que cuenta como eje el compromiso activo con los mayores y con la esperanza de una latinoamérica más equitativa y justa.

Las intervenciones sociales que se reflejan en esta IV Jornada, encuentran su piso de sustentación en la visión que impulsan las políticas de reconocimiento de los derechos de las personas mayores. En tal sentido, una exigencia ético-política consiste en considerar a los mayores como sujetos políticos y no meramente como sujetos de las políticas, permitiéndoles ser parte de lo nuevo, de la invención, de la creación de lo social a partir de prácticas inclusivas.

PRÓLOGO

En nombre de los Comités Organizador y Académico de la IV Jornada Internacional de Trabajo Social en el campo Gerontológico agradecemos a la totalidad de colegas, a los profesionales del campo en sentido interdisciplinario y amplio, a los mayores interesados acerca de la temática, a los docentes, egresados y estudiantes en bien de haber participado, socializando sus experiencias y sus producciones.

El Trabajo Social en el campo Gerontológico conforma un desafío teórico–metodológico al que se viene respondiendo desde hace aproximadamente cuarenta años, y que posee cimientos y desarrollos que lo identifica.

Nuestro cuarto encuentro nos permitió compartir aquellas reflexiones que colectivamente venimos realizando tanto en espacios académicos como en los escenarios en donde se desarrolla la intervención profesional.

La decisión de mantener vivas las metas trazadas, mediante la concreción de estos encuentros como decisión colectiva, nos ha permitido generar una multiplicidad de líneas de trabajo que a nuestro entender afianzan la investigación, docencia y extensión en los temas de interés del campo gerontológico todo.

Organizar una jornada es, sin dudas, un desafío y un juego que sólo los aventurados se animan a jugar.

El espacio de intercambio y reflexión propulsado nos permitió confirmar las alianzas logradas y habilitar las mismas para ampliarlas, generar diálogos y establecer objetivos de mediano y largo plazo.

Las segundas y las terceras Jornadas nos dejaron como producto final, esperanzas, renovadas fuerzas que confirmaron el camino elegido y centralmente producciones escritas que condensan las diferentes miradas, ópticas y discusiones que hemos llevado adelante. Escribir, implica rescatar lo dicho, y fijarlo haciéndolo susceptible de consulta. Esta posibilidad de consulta es la que presentamos hoy con esta síntesis de los trabajos compartidos.

El Trabajo Social se va creciendo como profesión difundiendo sus descubrimientos investigativos y compartiendo aquellas intervenciones, en nuestro caso con adultos mayores en forma sistemática, lo cual nos estimula a avanzar en la certeza que existe en el colectivo profesional una escucha atenta, sincera y abierta.

Nuestra colega Susana Cazzaniga lo expresa de la manera siguiente:

“...La intervención de Trabajo Social se entrelaza al mecanismo más abarcativo que la sociedad define en cada época para dar respuesta a las manifestaciones de la cuestión social, y lo hace como especialista de lo social asistencial. Se trata de una práctica profesional específica –no la única– sostenida por un conjunto de saberes fundados y argumentados teóricamente que le permiten comprender/decir/hacer,

desplegando su intervención en los espacios públicos estatales y públicos societales, lugares estos que se estructuran como aspectos de la institucionalidad social de cada momento histórico...”

Cuando pensamos en el “Trabajo Social en el campo Gerontológico” estamos poniendo en escena a la intervención, lo que nos invita a pensar la constitución del sujeto de nuestra praxis. Estos sujetos estuvieron muy presentes en esta edición de la Jornada, lo cual nos anima a seguir integrando visiones y actores.

El marco de la IV Jornada permitió avizorar ciertas contradicciones contextuales respecto a lo que entendemos debe necesariamente conformar el sustento de ese camino hacia la justicia social plena, que necesita en su base consolidación y ampliación de los mecanismos de la seguridad social como supuesto inalienable.

Aspiramos a que progresivamente el respeto y la inclusión de los mayores sean las herramientas indiscutibles de las bases políticas para los mismos.

El panorama se avizoraba como pasible de desmejorarse ya en el transcurso de nuestra IV Jornada, el Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA) de la Universidad Católica (UCA) conjuntamente con la Fundación Navarro Viola daban cuenta de ello, de ahí nuestra invitación a exponer los datos con que su perspectiva cuenta.

El estudio hace referencia a “El Desafío de la Diversidad en el Envejecimiento” (Familia, sociabilidad y bienestar en un nuevo contexto), en él comienza a observarse ciertos indicios que brindan fundamentos al resquebrajamiento socio económico que afecta a las personas mayores en primera instancia¹.

Estos datos no son extraños a los análisis y manifestaciones acerca de la realidad actual que los trabajadores sociales que se desempeñan en la temática y en contacto directo con la población.

Si consideramos que del total de órdenes de pago que la ANSeS emite mensualmente más del 50% de las mismas corresponde a haberes mínimos, y que la actualización del mes de setiembre 2016 se constató por debajo de la inflación medida oficialmente por el INDEC, lo cual explicaba ya el “achatamiento” salarial que las jubilaciones y pensiones comenzaban

¹ Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores. Serie del Bicentenario 2010-2016. Año 2 (2016), Universidad Católica Argentina, Observatorio de la Deuda Social Argentina ISBN 978-987-620-307-4 “...El mundo está envejeciendo y la población de nuestro país también. En los próximos 50 años, casi se cuadruplicará en el planeta el número de personas con más de 60 años, pasando de aproximadamente 600 millones a casi 2.000 millones; mientras que en la Argentina se estima que la cifra actual, más de 6 millones de personas mayores de 60 años (5,7 millones en el Censo de 2010), para el año 2025 superará los 8 millones. En el marco de las consecuencias profundas que este envejecimiento está teniendo para las personas y para la sociedad, a países subdesarrollados como el nuestro se les plantea un desafío complejo en materia de uso de sus escasos recursos: atender tanto a las necesidades estratégicas que demandan las nuevas generaciones como al compromiso que impone el envejecimiento. En este contexto, sin embargo, no debe perderse de vista que si la gente puede vivir cada vez más años, solo en la medida en que lo haga de manera activa y sana, la población que envejece ofrecerá también oportunidades que pueden y deben ser aprovechadas... Atentos a esta necesidad, desde el Programa del Observatorio de la Deuda Social Argentina y la Fundación Navarro Viola venimos desarrollando hace dos años una nueva línea de investigación denominada “Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores”. Estamos presentando aquí el segundo informe anual de una serie de estudios que esperamos continúe hasta 2020. Nuestro objetivo es monitorear el desarrollo humano y el pleno ejercicio de los derechos que protegen a la población urbana de personas mayores. Para ello se ha utilizado un conjunto de indicadores que permiten dar cuenta de las formas particulares y no siempre visibles que asumen las privaciones injustas que afectan a esta población, así como las marcadas diferencias y desigualdades en materia de condiciones de vida. Igual que el año anterior, los datos de este informe los aporta la Encuesta del Bicentenario de la Deuda Social, la cual alcanza a 5.700 hogares de ciudades de más de 80.000 habitantes...”

a soportar frente al costo de la vida que repercute en las evaluaciones de los actores que la diversidad de trabajos reflejan.

Si a estas afirmaciones le sumamos la histórica fragmentación de las políticas para el sector, y las crecientes dificultades del INSSJyP para el otorgamiento de sus prestaciones, cuestiones que no pasaron inadvertidas en las diferentes exposiciones en donde se formularon distintas advertencias acerca de la posibilidad de detención de aquellos avances que mencionáramos, aflorando las preguntas acerca de ¿cómo ha de incidir ello en las prácticas de supervivencia de la población de mayores? ¿Qué idearios / paradigmas interjuegan en el campo específico?, entre otros muchos interrogantes que los coordinadores de mesas registraron. A su vez resultó imprescindible interrogar acerca de la vigencia de las ideas de participación y ciudadanía de los mayores que parecen ponerse en duda por estos lares, en esta segunda década del siglo XXI.

El Trabajo Social ha ampliado sus instancias de intervención y de investigación en el campo gerontológico, visualizándose un abordaje más prolífico de trabajos desde la perspectiva de la investigación cualitativa, enfatizando la necesidad que el Trabajo Social incremente su activa participación en la multiplicación de las mismas en este campo. No hay dudas que el abordaje cualitativo de la temática posibilita recuperar la voz de los mayores con los que trabajamos con mayor nitidez. Es decir observamos que estas jornadas demuestran que progresivamente nuestras miradas entienden cada vez en menor escala a los sujetos como meros informantes, optando por comprender a los mismos como interlocutores. El camino de retomar la palabra, implica ahondar en los significados socialmente producidos y portados desde un espacio social particular.

Los ejes que se propusieron en esta IV Jornada han sido los siguientes:

- **Perspectiva Ibero-latinoamericana en Trabajo Social en el campo Gerontológico.**

¿Agentes sociales u objetos de investigación/ intervención? ¿Lo asilar como ideario vigente? Desafíos y experiencias actuales. Aporte del Trabajo Social los Modelos de Atención en Gerontología Comunitaria e Institucional. Los trabajadores sociales y los desafíos del enfoque interdisciplinario. Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) y el Trabajo Social actual

- **La construcción de políticas ante el incremento de la atención de la dependencia y la profesionalización de los servicios.**

Políticas público- sociales y procesos de envejecimiento. El diseño de una política de cuidados progresivos: Posibilidades y obstáculos para su concreción. La formulación de políticas de abajo hacia arriba. Lo político, la política y los procesos de intervención del Trabajo Social en el campo Gerontológico.

- **Los Centros de Jubilados y la nueva situación social**

La relación Universidad y Personas Mayores: una innovadora vigencia. Los adultos mayores y las propuestas socio culturales recreativas. El envejecimiento activo a través de las

miradas nutricionales, de la actividad física y de los talleres cognitivos. El impacto informático y la web en la vida de las personas mayores en nuestro medio. ¿Existe un movimiento de personas mayores en nuestro país?

• **La criticidad en la intervención con personas mayores**

Modificaciones en el pensamiento gerontológico actual. Relación Trabajo Social y Gerontología crítica. Aplicación de las teorías sociales al proceso de envejecimiento: ¿No hay nada más práctico que una buena teoría?

En esta publicación se difunden algunas de las exposiciones y ponencias que fueron presentadas por sus autoras y autores, con una mirada gerontológica, centrada preponderantemente en la búsqueda de los análisis de la intervención profesional, desde el enfoque crítico que caracteriza a la gerontología como una red centralmente interdisciplinaria.

A través de las diferentes circulares² que pusieron en conocimiento la realización de la IV Jornada, se propuso a quienes quisieran compartir trabajos y/o experiencias originales e inéditas, para ser compartidas en las mesas de trabajos libres. Los interesados presentaron un resumen según el reglamento³ establecido para este evento. Fue el Comité Evaluador, el encargado de aprobar las presentaciones que cumplieran con las exigencias. Dicho Comité lo conformaron la Prof. Mg. Romina Manes; Prof. Mg. Jorge P. Paola; Prof. Lic. Natalia Samter; Lic. Marianela Carchak; Lic. Marcelo Giménez; y la Lic. Jimena Ramírez.

La IV Jornada Internacional de Trabajo Social en el campo Gerontológico propuso un debate acerca del lugar que debe ocupar la conceptualización, la reflexión, la investigación y la intervención en el marco de la tarea profesional de los científicos sociales, sintiéndonos orgullosos de poner a disposición de las y los colegas una caja de resonancia de los ecos, miradas e interrogantes que emergieron de este encuentro de setiembre de 2016.

En esta IV Jornada la Red de Docentes y Profesionales de Trabajo Social que se desempeñan en el campo Gerontológico (REDGETS) mediante el contacto personal de sus integrantes confirmó la posibilidad de hacer visible aquella afirmación que impulsa su vigencia actual:

“...Incrementar el intercambio a partir del desarrollo de nuevas redes de comunicación. Es necesario superar el aislamiento regional e institucional y promover la visibilidad y sistematización de las experiencias locales, que habiliten una mayor integración de los diferentes saberes en este campo. Se debe romper el aislamiento entre los diferentes profesionales y equipos que están trabajando en el campo del Trabajo Social en el ámbito de la Gerontología. Tan importante como producir conocimientos es comunicarlos. Es necesario lograr una nueva circulación del conocimiento que no pase exclusivamente por los lugares hegemónicos instituidos. La circulación del conocimiento y el intercambio será la base que permitirá la interdisciplinariedad del trabajo de investigadores y profesionales, la optimización de los recursos y las sinergias, con un consecuente impacto positivo sobre las sociedades y los ciudadanos de todas las edades, especialmente los mayores...”.

² En Anexo se encuentran las tres circulares difundidas

³ Se encuentra en Anexo el Reglamento propuesto

La presencia de la Dra. Clarisa Ramos Feijóo representante de la Universidad de Alicante, España y de la Fundación “Pilares” que orienta la Dra. Pilar Rodríguez Rodríguez, nos trajo los puntos de vista de la realidad española actual en el vivo relato de la expansión del Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona (MAICP), los aportes de los colegas latinoamericanos como desde la Universidad Católica del Maule-Chile, nos hicieron llegar Marcelo Piña Morán y Gladys Olivo Viana, la interesante visión que presentó la Prof. Lic. Teresa Dornell y Mg. Sandra Sande Muletabar desde la siempre vigente postura crítica de la uruguaya Universidad de la República (UdeLAR), que se sumaron a los aportes y presencia activa de los profesionales argentinos de las Universidades de La Matanza (UNLaM), de Buenos Aires (UBA), de Tres de Febrero (UNTref) de La Plata (UNLP), de San Juan (UNSJ), de Córdoba (UNC) y de Neuquén (UNN), de la Universidad ISALUD y de la Universidad San Juan Bosco de Chubut (UNSJB) y como mencionáramos anteriormente al Prof. Dr. Enrique Amadasi. Sociólogo del Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA) UCA y de la Fundación Navarro Viola, quienes supieron engalanar con su aporte intelectual, sus relatos y compromiso concreto la vigencia de los mayores del mundo ibero latinoamericano.

Un reconocimiento muy especial a las mesas que incentivaron la imaginación de los mayores, a la totalidad de coordinadores de mesas de trabajos libres y al impactante “Ballet 40/ 90” que dirige Gabi Goldberg, quienes hicieron del cierre del primer día una jornada inolvidable.

A su vez la actividad lúdica integradora que coronó el segundo día de la IV Jornada, magistralmente coordinada por el Lic. Fernando Rabenko, en representación de la Asociación Civil Tiempo de Juego, que contribuyó a despedirnos en un clima de fraternidad participativa.

Por último un especial agradecimiento a las autoridades de la UNLaM, Sr. Rector Prof. Dr. Daniel Martínez, Sr. Vicerrector Prof. Dr. René Nicoletti por su presencia y apoyo incondicional, al Sr. Decano del Departamento de Humanidades y Ciencias Sociales Prof. Dr. Fernando Luján Acosta, a la Sra. Vicedecana Prof. Dra. Maria Victoria Santorsola, a la Secretaría de Investigación, Dra. Gloria Mendicoa, a la Secretaria Académica, Esp. Alicia Cristina Sterla, al Secretario Administrativo y de Extensión, Lic. Rodolfo Corenggia, al personal Administrativo del Departamento de Humanidades y Ciencias Sociales, al personal de la Secretaría de Extensión Universitaria de la UNLaM y muy puntualmente a la Coordinadora de la Licenciatura en Trabajo Social Esp. Maria Daniela Rímoli Schmidt y su equipo, Esp. Micaela Farré y Esp. Aldana Pica que sin su tesón y trabajo constante hubiese naufragado nuestro intento de lanzar la IV Jornada.

Comité Organizador:

Licenciatura en Trabajo Social Universidad Nacional de La Matanza – UNLaM
Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional de La Plata- UNLP
Carrera de Trabajo Social - Facultad de Ciencias Sociales – UBA
Facultad de Ciencias Sociales y Económicas - Observatorio de Envejecimiento,
Cultura y Ruralidad de la Universidad Católica del Maule-- Chile

Comité Académico:

Prof. Esp. Julieta Arroyo; Prof. Mg. Paula Danel, Prof. Mg. Romina Manes; Prof. Lic. María Moure; Prof. María Gladys Olivo Viana; Prof. Mg. Jorge P. Paola; Prof. Dr. Marcelo Piña Morán; Prof. Esp. María Daniela Rimoli Schmidt; Prof. Lic. Natalia Samter; Prof. Esp. Alicia Cristina Sterla.

Adhesiones:

Instituto de Medios de la UNLaM – Dirección de Graduados de UNLaM – Asociación Docente ADUNLaM

Colaboración:

Centro de Estudiantes LFU - UNLaM

PROGRAMA DE LA IV JORNADA INTERNACIONAL DE TRABAJO SOCIAL EN EL CAMPO GERONTOLÓGICO

Jueves 8 de septiembre de 2016

08:00 hs. Acreditación

09:00 a 09:30 hs. Apertura a cargo de Autoridades Universitarias:

- Vicerrector de UNLaM
Dr. Victor René Nicoletti
- Pro Secretario Académico de la Facultad Trabajo Social de UNLP
Mg. Nestor Artiñano
- Director de la Carrera de Trabajo Social de UBA
Prof. Lic. Nicolás Rivas
- Coordinadora de la Carrera de Trabajo Social de UNLaM
Esp. María Daniela Rimoli Schmidt

09:30 a 10:30 hs. 1er Panel: “El Trabajo Social en el campo Gerontológico, perspectiva latinoamericana” – Auditorio Patio de las Américas

- **Dr. Marcelo Piña Morán.** Académico de la Facultad de Ciencias Sociales y Económicas de la Universidad Católica del Maule- Chile. Coordinador Simposio de Envejecimiento y Cultura en América Latina y el Caribe de la Internacional del Conocimiento- Universidad de Santiago de Chile
- **Mg. Jorge Paola.** . Profesor Titular Carrera de Trabajo Social de UBA. Profesor titular de Posgrado en la Carrera de Magíster en Gerontología. Director de Maestría en Gerontología Universidad ISALUD. Docente Investigador.
- **Dra. Paula Danel.** Profesora de la Carrera de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata. Investigadora.
- **Lic. Teresa Dornell.** Profesora de la Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República - Uruguay

Comentarista: Dra. Gloria Mendicoa

10:30 a 11:00 Coffe - Break

11:00 a 12:00 hs. Conferencia: “Desafíos para el Trabajo Social Gerontológico en la España de 2016” - Auditorio Patio de las Américas

- **Dra. Clarisa Ramos Feijóo.** Facultad de Ciencias Económicas y Sociales Universidad de Alicante España

Comentarista: Mg. Jorge Paola

Actividades optativas diseñadas para las personas mayores

Coordinación General de la Actividad:

Lic. Laura Fortunato

Lic. Magalí Spiccia

Lic. María Juana Tuzzi

Secretaría de Extensión Universitaria – UNLaM

10:00 a 11:00 hs Taller: “Memoria”

Profesora Rosa Rasdolsky. Aula 125

Taller con técnicas de estimulación cognitiva, donde mediante el juego y actividades artísticas se estimule la memoria.

11:00 a 12:00 hs Taller: “Tiempo libre y recreación”

Profesor Alipio Corredoyra. Aula 125

Espacio que invita a reflexionar acerca de los preconceptos relacionados con los Adultos Mayores, en las diferentes épocas. Se realizarán actividades que promuevan la integración social y el mejoramiento de la condición psicofísica.

12:00 a 13:30 hs. 2do Panel: “La construcción de políticas ante el incremento de la dependencia y la profesionalización de los servicios”. Auditorio Patio de las Américas

- **Esp. Julieta Arroyo.** Docente de la Carrera de Licenciatura en Trabajo Social, Departamento de Humanidades y Ciencias Sociales de UNLaM. Especialista en Psicogerontología del Hospital Italiano.

- **Mg. Romina Manes.** Docente Investigadora de la Carrera de Trabajo Social de UBA.

- **Esp. Fernanda Sigliano.** Docente de la Carrera de Licenciatura en Trabajo Social, Departamento de Humanidades y Ciencias Sociales UNLaM. Gerente del Área de Servicio Social de la Asociación Mutual de Protección Familiar.

- **Mg. Mónica Navarro.** Directora de la Especialización de Gestión en Gerontología, Universidad Nacional de Tres de Febrero (UNTref)

Moderadora: Mg. Liliana Bonavita

13:30 a 14:30 hs. Almuerzo

14:30 a 16:30 hs. Mesa de trabajos libres.

Responsables de la Coordinación de las mesas: Lic. Marianela Carchak Canes y Esp. Marcelo Giménez

16.30 a 17.30 hs. – Conferencia: “Condiciones de vida e integración social de las personas mayores ¿Diferentes formas de envejecer o desiguales oportunidades de lograr una vejez digna? – Auditorio Grande

- Prof. Dr. Enrique Amadasi. Sociólogo - ODSA Observatorio de la Deuda Social Argentina – Fundación Navarro Viola.

Moderadora: Dra. Paula Danel

17.30 hs: Actividad cultural: Ballet 40/90 – Auditorio Patio de las Américas

El ballet 40/90, parte de una convocatoria iniciada en 1996 creado por la coreógrafa Elsa Agras. Está integrado por 55 personas entre 40 y 90 años, sin formación académica previa en el ámbito de la danza y avanza hacia la profesionalización de un proyecto que hoy lo identifica como único en su género.

Ha desarrollado una estética original, a partir de la convivencia con el trabajo grupal, acompañado por ensayos sistemáticos y presentaciones en teatros y espacios culturales.

Un ensamble de ritmos coloridos y coreografías novedosas, con la dirección de Gabi Goldberg, hacen de este espectáculo una fiesta.

“Cincuenta mujeres que aman bailar, en un ajustado ensamble de ritmos coloridos y coreografías llenas de desparpajo, entusiasmo y humor...” Diario La Razón.

18.30 hs: Cierre del primer día

Viernes 9 de septiembre de 2016

09.00 a 10.30 hs. Ciclo de Conferencias: “La perspectiva interdisciplinar en el Campo Gerontológico” Auditorio Patio de las Américas

- **Mg. Irene Golpe.** Antropóloga. Directora del Programa de Gerontología Institucional de la Universidad Nacional de Mar del Plata

- **Mg. Silvia Gascón.** Magíster en Gerontología – Universidad de Alcalá. Directora del Centro de Envejecimiento Activo y Longevidad Universidad ISALUD.

- **Dr. José Yuni.** Doctor en Filosofía y Ciencias de la Educación. Profesor del Departamento de Ciencias de la Educación de la Facultad de Humanidades de la Universidad Nacional de Catamarca.
- **Dr. Julio Nemerovsky.** Médico. Especialista en Gerontología. UNLaM Presidente de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría (SAGG)

Moderadora: Dra. Viviana Barrón

10:30 a 11:00 Coffe – Break

11.00 a 12.30 hs. Panel 1. Auditorio Patio de las Américas. Exposiciones de panelistas invitados “Una mirada a la situación del campo gerontológico desde las Universidades y Provincias de la Argentina”.

- **San Juan: Lic. Laura Guajardo.** Lic, en Trabajo Social – Universidad Nacional de San Juan
- **Neuquén: Dr. Martín Regueiro.** Médico. Referente de Envejecimiento Activo. Ministerio de Saludo de la provincia de Neuquén
- **Chubut: Lic. Julio Rivas.** Lic. en Trabajo Social – Universidad de San Juan Bosco
- **Córdoba: Mg. María Laura Tavella.** Lic. en Psicología. Mg en Gerontología – Universidad Nacional de Córdoba

Moderadora: Mg Romina Manes

11:00 a 12:30 hs. Mesa de trabajos libres.

Responsables de la Coordinación de las mesas: Lic. Jimena Ramirez, Dra. Alejandra Gimenez y Dra. Lia De Ieso

12:30 a 14:00 hs. Almuerzo Libre

14:00 a 15:45 hs. Panel 2: “Aportes a la construcción de intervenciones críticas con Adultos Mayores”

- **Lic. Natalia Samter.** Carrera de Trabajo Social, UBA
- **Dra. Laura Saldivia.** Carrera de Abogacía, Departamento de Derecho y Ciencia Política UNLaM
- **Dra. María Gladys Olivo Viana.** Facultad de Ciencias Sociales y Económicas de la Universidad Católica del Maule, Chile.

Moderadora: Lic. Silvana Revah

Actividades optativas diseñadas para las personas mayores

Coordinación General de la Actividad:

Lic. Laura Fortunato

Lic. Magalí Spiccia

Lic. María Juana Tuzzi

Secretaría de Extensión Universitaria – UNLaM

14:00 a 15:00 hs Taller: “Adaptaciones domiciliarias favorecedoras del envejecimiento activo”

Arquitecto Eduardo Schmunis. Aula 125

Espacio donde se reflexionará acerca de la importancia de contar con una infraestructura adecuada para el adulto mayor particularmente en el ámbito doméstico.

15:00 a 16:00 hs Taller: “Educación Integral de la Salud para Adultos Mayores”

Axel Vázquez

Jennifer Porco

Espacio donde se desarrollarán diferentes aspectos vinculados a una vida saludable para los Adultos Mayores

16:00 a 17:30hs. Actividad integradora con la totalidad de los participantes de la IV Jornada. Patio de las Américas

- **Lic. Fernando Rabenko.** Docente. Carrera de Trabajo Social – Departamento de Humanidades y Ciencias Sociales –UNLaM. Asociación Civil Tiempo de Juego. La Asociación Civil Tiempo de Juego, creada en Buenos Aires, Argentina en 1985, ha facilitado con juegos grupales, temáticos, múltiples proyectos en las áreas de ecología, violencia familiar, derechos humanos, niñez en situación de riesgo, educación popular, salud pública, turismo, adultos mayores, entre otras.

Actualmente la Asociación desarrolla los siguientes proyectos:

- Capacitación de facilitadores lúdicos para proyectos sociales
- Disminución de la violencia en el ámbito escolar con facilitación lúdica
- Facilitación de tratamientos de hemodiálisis con juegos grupales
- Elaboración de material de investigación en disciplina lúdica relacionada a los problemas sociales y específicamente al ámbito de las personas mayores.

18 hs Lectura de conclusiones, propuesta de realización de la V Jornada de Trabajo Social en el campo gerontológico y cierre.

CAPÍTULO 1
LA MIRADA
RIOPLATENSE DEL
TRABAJO SOCIAL
EN EL CAMPO
GERONTOLÓGICO

“REFLEXIONES DESDE NUESTRO LUGAR EN EL ÁREA METROPOLITANA DE LA ARGENTINA ACERCA DE LA SITUACIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN EL CAMPO GERONTOLÓGICO”

Mg. Jorge Paola⁴

Profesor de la Carrera de Trabajo Social Facultad de Ciencias Sociales UBA

Estas IV Jornada encuentran al Trabajo Social en el campo Gerontológico con una perspectiva distinta, nos permiten concretar cierto balance de los logros obtenidos en estos últimos años, desde que en el año 2006, hace ya diez años, impulsáramos una jornada similar a la que hoy nos toca compartir, a la vez que nos encuentra con claras señales contextuales que nos preocupan:

- Sujeción del Estado a intereses corporativos.
- Aparición de mecanismos de disciplinamiento social que inducen a promover lógicas individualistas.
- Ciertos cuestionamientos a pilares básicos de una sociedad democrática como lo constituye el camino en que la Argentina se orientó acerca de la vigencia y respeto por los derechos humanos.

Como señalara Margarita Rozas en nuestro tiempo:

“...La sub proletarización intensificada del trabajo lleva al cambio de las formas conocidas: de tiempo completo a tiempo parcial, temporario, subcontratado, que marca hoy a las sociedades generando un proceso dual interno y externo, es decir sociedades más ricas y pobres; al interior de los países, diferencias cada vez más grandes entre pobres y ricos, agravado en intensidad en los países denominados sub desarrollados...”.

Es decir se instala con los procesos de exclusión social que remiten a las antiguas categorías de explotación.

En cuanto a las políticas de vejez y envejecimiento la prevalencia hegemónica por mucho tiempo de la concepción liberal, patentizada en la temática de la vejez subsumida en la pobreza en la cual los problemas de los viejos y del envejecimiento forman parte de la vida natural y su resolución y tratamiento debe encontrar alguna posible respuesta en el ámbito estrictamente individual familiar.

Atemperados los primeros rigores del liberalismo económico se elaboran y ponen en marcha (desde la estructura del poder hegemónico) sistemas de pensiones, cuyo origen es la concepción bismarkiana del seguro social. Otra cuestión, la constituyen aquellos individuos

⁴ Correo electrónico: jorgepaola@hotmail.com

que, por circunstancias diversas y con toda seguridad fuera de sus posibilidades personales, que no han logrado trabajar a lo largo de su vida y engrosan el ejército de reserva, y que por lo tanto el liberalismo considera no merecedor de una pensión: los pobres estructurales constituyen el objeto fundamental de las políticas benéficas para la vejez.

Seguramente estos temas serán motivo de diferentes comentarios e interpretaciones, veremos cómo evolucionan las políticas concretas de los gobiernos de nuestros países al respecto.

Abraham Monk⁵, ese maestro trabajador social y gerontólogo nos enseñó que la gerontología es un campo aplicado que pertenece a todas las disciplinas científicas y a todas las profesiones que puedan tener que ver directa o indirectamente con el proceso de envejecimiento humano.

A su vez, en sus visitas a la Argentina, Monk nos recordaba que el trabajo social con mayores se diferencia de las otras prácticas en las distintas áreas que determinan el trabajo social, dado que obliga a sus participantes a confrontarse anticipadamente con situaciones y problemas que inevitablemente deberán enfrentar en su propio futuro vital, de allí las situaciones de angustia o rechazo que habitualmente las mismas afrontan.

Nuestra reflexión en gerontología nunca es totalmente externa. La externalidad es meramente una ilusión, dado que los seres humanos comenzamos a envejecer en el momento que fuimos concebidos. Y esto lo expresamos así para compartir criterios acerca de los acuerdos centrales de los cuales partimos para concretar el presente trabajo.

La Gerontología Social (Término que introduce Stieglitz en 1943) aparece en el mundo de manera multi o interdisciplinaria y tiene por objeto de atención las relaciones de interacción psicosocial entre el sujeto mayor y su contexto.

Nuestra experiencia se encuentra vinculada al desarrollo de la gerontología, a la cual acudimos como trabajadores sociales, más allá de las discusiones teóricas acerca de sus alcances, la cual acordamos en conceptualizar como un campo interdisciplinar en el que los múltiples y diversos aspectos del fenómeno del envejecimiento humano, biológico, psicológico, social y cultural interactúan. Nosotros ponderaremos en este trabajo los aspectos psicosociales de esa enmarañada realidad que el campo de la gerontología dispone para su análisis.

Nos interesa destacar que para nuestra concepción en la realidad social existe, más allá de la gerontología como especificidad, lo que denominamos la construcción de un estilo o “mirada criteriosa” que denominamos “pensamiento gerontológico”, que impregna los distintos campos disciplinares que componen la gerontología y nos brinda la posibilidad de desarrollar nuestra concepción de trabajo social como disciplina en el marco de las ciencias sociales.

El trabajo social, desde nuestra óptica es una profesión y a su vez la enrolamos como disciplina de las ciencias sociales, ponderando las cuestiones interventivas como una construcción histórico social que se estructura en un proceso que se conquista sobre el saber inmediato.

Este tipo particular de práctica social se encuentra orientada en nuestro caso hacia esos actores principales envejecidos, excluidos socialmente en una proporción considerable, ex

⁵ Abraham Monk destacado trabajador social y sociólogo argentino profesor de Gerontología en la Escuela de Servicio Social de la Universidad de Columbia en Nueva Cork.

trabajadores precarizados, jubilados y pensionados con haberes mínimos que han sufrido una progresiva distancia de los haberes que percibían como trabajadores en actividad. Desde una perspectiva ya tradicional a los primeros los encontramos definidos por la pobreza estructural⁶, mientras que a los últimos los encontramos incorporados en lo que Minujin denomina “nueva pobreza”. Con esta mirada delimitamos nuestro campo problemático de intervención.

Es decir aspiramos a dar cuenta del trabajo social de hoy, con su público compromiso de poner el acento de su intervención en los más pobres, esta vez bajo la perspectiva de la gerontología, con sus aportes, con sus agudas observaciones que nos posibilita contribuir a la posibilidad de sentar las bases de la construcción social conjunta de una alternativa, de un mundo más justo y posible para los mayores de nuestra sociedad.

Estas consideraciones se efectúan teniendo en cuenta los datos de la encuesta permanente de hogares de la Argentina (EPH) que el INDEC efectúa sobre 28 aglomerados urbanos y en donde la situación de los mayores de 65 años no es la más desventajosa desde el punto de vista del número de personas empobrecidas, sin embargo no podemos dejar de contar con una mirada crítica ante la inequidad e injusticia social progresivamente imperante.

Pese a las múltiples declaraciones públicas, y a las afirmaciones que se hacen respecto del diseño de programas y proyectos para mayores, podemos decir que tampoco la política social, con sus múltiples fragmentaciones visibles en la actualidad, no le ha sido factible asimilar aún algunas de las propuestas y caminos que la gerontología, de hoy y de siempre, propone.

Entre nosotros existe una afirmación común que es en realidad una advertencia: “...La población mundial está creciendo en tamaño y en edad. Las personas de más edad están cada vez más cerca de superar en número a las de menos...”

El año 2050 se constituirá en una verdadera divisoria de aguas: 20% de la población mundial se encontrará por encima de los 60 años, comparando con el 8% en 1950 y el 12% en 2013.

En 2050 habrá casi tres veces más personas mayores de 65 años que niños menores de 4 años.

En 64 países el 30% de la población se encontrará por encima de los 60 años.

En esa lista encontraremos la mayor parte de los países hoy desarrollados, pero también estarán incluidos la mayor parte de países de América Latina, gran parte de países asiáticos incluido China.

Actualmente Japón es el único país con tal proporción de mayores

En esta región del mundo la Conferencia de Brasilia pone sobre el tapete las cuestiones vinculadas con lo social. Como todos ustedes saben en el año 2007, el Gobierno del Brasil y la CEPAL convocaron a segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre el envejecimiento con la finalidad de evaluar la estrategia regional de implementación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento.

⁶ Los adultos mayores que viven en situación de pobreza estructural, habitan en “bolsones de pobreza” centralmente ligados a conurbanos de las ciudades o en zonas rurales. Poseen necesidades básicas insatisfechas y acumulan una historia de vida en situación de pobreza. Los adultos mayores que en otros tiempos gozaron de una situación económica que los asimilaba a los sectores medios, que poseen vivienda propia, cobertura de salud, pero registran a través de las crisis ingresos monetarios insuficientes se los identifica como “nuevos pobres”

La Declaración de Brasilia puso acento en los Derechos Humanos de las personas mayores, y estableció recomendaciones para la acción en distintos ámbitos de intervención tales como la seguridad económica, salud y entornos propicios.

En materia de seguridad económica, las recomendaciones se concentraron en la creación de oportunidades de trabajo para las personas mayores, y el aumento de la cobertura de los sistemas de seguridad social

En salud, se incorporó la situación específica de las personas con discapacidad, el acceso a los servicios de salud y cuidados paliativos, entre otras recomendaciones.

Por último en el área de entornos, se acordaron medidas en el ámbito de educación, accesibilidad y cuidado.

Sin lugar a dudas, se incorporaron dos artículos de la Declaración de Brasilia que concentraron el quehacer de los Estados más allá de sus fronteras nacionales. Se trata del artículo 26 sobre el impulso de una convención internacional y el artículo 25 sobre la designación de un relator especial sobre los derechos de las personas mayores

Los dos artículos recién mencionados dieron origen a una serie de reuniones de seguimiento de la Declaración de Brasilia. La primera se realizó en Rio de Janeiro y fue organizada por el Gobierno del Brasil. La segunda se hizo en Buenos Aires convocada por el Gobierno de la Argentina. La tercera tuvo ocasión en Santiago, a cargo del Gobierno de Chile.

Posteriormente, El Salvador convocó a una actividad específica para analizar los artículos 25 y 26 de la Declaración desde la perspectiva de Centroamérica y del Caribe hispano.

Entre 2011 y 2012 se realizaron otros dos importantes eventos preparatorios para esta Conferencia regional. El primero fue el Encuentro internacional para el seguimiento de la Declaración de Brasilia organizado por el Gobierno de Chile, y el segundo fue el Foro internacional sobre los derechos de las personas mayores convocado por el Gobierno de la Ciudad de México.

Todos estos eventos, han demostrado el compromiso de los gobiernos de la región con la Declaración de Brasilia, y fruto de las mismas se han conseguido dos trascendentales avances en el ámbito internacional, la conformación del Grupo de trabajo sobre envejecimiento de las Naciones Unidas en 2010 y la creación de su similar en el ámbito interamericano. Ambos dirigidos a incrementar la protección internacional y hemisférica de los derechos de las personas mayores.

Esta aclaración nos permite expresar que a partir de Brasilia hay dos cuestiones irrenunciables: La primera es que la temática del envejecimiento en nuestra región es una temática social, socio sanitario y no exclusivamente sanitario, y esto posee en la región un duro proceso de reconocimiento que en algunos casos es solamente incipiente.

Brasilia permite acceder a impulsar una convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores por la que Argentina bregó incansablemente y que fuera presentado por la presidencia del grupo de trabajo sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores a partir de los acuerdos alcanzados en su última reunión celebrada el 5 de mayo de 2015, y promulgado finalmente el 15 de junio de 2015.

Esa convención posee el acuerdo de 6 (seis) países del cono sur: Brasil, Chile, Uruguay, Bolivia, Costa Rica y Argentina.

De ella destacamos el tercer capítulo cuyo título es: “Deberes generales de los Estados parte”, particularmente su artículo cuarto inciso “a”:

“...adoptarán medidas para prevenir, sancionar y erradicar aquellas prácticas contrarias a la presente convención, tales como, aislamiento, abandono, sujeciones físicas prolongadas, hacinamiento, expulsiones de la comunidad, la negación de nutrición, infantilización, tratamientos médicos inadecuados o desproporcionados, entre otras, y todas aquellas que constituyan malos tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes que atenten contra la seguridad e integridad de la persona mayor...”

Y su capítulo cuarto cuyo título refiere a “Derechos protegidos”, su artículo 5° refiere a la igualdad y no discriminación por razones de edad:

“...queda prohibida por la presente convención la discriminación por edad en la vejez. Los estados parte desarrollarán enfoques específicos en sus políticas, planes y legislaciones sobre envejecimiento y vejez, en relación con las personas mayores en condición de vulnerabilidad y aquellas que son víctimas de discriminación múltiple incluyendo las mujeres, las personas con discapacidad, las personas de diversas orientaciones sexuales e identidades de género, las personas migrantes, las personas en situación de pobreza o marginación social, los afro descendientes y las personas pertenecientes a pueblos indígenas, las personas sin hogar, las personas privadas de libertad, las personas pertenecientes a pueblos tradicionales, las personas pertenecientes a grupos étnicos, raciales, nacionales, lingüísticos, religiosas y rurales, entre otros...”

A los efectos de construir estas palabras tomé algunos datos acerca de cómo encontramos el campo previsional en el momento en que pensábamos junto a Silvia Gascón en el año 2002 acerca de cuál iba a ser la posición Argentina en la Asamblea Mundial de Madrid, y los mismos me permiten efectuar una comparación con la perspectiva previsional de la actualidad.

Relatábamos en aquel entonces:

“...En nuestro país es imprescindible lograr una cobertura universal para los mayores de 60/ 65 años. El sistema previsional argentino está diseñado para cubrir a la población que participa en el mercado formal de trabajo. El porcentaje de trabajadores excluidos del mercado formal es cada vez mayor con lo que la cobertura universal instituida legalmente alcanza a sectores reducidos...”

Puntualizábamos:

“...Cerca del 30% de la población mayor de 65 años no percibe beneficio previsional alguno, cifra que se reduce al 15% si se incluye a aquellos que tienen ingresos laborales propios o beneficios previsionales por intermedio de sus próximos, parejas, etc...”

Hacia fines de 1999 reclamábamos acerca de la fuerte evasión en materia de aportes previsionales, registrábamos que sólo el 42% de los activos efectuaba aportes previsionales.

En nuestra Jornada del 2013 en la Universidad Nacional de La Plata afirmábamos:

“...La pobreza entre los adultos mayores ha descendido desde el año 2003 a partir de políticas convergentes que se orientaron a mejorar su nivel de ingresos: lo que

significó la incorporación de más de 2,5 millones de personas al acceso a la cobertura previsional...”

Es así que la incidencia de la pobreza entre los mayores descendió del 27,2% en el segundo trimestre de 2003 al 3,5% en el cuarto trimestre de 2012. Por su parte la indigencia en las personas mayores descendió en el mismo período del 10% al 0,8%.

Desde la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud se impulsa la política de “Envejecimiento activo y saludable”: proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, mental y social, de participar en actividades sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, y de contar con protección, seguridad y atención con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida de todos los individuos en la vejez, y permitirles así seguir contribuyendo activamente a sus familias, amigos, comunidades y naciones. El concepto de envejecimiento activo se aplica tanto a individuos como a grupos de población. Para nosotros el tema de la dependencia se encuentra vinculado estrechamente al envejecimiento activo, haciendo de éste no solamente una temática dirigida hacia los mayores con posibilidades económicas de vivir una vejez con dignidad y satisfacción. En este tema puntual es el feminismo en Gerontología quien ha alzado su voz en diferentes foros internacionales advirtiendo acerca de señalar que las políticas deben ser claras y hablar a la totalidad de la población de mayores, y no solamente a un grupo selecto de la misma.

Me gustaría esta mañana también resaltar el asunto que trae aparejado las transiciones demográfica y epidemiológica en nuestros países.

En la Argentina observamos que:

- Por cada dos hombres mayores de 60 años, hay tres mujeres de esa edad. Y la diferencia aumenta a medida que pasan los años.
- Según los datos del Censo 2010 realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INDEC), si en la franja de población de entre 85 y 89 años, el 70% es mujer, en la de 90/ 94 años, el 73% lo es. Las mujeres son el 75% en la franja de entre 95/ 99 años.
- La máxima brecha llega en aquéllos que lograron superar la marca de los 100 años eran más de 3000 personas cuando se hizo el censo: 8 de cada 10 censados eran mujeres.

Las jubilaciones y pensiones, generalmente ligadas al trabajo formal, constituyen una fuente estable de ingresos que contribuye a la autonomía económica de las personas adultas mayores. En la Región, con ciertas excepciones, la mayoría de la población que envejece no percibe ingresos por este concepto, lo cual es más grave para las mujeres, dada su menor afiliación a planes de aseguramiento, su esperanza de vida más larga y su prevalencia de discapacidades más alta.

A su vez en la mayoría de los países de la región las afecciones crónicas de tipo degenerativo y las causas externas han ido desplazando a las enfermedades transmisibles como causas de morbilidad y mortalidad. Se observa una mayor discapacidad asociada a las enfermedades no transmisibles (ENT). Las ENT están fuertemente (no exclusivamente) asociadas al envejecimiento de la población.

El peso de la mortalidad por ENT seguirá aumentando, al mismo tiempo que disminuirá la mortalidad por enfermedades infecciosas. Ligadas a las ENT, las discapacidades representan una carga sustancial en la salud de la población.

En el 2005, 77% de la mortalidad en las Américas fue por ENT.

Los estilos de vida poco saludables son factores de riesgo para desarrollar ENT en edades más tempranas.

Esta descripción nos llama a pensar en planes de atención primaria de la salud, en acciones conjuntas y entrelazadas entre las distintas áreas de nuestros gobiernos, y a su vez acerca de la necesidad de intervenir preventivamente dada la incidencia catastrófica posterior por nosotros muy conocidas.

Necesitamos revisar nuestras políticas y criterios respecto a las tareas en las Residencias de Larga Estadía. Las mismas siguen siendo deficitarias desde múltiples puntos de vista. Se hace imprescindible unificar criterios de atención y enfatizar la importancia de mejorar los niveles de calidad residencial.

Cuando pensamos en el plano residencial, no podemos dejar de puntualizar la necesidad de contar con un diseño de políticas integrales que interpretamos como la necesidad de contar con un “sistema de cuidados progresivos”, como lo conforman la atención personal de la salud a través de distintos programas, instituciones y servicios para enfrentar las dolencias crónicas.

Un sistema de ese tipo puede abordar una gama amplia de necesidades, incluidas:

- Las intervenciones orientadas a aquellos que pueden vivir sin asistencia inmediata pero que se benefician por estructuras y acciones de prevención;
- el apoyo a los que necesitan asistencia mínima; o sea ayuda con algunas de las actividades instrumentales del vivir diario, como transportación, acompañamiento para ir de compras, etc.
- el apoyo a los que necesitan bajos niveles de asistencia, o sea menos de 4 (cuatro) horas de cuidados al día;
- la atención para aquellos que necesitan asistencia durante la mayor parte del día, todos los días de la semana;
- un marco organizador para la elaboración de políticas y programas

Al hacer una descripción de los programas con el fin de abordar las necesidades que se presentan vamos a trabajar con supuestos efectuando afirmaciones que puedan servirnos para parametrizar el contexto en que es factible definir la necesidad de la implementación de residencias de larga estadía.

En principio vamos a partir de los siguientes supuestos:

- La comunidad local se encuentra dispuesta a prestar apoyo a las personas mayores.
- Las familias serán un componente vital en esta red de asistencia.
- Las autoridades gubernamentales desempeñarán una función activa al aumentar lo que hacen y aportan las familias, estableciendo pautas claras.

- El sector público debería utilizar métodos equitativos para evaluar las necesidades y asignar recursos, lo cual implica la existencia de un organismo especializado dentro del gobierno para elaborar y supervisar las políticas y programas.
- Para que el sistema funcione es necesario que se establezcan pautas explícitas como resultado de una legislación habilitante y se efectivicen los dispositivos para vigilar las diversas intervenciones (servicios, alojamiento y atención) como parte de su creación.

Vamos a describir los tipos de programas que podrían prestar apoyo a las personas mayores que presentan dependencia. A partir de esa descripción, efectuaremos un análisis más complejo de los tipos de opciones residenciales para la asistencia a largo plazo, que se podrían crear para complementar el alojamiento y la atención ofrecidos por las familias.

En la medida que la población envejece y que el porcentaje de adultos mayores comienza a ser significativo, se observa un aumento en el número absoluto de personas afectadas con diferente grado de deterioro bio-psico-social y el consecuente estado de dependencia, situación ésta que puede superar las posibilidades de las comunidades para hacer frente a las necesidades asistenciales que se demandan.

En nuestro medio, una explicación posible de estas circunstancias se puede adjudicar a que el crecimiento de la población añosa ha sido más rápido que la adecuación de la población al mismo. Afirmamos esto en cuanto a valorar las posibilidades socioeconómicas, ya que sin el necesario soporte económico se hace prácticamente imposible el desarrollo de estructuras de contención y la imprescindible capacitación del personal idóneo que merecen los mayores frágiles para su correcta atención.

Hace poco tiempo visitó la Argentina el Dr. Carlos Burgueño, quien puso énfasis en la necesidad de revisar los criterios de aplicar sujeciones a los mayores en nuestros países.

La convención expresa en el capítulo tercero “Deberes generales de los estados parte”, artículo cuarto:

“... a.- Adoptarán medidas para prevenir, sancionar y erradicar aquellas prácticas contrarias a la presente Convención, tales como, aislamiento, abandono, sujeciones físicas prolongadas, hacinamiento, expulsiones de la comunidad, la negación de nutrición, infantilización, tratamientos médicos inadecuados o desproporcionados, entre otras, y todas aquellas que constituyan malos tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes que atenten contra la seguridad e integridad de la persona mayor...”

“...Existe un excesivo uso de sujeciones físicas en residencias para adultos mayores», advierte la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (Ceoma) en su Guía para Personas Mayores y Familiares...”

Suelen utilizarse para prevenir accidentes en personas en riesgo de caerse. Sin embargo varias organizaciones que trabajan con personas de la tercera edad, buscan otras alternativas, pues está demostrado que restringir el movimiento en un adulto mayor conlleva muchos riesgos.

En España, Enrique Vaquerizo responsable de comunicación de la organización “Amigos de los Mayores”, dijo que se debe velar por proteger la dignidad e integridad de las personas

mayores institucionalizadas. “Se deben buscar alternativas, que conlleven mayor atención y cariño”, puntualizó.

Entre las alternativas recomendables destaca la sensibilización de las personas que atiende a los adultos mayores, el análisis de la situación de cada interno, atención de los familiares y el control de las posturas del dependiente en las sillas o butacas. **«Muchas veces es cuestión de que el personal asuma otras alternativas y se sienta respaldado por la familia»**, recomienda CEOMA. Según el último estudio elaborado por esa organización, **«el 25% de los mayores dependientes que viven en residencias, son sometidos a sujeción física»**. El porcentaje en las casas varía mucho. “Siempre se esgrimen razones de seguridad para los enfermos, muchas veces por cuestión de conveniencia de los cuidadores”.

De hecho, el uso rutinario de las sujeciones puede implicar efectos tanto físicos como psicológicos. Entre los primeros se pueden destacar: **úlceras por presión, infecciones, incontinencia urinaria y fecal, estreñimiento, pérdida del tono muscular, atrofia y debilidad**.

Creemos que estos temas deben comenzar a trabajarse en nuestros países. No observamos que se haya prestado interés público a la temática y desde ya sugerimos que sean estas jornadas las propicias para llamar la atención al público en general acerca de lo extendido y naturalizada que se encuentra la práctica de sujetar a los mayores residentes dependientes.

Hay cinco cuestiones centrales que creo necesario resaltar:

1. La primera tiene que ver con los cambios observados en el marco internacional en cuanto a las cuestiones de Derechos Humanos y la influencia de ellos en nuestras políticas nacionales:

En materia de proposiciones políticas nuestra región posee un marco que podemos identificar de acuerdo a qué organismos internacionales han llamado la atención acerca de poner énfasis en estos titulares de políticas y/ o recomendaciones acerca de líneas de acción posibles de transitar:

- Envejecimiento Activo: Organización Mundial de la Salud (OMS - OPS).
- Envejecimiento Exitoso: Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Envejecimiento y Derechos: Help Age International.

Como expresáramos anteriormente en nuestra región la sucesión de reuniones a partir de la intervención de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) ha puesto énfasis en medidas concretas que podemos sintetizar como:

Respecto a los contenidos de la Seguridad Económica:

- Aumento de la cobertura de los sistemas de seguridad social (contributivas y no contributivas)

- Acceso a trabajo decente en la vejez

Respecto de los contenidos de Salud:

- Atención prioritaria de personas mayores con discapacidad.
- Acceso equitativo a los sistemas de salud.
- Supervisión de Residencias de Larga Estadía.

- Acceso a la atención de la salud en personas mayores con HIV.
- Creación de servicios de cuidados paliativos.

En cuanto a la educación como “paraguas” y entornos:

- Fomento de la educación continúa.
- Accesibilidad del espacio público y adaptación de las viviendas.
- Erradicación de la discriminación y violencia contra los mayores
- Reconocimiento de los aportes de las personas mayores a la economía de los cuidados.

Estas líneas de actuación y recomendaciones vienen marcando rumbos en las propuestas de lineamientos políticos y engrosan los temas que perfilan la agenda pública acerca de cómo responder ante la situación socio económico política de nuestros mayores.

2. La segunda tiene que ver con los logros vividos en nuestro país respecto de la defensa de la jubilación como una cuestión de Estado, y no primordialmente de mercado:

- La tasa de cobertura total en materia previsional en la Argentina llega al 97% de los mayores, con ello estamos afirmando que el Plan de Inclusión Previsional formulado en el año 2005 (Ley 25.994 y Decreto 1454/05 incrementó la cobertura de nuestro país, impactando en el año 2015 evaluando la segunda etapa del plan (Ley 26.970).
- Podemos estimar que el 78,2% de los hogares de la Argentina que cuentan con un ingreso previsional, perciben más de un haber mínimo.
- Sabemos que estos logros deben profundizarse, y nos preocupa lo que pueda ocurrir con los mismos, en la medida de la necesidad de acortar distancias entre los haberes de los trabajadores en actividad y de los mayores jubilados y/ o pensionados.

3. La tercera tiene que ver con la transición epidemiológica. Nuestros países deben atender a las enfermedades transmisibles (ET) y a su vez responder ante el avance de las Enfermedades No Transmisibles (ENT).

Lo cual indefectiblemente nos debe hacer pensar acerca de qué sistema de salud es capaz de obtener logros en esta línea.

La demanda de cuidado de salud en los hogares es cada vez más compleja:

- Los cambios en los perfiles demográficos y epidemiológicos crean mayor demanda de cuidado que afecta a los hogares y por ende a los sistemas de salud.
- El envejecimiento de la población se encuentra expuesta a una mayor incidencia de enfermedades crónicas y discapacidades que requieren atención de largo plazo.
- Los cambios en los hogares, la inserción de la mujer en el mercado laboral, las migraciones inciden en la reducción de la oferta de cuidados de salud en los hogares.
- Los sistemas de salud tienen poca capacidad de adecuación a estos cambios.

4. La cuarta tiene que ver con la necesidad de contar con niveles de políticas educativas que contemplen las necesidades de los mayores:

- La Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores del año 2012 puntualiza que el 39% de los mayores de la Argentina posee estudios primarios incompletos, y que el 3,1% del total de la población mayor se encuentra sin instrucción, es decir 150.000 (ciento cincuenta mil) personas mayores.

A su vez puntualiza que el 18,1% de los mayores de nuestro país cuenta con estudios primarios completos, y un 13,0 % posee estudios universitarios completos.

Estos datos son por demás elocuentes respecto de la necesidad educativa de la Argentina debe observarse con un criterio más amplio que el determina prioridades hasta la fecha.

5. La quinta tiene que ver con la necesidad de contar con políticas de hábitat que contemplen a los mayores (Ciudades amigables con los mayores, medios de transporte adecuados, etc.)

La OMS define como Ciudades Amigables con los mayores a aquellas en las que las políticas, servicios y estructuras, así como el entorno físico y social, están diseñados para apoyar y hacer que la persona mayor permanezca activa, es decir que viva con seguridad, goce de buena salud y participe plenamente en la vida comunitaria.

Por ello afirmamos que deben existir esfuerzos entre nosotros que:

- Promueven su inclusión y participación en todas las áreas de la vida comunitaria
- Se reconozcan la diversidad de las personas mayores
- Que se respeten sus decisiones y estilos de vida
- Que anticipan y responden a los cambios del envejecimiento, reconociendo necesidades y preferencias de los adultos mayores

¿Qué implica para nosotros una intervención crítica del Trabajo Social en el campo Gerontológico?

Partimos de la afirmación que el objeto de nuestra intervención profesional es pensarnos a partir de recuperar la construcción histórica propuestos por la perspectiva crítica.

La posibilidad de realizar una intervención profesional es responder a los siguientes interrogantes que explicitamos:

Para nosotros es importante destacar la posición, es decir el punto de vista de los trabajadores/as sociales ¿Cuál es la mirada de los/las trabajadores/as sociales?, ¿desde dónde mira el trabajo social en este campo?, ¿desde dónde se construye la mirada del otro que nos mira?, ¿desde dónde somos constituidos por la mirada del otro?, ¿cuáles son los lugares de encuentro de estas miradas?;

¿Miramos la realidad social desde un paradigma del sujeto que es constituido como tal en tanto sujetado a la voluntad del otro asistencialista, mediador, terapeuta, gestor, solucionador de problemas?

¿Desde qué disposición lo hacemos? Cuando afirmamos disposición lo hacemos desde nuestra aptitud para poder modificar nuestra perspectiva, imaginamos a los profesionales releendo sus cuaderno de campo, releendo atentamente sus entrevistas, sus notas, conforma otro momento crítico en el que hace su aparición la ruptura: ¿desde dónde nos representamos el trabajo social y la realidad de la que somos productores y producto?: desde un paradigma

de la carencia –es decir, del pobre que no tiene posibilidad real de acceso a los bienes materiales que son significados como signos del bienestar y el éxito económico- que persiste en legitimar e institucionalizar el estatuto caritativo y neo filantrópico o, por el contrario, desde uno de aspiración socio céntrica que procura legitimar, institucionalizar y socializar la práctica del derecho?; ¿desde dónde construimos “realidades sociales”; ¿desde dónde tratamos de hacer propuestas de sociedad: desde el paradigma de la ciudadanía asistida y colonizada o desde el de la ciudadanía emancipada?

a) Para dar respuesta a estas preguntas acordamos que deberemos partir de reconocer las instituciones en las que nos desempeñamos, ya que definen procesos laborales que es necesario clarificar a los efectos de reconstruir las demandas específicas hacia la profesión y ubicar el potencial de su contribución.

b) Para fortalecer el desempeño de las/los trabajadores sociales es necesario abordar el reconocimiento de los medios de trabajo necesarios para organizar la intervención; los objetivos profesionales y su concordancia con los objetivos institucionales y centralmente con las necesidades de la población de adultos mayores.

Afirmamos que es factible el desarrollo de una perspectiva crítica si se dan desde el marco decisional algunas cuestiones que tienen que ver con modificaciones que interpretamos como “supuestos” necesarios para poder acceder a la posibilidad de profundizar nuestro enfoque.

Desde la óptica de la Gerontología Comunitaria afirmamos:

Los trabajadores sociales contamos con muchas posibilidades de aportar a la instrumentación de políticas públicas dado que nuestra tarea con desciframientos significativos en el territorio conforma una fuente inagotable de estímulos para imaginar de abajo hacia arriba situaciones, escenarios que ayudarían a dar nuevas formas, nuevas respuestas a la realidad de los agentes sociales co- presentes, en nuestro caso mayores que expresan sugestivamente la necesidad de nuevos rumbos.

- No se puede entender el envejecimiento humano sin una visión inclusiva, porque la posibilidad de la dependencia nos afecta a todos a lo largo de todo nuestro curso de la vida. Inclusiva por cuanto no debe quedar nadie afuera, aunque las personas sufran limitaciones asociadas a cierta discapacidad.
- Es necesario realizar una autocrítica sobre las acciones desarrolladas hasta la fecha para plantear y promover políticas para y con los mayores. Hay que ponerse al lado del actual asociacionismo de las personas mayores, en la necesaria inclusión de la perspectiva de género, en su lucha contra el abuso y el maltrato.
- Es preciso que las políticas de envejecimiento activo graviten sobre la consideración de las personas mayores como ciudadanas de pleno derecho y no ligándolas, de modo simplista, a su edad.
- Las políticas públicas para y con los mayores han de contener, como factor de cohesión, modelos de solidaridad intergeneracional.

Desde la óptica de la Gerontología Institucional afirmamos:

Acordamos que es necesario incorporar una visión renovada a las políticas y las tareas que se concretan en las Residencias y Centros de Día para mayores, brindando una nueva orientación al tratamiento con políticas que:

- Su intervención es de macro nivel, es decir implica a la totalidad de las áreas institucionales.
- Sitúen su foco en las capacidades y habilidades de la persona mayor dependiente.
- Incrementen la participación del conjunto de agentes sociales decisiones (usuarios, profesionales, familia, amigos, etc.)
- Hacen una lectura de las personas relacionadas con su medio.
- Incorporan dispositivos de evaluación de la calidad de vida institucional.

Es decir desde esta IV Jornada estamos intentando puntualizar la necesidad de implementar socio terapias innovadoras aplicadas al cuidado de las personas dependientes, centralmente basadas en la combinación de la estimulación social y las distintas y variadas actividades que las/ los Trabajadores Sociales aplican en su tarea cotidiana dirigidas al cuidado de los mayores, con distintos grados de dependencia y sus familias.

Mediante esta iniciativa que ofrece una intervención especializada, que consiste en una evaluación e intervención específica en el entorno residencial para mejorar la calidad de vida de los residentes, sus familias y las personas que los atienden.

Por último desde esta IV Jornada afirmamos al unísono con la Asociación Latinoamericana de Enseñanza e Investigación en Trabajo Social que en su reunión del pasado 1º de setiembre de 2016 San Juan, Puerto Rico expresara:

“...¡Qué sean entonces los principios preciados por nuestra profesión- la libertad, la justicia social, la equidad, la democracia participativa, la defensa de los derechos humanos, y la oposición a toda forma de agresión, explotación y discriminación – los que guíen nuestras acciones como colectivos profesionales para participar en la actual coyuntura histórica, asumiendo responsabilidad ante los retos que nos son colocados!...”

“Las Personas Mayores son la memoria del pueblo y verdaderos maestros de la vida. Cuando una sociedad no cuida a sus mayores niega sus propias raíces y simplemente sucumbe”

Referencia bibliográfica

- Cazzaniga, Susana (2007) *Hilos y nudos*. La formación, la intervención y lo político en Trabajo Social. Buenos Aires. Espacio Editorial.
- Cordero, Liliana; Cabanillas, Silvia, Lerchundi, Gladis. (2003) "Trabajo Social con adultos Mayores" Intervención Profesional desde una perspectiva clínica. Espacio Editorial. Buenos Aires
- Ludi, María del Carmen (2005) *Envejecer en un contexto de (des) protección social*. Espacio Editorial. Buenos Aires. Libro editado en UDELAR (Uruguay) Debates regionales en torno a la vejez: Una aproximación desde la academia y la práctica pre - profesional. Montevideo: UDELAR. 2015.
- Paola, Jorge; Danel, Paula y Manes, Romina (compiladores) (2011) reflexiones en torno al trabajo social en el campo gerontológico (tránsitos, miradas e interrogantes) 1a ed. Buenos Aires. Universidad de Buenos Aires, 2012. E Book. ISBN 9789502913636
- Paola, Jorge; Tordó, María N. Danel, Paula (compiladores) (2013) Más mayores, más derechos (Diálogos interdisciplinarios sobre vejez EDULP. Debates. <http://www.editorial.unlp.edu.ar/articulo/2015/5/22/gerontologia>. Universidad Nacional de La Plata.

“REFLEXIONES EN TORNO AL MARCO DE PENSAR UN TRABAJO SOCIAL SITUADO”.

*Dra. Paula Mara Danel*⁷

Centro de Estudios de Trabajo Social y Sociedad. Facultad de Trabajo Social -UNLP

En el presente trabajo presentamos reflexiones que producimos en el marco de pensar a un Trabajo Social situado. Comenzaremos con un desarrollo conceptual para moldear discursivamente la idea de la gerontología como campo, posteriormente incluimos la idea de perspectiva latinoamericana a fin de inscribir algo de las discusiones de coloniales. Y finalmente desplegamos los modos en que pensamos al trabajo social.

Campo gerontológico

Uno de los temas que abordaremos es el vinculado a las concepciones que trabajamos en relación a la idea de campo gerontológico. El mismo, lo pensamos como espacio en disputa, en el que la producción de hegemonías modela las prácticas y discursos de este espacio social.

El campo gerontológico está configurado por posiciones diferenciales, que son ocupados por agentes sociales individuales y colectivos. Entre estos agentes identificamos a los que portamos titulaciones del campo social, médico, enfermería, nutrición, derecho y otras que despliegan prácticas en el campo.

Retomando la idea de conflicto como inmanente del campo gerontológico nos preguntamos ¿Con quiénes disputamos los Trabajadores Sociales en el campo? El campo gerontológico produce políticas que enmarcan y dotan de sentido las prácticas que allí se desarrollan. Por lo que las disputas se envisten de significados, semantizaciones y sobre los sujetos, los escenarios de intervención, las instituciones, etc. ¿Qué conceptos de capacidad se sustentan en el campo? Retomamos a Nussbaum (2012) y su idea de revisión de las miradas contractualistas, la autora tensa con los idearios asociados a quiénes son los posibles sujetos del contrato. ¿Qué relaciones intergeneracionales sustentamos? ¿Sólo las escenas en las que generamos encuentros desde dispositivos de encierro y espacios escolares bastan para exorcizar las miradas estereotipadas hacia los mayores? ¿O la invitación del trabajo social viene siendo más profunda, más al nudo del asunto? La idea de generaciones en el marco del curso vital supone apropiaciones diferenciales de bienes, servicios, discursos y espacios físicos. Cuando analizábamos los procesos de producción del espacio público, en clave de accesibilidad junto a múltiples colectivos que reclamaban (pcd, AM, etc.) advertíamos que en los últimos 20 años las personas mayores (a los que denominamos viejos jóvenes) habían habitado incipientemente el espacio público a partir de su presencia, su andar distinto, su

⁷ Correo electrónico: danelpaula@hotmail.com

grupalización. Ahora bien, ¿eso significa que la inminente relación intergeneracional conflictiva se acotó? Cuándo socialmente toleramos prácticas opresivas hacia otros grupos de edad, se pone en evidencia la necesidad de seguir exorcizando lo inter en clave de impugnación de la desigualdad. Con esto referimos que es necesario pensar una sociedad para todas las edades, para todos los grupos más acá y más allá de las edades que transiten.

Pensando desde las presencias de diferentes colectivos y edades se impone la necesidad de incluir estudios interseccionales. La categoría de interseccionalidad es presentada como parte de un modelo analítico que pone con centralidad las diferencias sociales para abordar fenómenos compatibles con procesos de opresión o “desempoderamiento”. La interseccionalidad permite cruzar analíticamente para comprender situaciones en las que se presenta discriminación múltiple. Esta multiplicidad se puede concentrar en personas, grupos o comunidades. La inclusión de análisis e investigaciones interseccionales permite examinar desde varios niveles de análisis e interrogar interacciones entre categorías, por lo que se requieren tanto desarrollos teóricos como empíricos.

Por ello, proponemos que no podemos continuar desde impugnaciones a toda práctica opresiva a los mayores, desconociendo las situaciones de sufrimiento social de las mujeres sobre las recae el cuidado en modo exclusivo sin redes de protección social activa, ni demonizando a los jóvenes por sus particulares modos de transitar el espacio público. La idea de una sociedad para todas las edades debe ser enriquecida por idearios vinculados a una sociedad para todos los géneros, todas clases sociales, todas las minorías y al fin de cuentas una sociedad emancipada que instituya un horizonte de igualdad como posible de ser concretado en nuestra América.

Perspectiva latinoamericana: la colonialidad del poder, la politicidad inmanente Femenias y Soza Rossi (2012) nos invitan a pensar cómo la simbólica del tiempo siempre se trazó en clave masculina. El tiempo de la historia invisibilizó a las mujeres, y generó idearios decimonónicos asociados al capitalismo industrial. Las autoras instalan interrogantes asociados a la globalización o al decir de Piqueras (2002) mundialización en el que el tiempo se percibe en instantes, y se licuan las condiciones de trabajo. En esa línea, el trabajo doméstico de producción de servicios de consumo inmediato traza líneas de continuidad en narrativas de ruptura. Es necesaria la búsqueda de Isonomía jurídica entre géneros entre edades, entre clases y entre sujetos.

Necesitamos otro tipo de racionalidad, en la tensión que propone Boaventura de Souza Santos, entre el conocimiento – regulación y el conocimiento – emancipación. “La matriz que supone un camino lineal del caos al orden, enfrentada a otra matriz que invita a pensar desde el colonialismo a la autonomía solidaria” (Souza Santos, 2006:45)

Pensar desde nuestra América implica abrazar la idea de un conocimiento – emancipación en la búsqueda de los nudos analíticos, la identificación de las contradicciones y paradojas. El mismo autor plantea que hay dos problemas teóricos, el del silencio y el de la diferencia. El silencio sólo puede ser comprendido en la magnitud que tiene en la medida que se reconozcan

los siglos de opresión que ha pesado sobre nuestros pueblos, sólo a partir de identificar la complejidad que supone la enunciación y las múltiples ataduras que aún debemos desligar comprenderemos que no se trata de ignorancia de nuestros pueblos sino expresión de siglos de opresión que habilitaron un horizonte acotado para la felicidad (de nuestros pueblos). Las experiencias recientes de proyectos colectivos que viabilizaron y disputaron accesos diferentes, nos dan pistas para seguir pensando los modos que colectivamente debemos encontrar para producir desde nuestras propias voces un saber emancipatorio. “Cómo hacer hablar al silencio de una manera que produzca autonomía y no la reproducción del silenciamiento (De Souza Santos, 2006:47)

El autor nos propone retos en torno a las diferencias, a la neutralidad, a la producción de subjetividades rebeldes, al fin de cuentas nos invita a pensar desde una epistemología del sur. Por ello, produce preguntas y cuestionamientos a las miradas que ensalzan los logros jurídicos como la consagración de la isonomía. Podemos pensar en la reciente aprobación de la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores (OEA, 2015) y en los grados diferenciales de acceso a su cumplimiento por parte de los estados suscriptores. Señalamos que el derecho moderno es una invención occidental de colonialidad jurídica, legitimador del modelo colonial y capitalista. Produce líneas abismales que son trazadas desde la hace más de 5 siglos. Línea que impide la co-presencia de la diversidad después de esa línea abismal, en la que no se reconoce un área de construcciones políticas y legales diversas. El desafío de esas líneas abismales es posible desde los movimientos sociales o colectivos, que produzcan contra hegemonías.

Trabajo Social: es un entre sujetos, cuerpos y lenguajes

Parafraseando a (Larrosa, 2014) planteamos que la intervención se da en un entre, es algo que se da entre las personas, entre los lenguajes, entre los cuerpos, entre los lugares, entre los saberes. El autor nos habla del cuidar, que supone una tramitación respetuosa y amorosa del encuentro con el otro. Por lo que plantea: “Entonces cuidar es una forma de guardar las distancias (...) de perder las distancias malas (las del poder, las de la indiferencia, las de la hostilidad, las de la vigilancia, las que nos separan mal de nosotros mismos, del mundo y de los otros) y de tomar las buenas (las de la conversación, las de la libertad, las de la compañía, las de la atención, las de la hospitalidad, las que nos acercan bien a nosotros mismos, al mundo y a los otros). (Larrosa, 2014:10) Oliva (2006) plantea que asistencia, gestión y educación, son las funciones que el trabajo social ha constituido en forma articulada en su devenir. Las mismas fusionan una multiplicidad de acciones¹ que, suponen, un dominio herramental de la profesión asociada a la realización de entrevistas, prácticas vinculadas a la orientación, asesoramiento, transmisión de información pertinente, articulación con otros dispositivos de atención a fin de derivar a los sujetos que ameritan otras respuestas, acompañamiento diacrónico a sujetos con situaciones sociales complejas, visitas domiciliarias, asignación de recursos, prestaciones, producción de informes sociales, registros múltiples de las prácticas que se realizan con los sujetos, el resto del equipo, los directivos, conformación de equipos

interdisciplinarios, supervisión de servicios socio –sanitarios, definición de dispositivos de atención, propuestas a creación de normativas y/o su modificación, producción de informes de gestión, coordinación de grupos específicos, supervisiones individuales a sujetos que demandan intervenciones, integración de equipos de supervisión interdisciplinarios, y otras que retomaremos en el proceso de análisis. Estas acciones adquieren sentido, en el marco de las funciones que señalamos y de la inclusión de la función de cuidado / acompañamiento que aparece como constitutiva de la intervención. ¿Por qué incluimos la categoría de cuidado / acompañamiento como función inherente?

1 Algunas de estas actividades fueron tomadas de la sistematización que propone Oliva (2006), pero mayormente son recreadas de la información que surgió de las entrevistas a los/as colegas.

Exploramos estos interrogantes desarticulando los sentidos asociados a las tareas, los desempeños, las trayectorias interventivas que surgen de lo relevado en trabajos de campo de varias investigaciones. Al mismo tiempo, que la categoría de cuidado es tramada con las discusiones sobre la desnaturalización de las relaciones de género.

Las narrativas interventivas traen a discusión dos cuestiones centrales, por un lado la cuestión de género y el otro la mirada del otro sobre la profesión. Ese otro se corporizará en los sujetos de las prácticas, los profesionales de otras disciplinas, los decisores políticos y/o organizacionales, etc. ¿Cómo se desarrolla la relación nosotros –otros en la intervención del trabajo social?

En las entrevistas aparece fuertemente el reconocimiento de la complejidad de las situaciones que son derivadas a los servicios sociales, pero fundamentalmente aparece la mirada de las otras disciplinas en torno a las competencias profesionales para abordar esa complejidad. En tal sentido las prácticas sociales vinculadas a la intervención en lo social, se expresan en una narrativa que inscribe regímenes de producción de sentidos, vínculos y miradas sobre el otro. En esa línea, inscribimos lo que postula el trabajo social anti –opresivo relacionando las prácticas desde el reconocimiento de las inequidades estructurales y diferencias que se producen en la sociedad. Esta postura del trabajo social plantea que estas diferencias e inequidades se emparentan con procesos discriminatorios y opresivos (Dominelli, 1998). Henry Parada (2011) plantea que el encuentro con los sujetos de la intervención amerita la visibilización de los privilegios que los profesionales de la cuestión social tenemos frente a los sujetos que demandan de nuestros servicios. En esa línea, la puesta en escena de la relación de poder que los trabajadores sociales ejercemos nos habilita a recorrer un camino emancipatorio en relación a las ligazones estructurales, vinculares y relacionales.

Otra cuestión central ha sido el acompañamiento como un significante constante en los relatos. Acompañar es mirar de otra manera a la persona y su historia, para que ella pueda verse de otra forma. Es creer en sus potencialidades, ayudarle a tomar conciencia y a desarrollarse, sea cual sea su estado actual. Acompañar es mediar entre las instituciones, más o menos burocratizadas de una sociedad y las personas que, por estar excluidas no puedan hacer valer sus derechos. (Funes y Raya, 2001:33)

El aporte de los autores mencionados nos invita a instalar otro significativo fuerte en las entrevistas que es el asociado a la configuración de proyectos de intervención, en los que la tramitación de las situaciones conflictivas es realizada con el sujeto de la intervención. ¿Qué aspectos son los que se abordan? ¿Sólo las dificultades de accesibilidad (en sus múltiples dimensiones) son las que se toman?

¿Por qué hablamos de proyecto como dimensión instrumental del acompañamiento? La idea de pensar un proyecto supone la configuración de una imagen objetivo, de historizar las prácticas, de identificar las formas en que el orden social constriñe y las potencialidades que la singularidad despliega. Al mismo tiempo articular con las expectativas que construimos en torno a las apuestas individuales que “el otro” toma. Y la producción de certeza de que el otro, siempre será el otro y tomará decisiones más allá de nuestras sugerencias.

Envejecimiento y vejez como espacio desde el que construimos miradas sobre nuestra América, las disputas y los modos que adquieren las prácticas en pos de generar una sociedad igualitaria, libre de opresiones y respetuosa de las diferencias. Emancipación como horizonte posible, ya que entendemos que la disputa no es sobre los excluidos y vulnerables sino en las relaciones sociales que hacen posible estas prácticas opresivas.

Referencia bibliográfica

- Danel, P (2007) Tesis de Maestría: Las prestaciones de los geriátricos en la provincia de Buenos Aires. El caso de los Hogares de la Plata y Chascomús. En: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/29366/Documento_completo_.pdf?sequence=1 (consulta noviembre 2015)
- Danel, P (2016) Tesis de Doctorado: Las intervenciones de los trabajadores sociales en el campo de la discapacidad. Facultad de Trabajo Social. UNLP <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/55154>
- De Sousa Santos B (2006) Renovar la teoría crítica y reinventar la emancipación social. Clacso, bs As
- De Sousa Santos, B. (2010) Descolonizar el saber, reinventar el poder. Uruguay: Trilce Editorial.
- Femenias y Soza Rossi (2012) “La esperanza de Pandora: del tiempo de los filósofos al tiempo de las mujeres” En: Domínguez Mon, Ana; Mendes Diz, Ana María; Schwarz, Patricia y Camejo, Magdalena (Comp.) (2012), Usos del tiempo, temporalidades y géneros en contextos. Buenos Aires, Editorial Antropofagia, Bs As
- Funes, J y Ray (2001) El acompañamiento y los procesos de incorporación social. Guía para su práctica. Gobierno Vasco: Federación Sartu
- K. Crenshaw Williams (1989) Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Anti-discrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics University of Chicago Legal Forum (1989),
- Larrosa, (2014) Deseo de realidad. Algunas notas sobre experiencia y alteridad para comenzar a desenjaular la investigación educativa. En: Material didáctico del Diploma Superior de Pedagogías de las Diferencias Flacso.
- Laurence Cornu (2008) Lugares y compañías. En Jorge Larrosa (ed.) Entre nosotros. Sobre la convivencia entre generaciones. Editorial: Fundación Viure i Conviure. Barcelona
- Liliana Suárez, Emma Martin y Rosalba Hernández (coords. (2008) Feminismos en la antropología: nuevas propuestas críticas. Editado por Ankulegi antropología. Elkartea. Pais Vasco
- Matus Sepúlveda, Teresa. (2006) Apuntes sobre intervención social. Material del seminario «Propuestas contemporáneas en Trabajo Social». Mendoza, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional de Cuyo, Mayo de 2006
- Nussbaum, M (2012) Las fronteras de la justicia. Paidós, Bs As
- OEA (2015) Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp
- Oliva, A (2006) Antecedentes del trabajo social en Argentina: asistencia y educación sanitaria. En: Trabajo Social No. 8, (2006) páginas 73-86 Revista del Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia
- Paola, J, Tordo N y Danel P -Comp. -(2015) Mas mayores, más derechos. Diálogos interdisciplinarios sobre vejez. EDULP, La Plata

APORTES DE LAS TEORÍAS CRÍTICAS AL PROCESO DE VEJEZ Y ENVEJECIMIENTO EN LOS ACTUALES CONTEXTOS DE LAS SOCIEDADES MODERNAS DESDE LA PERSPECTIVA SOCIO-HISTÓRICA DE LA CONSTRUCCIÓN DE SUBJETIVIDADES.

Prof. Teresa Dornell⁸

Área de Vejez. Departamento de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales.
Universidad de la República.

RESUMEN

Este ensayo pretende abordar las discusiones generadas en los procesos de transición de la modernidad hacia la postmodernidad, en el sentido de los quiebres epistémicos que escinde al sujeto del objeto, al individuo de la sociedad, al interior psíquico del afuera social, a la esfera privada de la esfera pública. Esto refiere a la ruptura ocurrida en la crisis de la modernidad que induzco a la explosión del sujeto (De Brasi, 1990), al desfondamiento de sociedades estalladas (Fernández, A; 2007).

Es así, que los campos de conocimiento de las disciplinas fueron construyendo debates en torno al pasaje del enfoque bio-psico-social, que aún perdura en los saberes y prácticas de las profesiones, hacia una mirada de la producción sociohistórica de la subjetividad y con esto la aparición de movimientos de expresión en el reconocimiento de las vejeces y envejecimiento y sus potenciales transformaciones.

Se abordará las complejidades de las vejeces y el envejecimiento a través de la producción de subjetividades, en el entendido de los pliegues de afuera hacia adentro (Foucault, 1966), que afrontan a las prácticas sociales como distintivas de prácticas de poder y a las prácticas epistémicas como representaciones de la creación de esos saberes.

En síntesis, lo que se pretende es comenzar una recorrida hacia la configuración de la construcción de subjetividades en esta área temática desde una mirada plural y polifónica (Bajtín, 1990), con el aporte de apuestas ontológicas históricas presentes y rastreos de la recorridas históricas, mediadas por los relacionamientos de las dimensiones de saber, poder y subjetivización (Foucault, 1990), que habilitan a pensar a este campo de conocimientos y experiencias como campo de turbulencias, de problemas a complejizar, de temas a interpelar desde lógicas colectivas emancipadoras, que intentan des-disciplinar y des-naturalizar.

⁸ Correo electrónico: teresadornell@hotmail.com

Algunos trazos de tensión

“Hace falta ver la complejidad allí donde ella parece estar, por lo general, ausente, como, por ejemplo, en la vida cotidiana”. “...la vida cotidiana es, de hecho, una vida en la que cada uno juega varios roles sociales,...”, “... cada ser tiene una multiplicidad de identidades, una multiplicidad de personalidades en sí mismo, un mundo de fantasmas y de sueños que acompañan su vida”.

Edgar Morin (1995, Cap.IV)

El presente trabajo es un ensayo de carácter indagatorio que centrará su análisis reflexivo en las discusiones que se han generado en los procesos de transición de la modernidad hacia la postmodernidad, en el sentido de los quiebres epistémicos y sus configuraciones en la construcción de subjetividades en el área temática de vejez y envejecimiento.

Cuando se aborda la cuestión de los quiebres epistémicos, se hace alusión a la presencia de obstáculos, que traducen tensiones entre los conocimientos históricamente adquiridos y los nuevos que van apareciendo.

Las resistencias que se presentan entre las fuerzas que concentran a los conocimientos antiguos y las fuerzas que aparecen en los nuevos ofician como desafíos en los procesos de vejez, en el entendido de cuestionamientos de como situarse frente a las nuevas nociones interpelantes de esa realidad.

Lo que se pone en debate es la manera en como las personas fueron produciendo y adquiriendo esos conocimientos que se presentaban como coherentes y correctos para responder el accionar cotidiano de los retos en el diario vivir, frente al cómo se irán introyectando los nuevos que se están construyendo y sobrevendrán a los añejos en esa cotidianidad.

La aparición de estas contradicciones en los conocimientos adquiridos y aceptados socialmente frente a los nuevos que se comienzan a aprender, generan en los viejos comportamientos que pueden llevar a provocar distancias intergeneracionales, o sea, desavenencias comunicacionales con las generaciones venideras.

Las divergencias comunicacionales conllevan a que se interpielen las desviaciones que se producen en los procesos de socialización primaria como secundaria. Si bien, la socialización primaria hace referencia a como los diferentes grupos de edades internalizan la realidad en el mundo de la vida cotidiana y así logran adquirir los conocimientos; en la socialización secundaria, las personas necesitan de los mantenimientos para esa realidad (articulación de los mantenimientos de rutinización y de los situacionales en las crisis).

El procedimiento que evitaría tensionar estos procesos de socialización primaria como secundaria que irrumpen en los consensos comunicacionales entre las generaciones sería el dialogo como mediación que preservar la continuidad del mantenimiento de esa realidad compleja, contradictoria y en continuo cambio.

Los aportes de Blumer (1982), sobre la interacción de las personas se vuelven enunciados a destacar, en especial cuando se abordan los mantenimientos de los procesos de socialización, al considerar que las personas actúan sobre los significados, significados que se adjudican

a un dialogo, significados que se construyen como productos producidos por la personas en esa interacción dialógica, conllevando a un proceso de interpretación interrelativa de la diversas situaciones que se van vivenciando en ese cotidiano y le dan sentido a esas formas de pensar, sentir y actuar.

Así, la noción de sentido en la modernidad, se presenta como una expresión argumentativa que está dada por la prevalencia del discurso colectivo bajo un mismo testimonio cuyo escenario le brinda a los viejos seguridad y estabilidad, mientras que en la postmodernidad por la diversidad del discurso- en especial de las minorías, como expresión de derechos adquiridos y conquistados, les permite expresarse desde una concepción pluralista, adquiriendo connotación de inestabilidad desde la dimensión de riesgo en la vida social.

La vida social se desenvuelve de manera vertiginosa y enmarañada en situaciones críticas, confusas y caóticas, en donde las representaciones organizativas reproducen lógicas creadoras que confluyen entre el orden y el caos (desorden) de una dialéctica en constante cambio.

Estas transformaciones sustantivas de la vida y del mundo, crean y recrean esa tensión antagónica y complementaria del par dialéctico orden- desorden, como punto de partida y como punto de llegada de esas coproducciones simultáneas y recíprocas que permean e inundan las tradiciones y producciones de sentido no sólo de las sociedades, sino con un énfasis singular en la vejez.

Los conocimientos como productos producidos por los sujetos, son creación de la actividad humana, por ende son construcciones colectivas, que se elaboran en esos inter-juegos comunicacionales de los procesos relacionales de los sujetos entre sí, del nosotros con los otros.

Esos productos construidos no son sólo sociales y culturales sino que son producciones político- históricas del obrar de los sujetos en su vida social. El pensar la vejez desde esta perspectiva nos permite socialmente superar los mitos y prejuicios que se reproducen culturalmente en las sociedades modernas contemporáneas, recuperando a través del dialogo los caudales histórico- políticos de estas generaciones.

En la modernidad, los conocimientos son productos producidos por un sujeto creador, un sujeto o un conjunto de sujetos (personas), que los adquieren por la apropiación de los componentes centrales que nos brinda ese objeto/s que va a ser estudiado investigado-indagado. Aquí, el sujeto cognoscente es aquel que realizará una serie de acciones articuladas, condicionadas por el contexto socio- político y cultural que le brindará direccionalidad a la actividad práctica investigativa. El contexto oficiara de ordenador de los conocimientos, en tantos textos caóticos que interpelan la realidad.

En la postmodernidad los conocimientos surgen de acciones que los sujetos realizan a partir de prácticas procesuales que se construyen y reconstruyen en esa realidad de permanente cambio y transformación. Los textos en estos contextos de cambios, producirán estructuras de pensamiento a partir de las intersubjetividades de los sujetos.

Es así, que en la postmodernidad se hace alusión a la destrucción de las narrativas dominantes, donde el sujeto (en el proceso de vejez) comienza a incursionar en un mundo cuyo

sentido comienza a ser sin sentido y la primacía de las representaciones empiezan a ser interrogantes de lo cotidiano que se fragmentan.

En los contextos del devenir post-moderno los sujetos se van sintiendo vencidos por la incertidumbre de un mundo en constante movimiento y fragilidad, que sí bien les hace sentir escuchados y ubicados en el mundo, a su vez, los hace vivir en continua ambigüedad e inestable de los acuerdos sociales consensuados, apareciendo así, nuevas recorridas y trayectorias en el curso de vida de las/los viejas/viejos.

Trayectorias posibles en la construcción subjetividades

“...Cuando nos preguntamos cuál es la característica fundamental de este final de siglo, debemos responder que es el énfasis en la inestabilidad, la evolución y las fluctuaciones, rasgos que podemos encontrar en todos los niveles, tanto en la sociedad como en la ciencia. No podemos trasladar descuidadamente modelos de una disciplina a otra, porque la actividad humana está siempre en la frontera entre lo que sabemos, lo que podemos hacer, lo que aspiramos y nuestras potencialidades. Siempre estamos eligiendo; esa es la razón por la que es tan importante enriquecer la gama de posibilidades y desarrollar nuevas utopías al final de este siglo, que hagan posibles nuevas elecciones...”. Ilya Prigogine (apud Najmanovich, 2001:5,6)

El abordar la temática de la escisión sujeto en el objeto, como al individuo de la sociedad, al interior psíquico del afuera social, a la esfera privada de la esfera pública, refiere a una ruptura ocurrida en procesos de crisis de la modernidad que induzco a la explosión del sujeto (De Brasi, 1990), al desfondamiento de sociedades estalladas (Fernández, A; 2007).

La crisis es definida como la disyuntiva de diversas facetas o miradas de una misma realidad, es el posicionamiento crítico y complejo de los sucesos que acaecen en la vida en sociedad. Las crisis puede ser entendida como crítica (sustantivo que proviene de esa palabra), como recorridas distintas y de variada elección sobre tópicos similares, que permiten el reconocimiento de posibilidades dispersas de comprensión de elementos a interpelar o conocer.

La crítica aparece así como un componente inherente a las formas de producir conocimientos de los sujetos en referencia a diversos objetos, colocando las distancias pertinentes entre los conocimientos producidos por las ciencias en general de aquellos otros tipos de conocimientos que los sujetos producen en el accionar de sus prácticas sociales.

Al retomar la problematización del par dialéctico complementario como contradictorio de sujeto- objeto, se debe iniciar esta interpelación presentando el desvanecimiento del mismo, en el entendido que el objeto es parte del sujeto, pero a su vez, se desprende de ese sujeto y pasa a ser lo que se encuentra fuera de él, aunque fue parte de él, pero ya no lo es. El sujeto hace recuerdo a aquello que ha estado y está sujetado al objeto, aunque ese objeto esta suelto, puede desprenderse de él y modificarlo parcial o totalmente.

En el objeto las huellas, en tanto trazos del sujeto quedan impregnadas, por eso el objeto es un producto de una acción social que intenta objetivar, de-subjetivando al sujeto en esa relación procesual.

En Guzmán. Fernández (2007,109): “El sujeto y el objeto se presentan como dos componentes que están en constante movimiento, oponiéndose, comprometiéndose, separándose, modificándose en un movimiento que se inicia por la voluntad del sujeto que desea el conocimiento, pero que en realidad continúa repetidamente, hasta que aquel adquiere un conocimiento cada vez más completo y profundo sobre el tema o problema”.

El sujeto o los sujetos a través de las narrativas discursivas, conciben valoraciones en la comprensión de los objetos que indagan en tanto verdades o pensamientos consensuados, que emiten juicios. Si estos elementos comunicantes presentan una connotación negativa en referencia a un constructo social, o sea, categoría analítica aportarán a fundamentar las prácticas discriminatorias sustentadas por juicios – prejuiciosos, como ocurre en los constructos sociales que las sociedades modernas han construidos en torno a la vejez (mitos en la vejez) y el proceso de envejecimiento.

Un ejemplo, a destacar de lo anteriormente explicitado es la etapa del retiro laboral (prejuubilación- jubilación) en donde las/los viejas/viejos al acercarse la misma comienzan a sentir emociones encontradas de pérdidas de lugares históricamente conquistados y reconocidos para pasar a ocupar roles devaluados, con una carga negativa en los imaginarios sociales de producción económica o de aportes en lo cotidiano de la sociedad. No logra visualizarse como un sujeto activo y creador, con riquezas en la acumulación de experiencias y de proyecciones imaginativas que permiten desbordar los límites en la producción de sentidos.

El concentrar la escucha en la persona, en su historia, en sus relaciones sociales y su ambiente cotidiano, como sujeto y no sólo como objeto de potencial estudio, es un posicionamiento que reconoce la acción de los sujetos, en tanto, prácticas sobre el mundo, que vuelven a colocar la premisa de que la construcción del conocimiento no es solamente un producto histórico, sino que también es una producción colectiva y dialéctica, de las personas en interacción continua con otros.

Algunas corrientes (especialmente en el campo de la Psicología Social) pretenden superar la falsa dicotomía sujeto- objeto, introduciendo una versión triangular en esa relación, planteando que el sujeto es una unidad con des-dobleza, es un sujeto en sí, un sujeto individual (se podría asociar al termino “ego”), pero su existencia individual esta conferida a la necesidad de encuentro con los otros para así poder desarrollarse y vivir, y es en esa relación que se constituye en un sujeto para sí, o sea, en un sujeto social, convirtiéndose ese sujeto en la unidad de la diversidad (tendría correlato con el “alter ego”). En esa relación triangular falta un tercer elemento a enunciar que es el objeto, que oficia de componente mediador entre el sujeto único y los sujetos colectivos.

Las multiplicidades de procesos interaccionales del sujeto con otros sujetos y con el objeto se traducen en alteraciones, en tanto, variantes que van moldeando, en el entendido de formar, los comportamientos de los sujetos. Estas prácticas individualizadoras y distintas del ser

social, se constituyen en ese devenir en prácticas que afectan los pareceres y las opiniones, dándole una dinámica a la interacción social de superación de esas prácticas estacionarias o fragmentadas que no habilitan la aparición de prácticas sociales transformadoras.

Por eso, se expresa que para comprender los procesos interaccionales en la triangulación sujeto- sujeto, sujeto- sujetos y sujeto- objeto es necesario conocer los mecanismos de facilitación social (desenvolvimiento para aprender respuestas en lo cotidiano) e influencia social (adopción de ideas y comportamientos de grupos de presión).

Si lo anteriormente explicitado se piensa en la esfera de la Vejez y envejecimiento, la noción de sujeto en situación, comienza a cuestionarse y se pone en discusión por:

(i) que el dualismo existente entre objeto a ser estudiado y conocido por un sujeto individual cognoscente, que pretende conocer a ese objeto, aparece como estático (premisa de superación del dualismo).

(ii) que el sujeto en sí y con otros sujetos y objetos no son manifestaciones atemporales, sino situados histórico- socialmente (premisa de superación de lo ahistórico).

En vejez esta premisa adquiere una valoración primordial, ya que las personas viejas son autores de ese devenir histórico, en el cual están en interacción constante y pasan a su vez a ser a su vez protagonistas (actores al decir de Alain Touraine, 1987) de esas historias vivenciadas, narradas y reconstruidas.

(iii) que los campos de verdades universales o esenciales, como campos de saberes únicos y acabados, son interpelados por campos de tensión entre certeza e incertidumbre existencial, entre verdades precisas y determinadas por verdades múltiples, por verdades de universos inacabados (premisa de superación de verdades únicas y absolutas).

El abordaje de la temática de Vejez se ha puesto en interpelación y ya no se habla de vejez sino de vejezes en el sentido de nuevos pliegues como zonas de incertidumbre a navegar y conocer en esta etapa del curso de vida.

Lo que se pretende expresar es que lo anteriormente discutido debe permitirnos iniciar un recorrido en tanto caminos en el contexto del descubrimiento que habilite el movimiento inacabado de hacerse y re-hacerse, de conocer y re-conocer, de posición sin imposición, que abra las puertas a maneras de pensar diversas, diferentes y distintas sobre temas o eventos similares.

El replanteo de las lógicas imperantes de los discursos instaurados hacia narrativas críticas (en el sentido de crisis del orden establecido) permiten a las profesiones que trabajan en el campo de la vejez y envejecimiento construir espacios conversacionales, en donde los valores se van construyendo y de-construyendo hasta lograr otras construcciones que generen nuevos cuadros axiológicos.

Es a partir de ese dialogo/s continuo/s y permanente/s como sujetos cognoscentes (determinados por la cultura y las relaciones sociales particulares de la época) con las viejas y los viejos de nuestras sociedades que se originan nuestros compromisos y responsabilidades ética, sociales y políticas como profesionales.

Es así, que los campos de conocimiento de las disciplinas fueron construyendo debates en torno al pasaje del enfoque bio-psico-social en la mirada del sujeto a conocer, que aún perdura en los saberes y prácticas de las profesiones, hacia una mirada de la producción socio-histórica de la subjetividad de lo sujetos y con esto la aparición de movimientos de expresión en el reconocimiento de las vejeces y envejecimiento y sus potenciales transformaciones.

La provocación en las interpelaciones discursivas

“La interpretación no es ninguna descripción por parte de un observador neutral, sino un evento dialógico en el cual los interlocutores se ponen en juego por igual y del cual salen modificados; se comprenden en la medida en que son comprendidos dentro de un horizonte tercero, del cual no dispone sino en el cual y por el cual son dispuestos”.

Vattimo (1991:61,62)

Las interpelaciones discursivas en la producción de conocimiento en las profesiones deberían reedificar la producción socio-histórica de la subjetividad como espacio instituyente de construcción de relaciones dialógicas en la vida humana.

Esas interacciones de dialogo se desarrollan en un escenario contextual que es la vida social, en el sentido de espacio de la realidad socio-cultural del diario vivir, del aquí y ahora, el cual para su comprenderlo no se debe olvidar que esta signado por el ayer que lo creo y el futuro que lo reproducirá o cambiara.

Por eso, en los procesos intersubjetivos de la realidad social la reivindicación comenzara a proceder como medio para la comprensión reflexiva y crítica de consensos y disensos de acceso a los conocimientos, sin desconocer las implicancias que estos procesos representan. La reivindicación de lo intersubjetivo, lo significativo y lo particular son prioridades analíticas en la comprensión de la realidad social, mediada bajo un carácter emergente de una dinámica heurística.

El abordaje de las complejidades de las vejeces y el envejecimiento a través de la producción de subjetividades, en el entendido de pliegues de afuera hacia adentro (Foucault, 1966), que afrontan a las prácticas sociales como distintivas de prácticas de poder y prácticas epistémicas como representaciones de la creación de esos saberes, surgen como principios orientados del quehacer de las profesiones.

El movimiento de indagación para comprender, desentrañar, y dilucidar lo que empieza a emerger en la vejez y el envejecimiento, prepara a las profesiones en una incursión de caminos o recorridas trayectoriales donde el descifrar y desembrollar se constituyen en hitos interpelantes de las pluralidades complejas.

En ese movimiento de afuera hacia adentro entre las partes singulares y el todo universal se identifican, uniendo y separando (unidad de la diversidad) las implicancias de esos complejos nudos (complejidad) que conforman ese mapeo interrelacional de múltiples connotaciones.

La complejidad, en Morin (1995, 35), es un “tejido de constituyentes heterogéneos inseparablemente asociados, que se caracteriza por presentar la paradoja de lo uno y lo múltiple. La complejidad es el tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares, que constituyen nuestro mundo fenoménico”.

La complejidad requiere que se renuncie a un único saber certero, aceptando por ende la finitud e incompletud de los conocimientos producidos por ese sujeto cognoscente sobre un potencial objeto a conocer.

Este proceso mixto de pretender desvincular lo vinculante pero a su vez de des-unir lo adosado de las narraciones, con la intencionalidad de entrar consintiendo y salir emergiendo de esos plexos, logra posicionar a las profesiones en desafíos críticoreflexivo no solo de las experiencias acumuladas de las/los viejas/viejos, sino de las deliberaciones internalizadas que ellas/ellos enuncian en ese compartir.

En síntesis, lo que se intenta es comenzar una recorrida hacia la configuración de la construcción de subjetividades en esta área temática desde una mirada plural y polifónica (Bajtín, 1990), con el aporte de apuestas ontológicas históricas presentes y rastreos de la recorridas históricas, mediadas por los relacionamientos de las dimensiones de saber, poder y subjetivización (Foucault, 1990), que habilitan a pensar a este campo de conocimientos y experiencias como campo de turbulencias, de problemas a complejizar, de temas a interpelar desde lógicas colectivas emancipadoras, que intentan des-disciplinar y des-naturalizar.

Referencia bibliográfica

- Bajtín, M (1990). El problema de los géneros discursivos. En: Estética de la creación verbal. Siglo XXI, México.
- Blumer, H (1982). El interaccionismo simbólico: perspectivas y método. Editorial Hora, Barcelona, España.
- Brasi, JC de (1990). Subjetividad, grupalidad, identificaciones. Apuntes meta-grupales. Búsqueda/Grupo Cero, Buenos Aires.
- Fernández, A (2007). Las lógicas colectivas. Imaginarios, cuerpos y multiplicidades. Buenos Aires. Biblos.
- Foucault, M (1966). El pensamiento del afuera. 4a ed., París, Pre-textos.
- Gurdián-Fernández, A (2007). El Paradigma Cualitativo en la Investigación Socio Educativa. Coordinación Educativa y Cultural Centroamericana (CECC). Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI). Colección: Investigación y Desarrollo Educativo Regional (IDER). San José, Costa Rica.
- Ibáñez, J (1985). Del algoritmo al sujeto. Perspectivas de la investigación social. Madrid: Ed. Siglo XXI.
- Ibáñez, J (1994). El regreso del sujeto. La investigación social de segundo orden. Madrid: Siglo XXI.
- Morín, E (1988). El método. La vida de la vida. Madrid, Cátedra.
- Morin, E (1995). Introducción al pensamiento complejo. Barcelona, Gedisa.
- Moscovici, S (1986). Psicología Social. Introducción: el campo de la psicología social. Editorial Paidós, Barcelona.
- Najmanovich, D (2001). La complejidad de los paradigmas a las figuras del pensar. Presentado en el Primer Seminario Bienal de Implicaciones Filosóficas de las Ciencias de la Complejidad. La Habana, Enero 2001. Publicado en la Revista Emergence (en prensa). www.pensamientocomplejo.com.ar
- Najmanovich, D (2001) Entrevista a Ilya Prigogine: ¿Nuevos Paradigmas? Zona Erógena. N° 10 http://www.educ.ar/educar/servlet/Downloads/S_BD_ZONAEROGENA10/ZE_1006.PDF
- Touraine, A (1987). El regreso del actor. Editorial Universitaria de Buenos Aires, Argentina.
- Vattimo, G (1991). La ética de la interpretación. España: Ed. Paidós.

CAPÍTULO 2
PERSPECTIVA
ARGENTINA Y
LATINOAMERICANA
DE TRABAJO SOCIAL
EN EL CAMPO
GERONTOLÓGICO

ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE EL PARADIGMA ASILAR Y DERECHOS HUMANOS. UNA EXPERIENCIA EN LA CIUDAD DE QUILMES.

Mg. Gaviglio⁹, Andrea; Lic. Adur, Gabriela¹⁰; Esp. Lic. Finauri M. Laura¹¹

RESUMEN

Los Derechos Humanos son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua o cualquier otra condición. Todos tenemos los mismos derechos humanos sin discriminación alguna, estos derechos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles. (Naciones Unidas).

Los Derechos Humanos se encuentran establecidos en distintos tratados y convenciones internacionales que la Argentina, y otros países, se han comprometido a respetar. La legislación positiva argentina no puede contradecir los principios, postulados y mandatos de los tratados internacionales celebrados por el gobierno federal y ratificado por el Congreso de la Nación. Aquí entran en juego tanto los tratados y convenciones que cuentan con jerarquía constitucional (es decir, los que se encuentran detallados en el Artículo 75, inciso 22 de la Constitución) como los que no tienen rango constitucional. A los fines del presente trabajo, interesa destacar, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, y como esta se contrapone con las realidades institucionales preexistentes, como son los hogares de ancianos (paradigma asilar) o las residencias, pequeños hogares (paradigma de derechos humanos).

A pesar de contar con normativas y convenciones que proporcionan un cambio sustantivo entre el paradigma asilar y el de derechos, todavía se advierte la falta de conocimiento y la puesta en marcha de modos de ser y actuar de quienes conducen las gestiones políticas, y por otro lado, las acciones hacia dentro de las propias instituciones abocadas a la atención de los adultos mayores. Es en la intersección de estos modelos antagónicos, donde queremos reflexionar y comentar la experiencia que se viene realizando en un hogar para “ancianos” del partido de Quilmes.

⁹ Correo electrónico: agaviglio@unq.edu.ar

¹⁰ Correo electrónico: gabiadur@hotmail.com

¹¹ Correo electrónico: mlfinauri@unq.edu.ar

Introducción

Comúnmente, la vejez se asocia a una falta de capacidad. Las personas mayores pueden ser concebidas, como aquel grupo carente de Independencia por su condición de edad, generalmente no se las piensa como ciudadanos, con una representación activa, sino muchas veces, como sujetos que deben ser cuidados, atendidos, aunque realicen actividades destinadas a mejorar sus capacidades individuales. En algunas ocasiones se encuentran excluidos de tareas, que bien pueden realizarlas de manera autónoma. Se da como efecto que, las personas mayores experimentan un ejercicio limitado de la igualdad y la libertad, debido a desigualdades explícitas —en cuanto a situación y a derecho— y a que las políticas públicas muchas veces no han tomado en cuenta sus necesidades (Naciones Unidas, 1995 a).

El enfoque de derechos humanos alienta a conciliar las necesidades e intereses de todos los grupos para avanzar hacia una plena integración social, donde cada persona, con independencia de su edad, pueda ejercerlos plenamente y con responsabilidad, y lograr una función activa en la sociedad. Ante esta forma de pensar al sujeto social, que reclama un tratamiento particular en razón de su edad, e introduce nuevas reivindicaciones para el reclamo de que los derechos humanos, sean parte de los hábitos cotidianos que desarrolla una sociedad.

La excepción estaría dada cuando la persona mayor, como cualquier otra, padece alguna patología que impide o merme su juicio. Cualquier limitación sólo puede ser admitida si es sometida a un delicado, profundo y exhaustivo estudio médico, psicológico y jurídico.

Empezar a mirar a esta población alejándonos de la mirada asilar arraigada desde hace muchos años en nuestro país, nos lleva a entender que las personas no son objeto de intervención; el cambio de paradigma de referencia obliga al cambio de terminología, ya que la palabra nombra y determina ideologías. Es así que quienes antes eran “beneficiarios” de planes y programas sociales, en nuestro país hoy son “titulares de derechos”.

A pesar de que la Argentina no tiene una ley nacional que proteja específicamente a los adultos mayores, nuestro país adhirió a diversos protocolos internacionales sobre los derechos de este sector. Uno de los primeros fue en 1982, la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento en la que se adoptó el Plan de Acción Internacional de Viena reconociéndose que los adultos mayores deben disfrutar este proceso de la vida junto a sus familias y en sus comunidades de forma plena, saludable y satisfactoria

Otro de los acuerdos internacionales más recientes, fue la III Conferencia Intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe que se realizó en mayo de 2012. En esta Conferencia los Estados miembros de la CEPAL (Comisión Económica para América Latina) adoptaron la Carta de San José de Costa Rica sobre los Derechos de las Personas Mayores y se comprometieron a reforzar la protección de los derechos humanos de ellos.

Recientemente con la sanción de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, adoptada por la Organización de los Estados Americanos (OEA) en el año 2015, este instrumento internacional de Derechos Humanos, constituye un gran avance y junto a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad instituye la segunda Convención Internacional del siglo XXI.

Como se podrá advertir, todos estos derechos de la Convención deben ser garantizados por el Estado Argentino, sin embargo, a pesar de las normativas adoptadas se los considera vulnerables (de allí su especial y necesaria atención y protección) se los sigue relegando y muchas veces ignorando como si fueran personas invisibles o que no aportan al sistema.

Que más esta decir de las instituciones que están al “cuidado” como son las residencias de larga estadía, las cuales, son las herederas de los antiguos “asilos de ancianos”, que surgieron para dar respuesta a las necesidades de las personas mayores, quienes por diversas circunstancias (falta de recursos económicos o de redes familiares y sociales) no podían seguir viviendo en sus propios domicilios. Estos “asilos” partían de una mirada asistencialista en donde los “ancianos” eran objeto de atención y cuidados.

El modelo actual, basado en el paradigma de los derechos, considera a las personas mayores que viven en una residencia de larga estadía seres capaces de tomar sus propias decisiones y de sentir la residencia como su propio hogar.

¿Cómo cambiar de mirada? ¿Cómo diferenciar la mirada entre un paradigma y otro? ¿Cómo sensibilizar al personal que trabaja en la residencia, hace varios años, frente a esta necesidad de cambio actual, ante las nuevas normativas? ¿Cómo incorporar modificaciones en las funciones y roles establecidos?

¿Cómo se puede alcanzar este equilibrio?

Basándonos en los interrogantes surgidos a través de una mirada crítica de un centro de atención (hogar)¹² ubicado en la localidad de Quilmes con dependencia estatal, y donde las normativas del establecimiento mencionan, que el residente que ingrese, debe poseer las siguientes características; ser autónomo, y no contar con cobertura social, cabe aclarar que en muchos casos, los mismos no tienen ningún tipo de documentación que acredite su identidad.

Basaremos la experiencia realizada, (2013 y continua) sobre las actuaciones con el equipo directivo, profesionales, auxiliares y personal de cuidados.

Bajo la nueva mirada, la atención que se brinde a la persona mayor tiene que ser integral, es decir, tener en cuenta a la totalidad de la persona. Por lo tanto ha de incluir la atención asistencial, de vivienda y manutención, aspectos sociales, médicos y psicológicos, organización del tiempo libre, cultura y bienestar, pues todos son aspectos de la vida del hombre que deben ser proporcionados a la totalidad de los residentes.

Este modo de pensar sobre y hacia la persona, (que estaba al cuidado), produjo rigideces entre la dirección y el personal, y viceversa, que luego de un periodo de tiempo pudieron comprender y ser actores involucrados del mismo proceso.

Incorporar reglamentos, normas de convivencia que los mismos residentes fueron protagonistas de la gestión, no para todos era algo cotidiano, coherente ni mucho menos equitativo y pertinente.

¹² Cabe mencionar que el siguiente ejemplo planteado, cambiara su nombre, dejando de ser un Hogar de Ancianos, para ser una residencia para Adultos Mayores.

La metodología de trabajo fue a través de reuniones con el equipo de profesionales, auxiliares, y personal en general de la institución, utilizando material de lectura de diferentes autores, que dieran cuenta del lugar en el cual trabajaban. La elección no fue sencilla, pues debía ser una lectura para la elaboración de cuadernos didácticos, accesible y fácil del comprender. Entre los autores seleccionados se encuentran: *Erving Goffman*¹³ en el cual trata de entender los procesos de relación que se establecen en las comunidades cerradas, es decir, las que califica como “instituciones totales”, aquellas que tenían que ver con el encierro de las personas.

Los estudios se basaron en las unidades mínimas de interacción entre las personas, centrándose siempre en grupos reducidos, diferenciándose así de la mayoría de estudios sociológicos que se habían hecho hasta el momento, siempre a gran escala, Goffman junto a Max Weber, Durkheim y Mead, fue uno de los sociólogos del Siglo XX mas importantes sobre cuyos pasos trató de profundizar en una sociología más interesada en los procesos micro-sociales de interacción. Este era su interés central como teórico del interaccionismo simbólico, estudiar la influencia de los significados y los símbolos sobre la acción y la interacción humana. “Una Institución Total puede definirse como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período prolongado de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente”.

Las relaciones sociales que se desenvuelven en este tipo de Instituciones actúan remarcando la distancia con el mundo exterior. Los rituales institucionales refuerzan a su vez esta dirección de las relaciones, a modo de ejemplo podemos mencionar, horarios preestablecidos para cada uno de los hábitos de la vida diaria, como ser el desayuno, almuerzo, baño y vestido. Es decir, el proceso de Institucionalización tiende a la despersonalización individual y colectiva de las personas.

Las relaciones de poder de los “internados” están signadas por los poderes diferenciales instituidos. Estas jerarquías promueven a su vez la conformación de grupos rivales. En muchas ocasiones el personal se refiere a los internos con apodos y seudónimos que marcan la distancia entre los grupos y los estigmatiza. La palabra “internado” tiene toda una connotación simbólica, por ello fue utilizada como primer concepto a trabajar. ¿Cómo modificar el concepto de internado/interno al de residente? donde la relación entre los “internados” era pobre, escasa y conflictiva. Lejos de promover la solidaridad, la convivencia y los derechos.

Paulatinamente al material de lectura, se trabajaba junto a los residentes para que fueran ellos mismos, parte de este proceso de cambio que se iniciaba. Cabe mencionar que cada una de estas propuestas no estaban implementadas en el hogar, como ser: derecho a recibir visitas, contactar a un familiar, reunirse con personas fuera del ámbito institucional, por ejemplo algún amigo/a, tener privacidad durante sus visitas o reuniones, hacer llamados telefónicos, recepción de correspondencia, privacidad tanto en su habitación como durante el baño, disfrutar de la sexualidad dentro o fuera de la institución, decidir y participar en actividades de su interés, como las actividades sociales, religiosas, cívicas y/o comunitarias,

¹³ Erving Goffman: Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1972

poder presentar una queja de la institución y evaluar la atención de la misma, recibiendo siempre un trato digno y respetuoso, por parte del personal y del resto del grupo de pares.

A su vez es importante mencionar las políticas públicas llevadas a cabo a través del Estado nacional, e implementadas a través de los diferentes organismos gubernamentales, como la Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES)¹⁴, Ministerio del Interior, (acreditación de identidad), restituyendo los derechos, como por ejemplo, derecho a la identidad, derecho a una jubilación o pensión, al obtener uno de estos beneficios se favoreció el derecho a decidir sobre su propio dinero.

Conclusiones finales

Fue imprescindible, en primer lugar, estar dispuestos a introducir cambios en las estructuras residenciales y, en segundo lugar, a otorgar a los derechos la importancia que les corresponde.

En cuanto a lo primero, tenemos en cuenta que no se trata de cambiar las cosas que se hacen, sino de hacerlas de otro modo, con otro espíritu, y la única manera de conseguirlo consiste en centrar la atención en los elementos directamente relacionados con la vida cotidiana y en tratar de definir si las pautas de organización y funcionamiento garantizan o no, en las distintas áreas de aplicación, el respeto de los derechos básicos para que las personas, adultas mayores, tengan realmente la oportunidad de seguir siendo ellos mismos y de seguir eligiendo, en lo posible, su forma de vida. Teniendo en cuenta esta premisa, la convivencia paulatinamente mejora. Casi siempre mejoras difíciles de medir en términos sustantivos, pero se reflejan en el ambiente del lugar, en la satisfacción de quienes allí viven y trabajan y en el hecho, no despreciable, que dejan de aparecer como un conjunto homogéneo de personas a atender, únicamente diferenciadas por su mayor o menor grado de dependencia.

En cuanto a la necesidad de insistir en otorgar a los derechos la importancia que les corresponde, es tanto más pertinente, cuanto que las mejoras observadas en los últimos tiempos en el medio residencial, en particular, la mayor incidencia en la individualización de la atención, podrían llevarnos a creer, que ya se cumplen.

Uno de los desafíos centrales es determinar la forma de contribuir a la construcción de una sociedad con capacidad para todas y todos, donde las personas, con independencia de su edad o de otras diferencias sociales, tengan las mismas oportunidades para hacer efectivo el respeto y ejercicio pleno de sus derechos humanos y libertades fundamentales.

Referencia bibliográfica

Centro de Documentación y Estudios. Los derechos de los residentes y las especificidades del medio residencial. ¿Cómo compagnarlos? 2001.

Erving Goffman: Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1972.

Fernández López, E. (1998). La Mejora del Clima Afectivo en Residencias para Mayores. Universidad Nacional de Córdoba.

Huenchuan, Sandra. Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas. CEPAL. Santiago de Chile. 2009.

¹⁴ Otorgamiento de pensiones y pensiones no contributivas, para los adultos mayores. <http://www.anses.gov.ar/prestacion/pension-universal-para-adultos-mayores>

Martínez Rodríguez, Teresa. La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Ed. Servicio Central de publicaciones del Gobierno Vasco. 2011.

Naciones Unidas. Envejecimiento y Derechos Humanos: Situación y Perspectivas de protección. Consultado el 17 de agosto de 2016. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3803/lcw353_es.pdf.

Naciones Unidas. Los principales tratados Internacionales de Derechos Humanos. Nuevos tratados. Consultado el 17 de agosto de 2016.

<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/newCoreTreatiessp.pdf>

Organización de los Estados Americanos. OEA. Convencion Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas. Consultado el 17 de agosto de 2016. http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp.

Rodríguez, P. (1999) Residencias para mayores. Manual de orientación. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. IMSERSO. España.

CONSTRUCCIÓN / DECONSTRUCCIÓN DE ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN FRENTE A SITUACIONES DE VULNERABILIDAD DE ADULTOS MAYORES

Natalia Waigand¹⁵; Daniela Broeders¹⁶

RESUMEN

El presente trabajo propone problematizar las estrategias de intervención que se llevan adelante con Adultos Mayores en situaciones de vulnerabilidad, desde el equipo interdisciplinario de la Dirección de Promoción, Protección y Restitución de Derechos de Personas Adultas Mayores del Municipio de Quilmes. Ante la diversidad de situaciones que llegan a nuestra Dirección y son abordadas por nuestro equipo, se podrán de manifiesto las tensiones que se constituyen y construyen los procesos de intervención.

Se puede ubicar una primera tensión en la definición de la demanda donde en muchas ocasiones es compleja, y en muchas otras, se vuelve el objetivo de un abordaje.

Cuando la vulneración de derechos es extrema, quienes demandan la asistencia suelen ser vecinos conmovidos y, a veces, cansados de ciertos escenarios. Estos realizan la lectura de la situación según su historia personal, valores, costumbres y contexto que atraviesan, que muchas veces difiere con la propia percepción del adulto mayor. Ante esta primera tensión, se vuelve necesario comenzar un proceso en el que esta demanda debe ser deconstruida, interpelada y construida nuevamente. Considerando al adulto mayor como protagonista de la situación que habita, y fundamentalmente como titular de derechos.

Una segunda tensión se presenta cuando posicionados desde el paradigma de derechos, comprendemos que la autonomía en la toma de decisiones constituye un derecho fundamental para el adulto mayor. Sin embargo, sucede en muchas ocasiones que su elección es la de no recibir asistencia alguna. Frente a lo cual el ejercicio de este derecho vulnera y obstaculiza todo el resto.

Son múltiples los interrogantes que se abren ante tales tensiones: ¿Qué circunstancias atraviesan tal toma de decisiones? ¿Cuál es el rol del equipo como representación del Estado, si al propiciar el ejercicio de la autonomía, se visualiza un abandono de persona? ¿Cómo construir demanda, considerando la historia de vida del adulto mayor, su identidad, contexto,

¹⁵ Correo electrónico: nataliawaigand@gmail.com

¹⁶ Correo electrónico: danibroe@hotmail.com

rol y deseo, cuando la necesidad no es visible para sí mismo? Profundizaremos estos interrogantes a lo largo del trabajo.

Introducción

El equipo de Restitución de Derechos de Adultos Mayores, surge hace 6 años, ante la necesidad de dar respuesta a la creciente demanda de situaciones problemáticas de adultos mayores y de desarrollar una mirada específica que considerara todas las dimensiones que atraviesan a una persona (bio-psico-social) y las particularidades que esta etapa vital conlleva

Actualmente se compone de tres trabajadoras sociales, una psicóloga, una educadora social y una cuidadora domiciliaria.

Se reciben demandas de lo más variadas que pueden ir desde la orientación básica para acceder a algún beneficio previsional, turnos médicos o situaciones que revisten mayor complejidad, como conflictivas familiares, adultos mayores víctimas de diferentes modalidades de abusos y maltratos, o que se encuentran en situación de exclusión total.

Se vuelve fundamental pensar al adulto mayor en su contexto, son su historia, sus vínculos, herramientas personales y decisiones a lo largo de su vida. Ante lo cual entendemos los fenómenos de exclusión como procesos, que implican una desafectación de las redes sociales que sostienen a la persona, una negación del sujeto y de su pertenencia a una identidad como colectivo. Pensamos los vínculos como esenciales para la vida de todo ser humano, ya que se considera a éste como un sujeto de necesidades, las cuales se van a poder llevar a cabo o no en relación a los otros y al mundo que lo rodea. Giorgi (2006) propone pensar la exclusión como un proceso interactivo de carácter acumulativo en el cual a través de mecanismos de adjudicación y asunción se ubica a personas o grupos en lugares cargados de significados que el conjunto social rechaza y no asume como propios. En el caso de los adultos mayores, estos lugares están cargados de prejuicios, de "viejismo", esto es de valoraciones negativas acerca de la vejez.

Esto lleva a una gradual disminución de los vínculos e intercambios con el resto de la sociedad restringiendo o negando el acceso a espacios socialmente valorados. Dicho proceso alcanza un punto de ruptura en el cual las interacciones quedan limitadas a aquellas que comparten su condición. De este modo el universo de significados, valores, bienes culturales y modelos, así como las experiencias de vida que los sujetos disponen para la construcción de su subjetividad se ven empobrecidos y tienen a fijarlo en su condición de excluido (Giorgi, 2006)

Si bien entendemos cada caso que llega como singular, y adecuamos los procesos de intervención a la particularidad de la realidad que habita esa persona, podemos establecer algunas características comunes de quienes atraviesan estos escenarios de exclusión:

- Manejo del tiempo: La ausencia de proyecto lleva a una suerte de presentismo donde los horizontes temporales son estrechos. Las motivaciones son inmediatas lo cual conlleva a que muchas veces no exista la posibilidad de un pensamiento estratégico que dé lugar a proyectos personales ni colectivos a mediano ni largo plazo.

- Vínculos: vínculos son inestables existiendo una dificultad de reconocer el lugar del otro”. Esto puede asociarse a la ausencia de registro de la experiencia de ser considerados por otros. Damos al otro el lugar que los otros nos dieron a nosotros en las primeras experiencias constructivas de nuestra personalidad. Ajenidad de la sociedad y la política. Los procesos sociales y políticos son percibidos como algo ajeno a su mundo. No despiertan interés en la medida que se considera que su vida no va a cambiar en función de dichos procesos. Esa percepción aparece asociada a la resistencia al cambio, el refugio en la rutina cotidiana. (Amarillo, J. 2015)
- Actitud: frecuentemente se observa una postura de pasividad y resignación. Montero (2004) conceptualiza al respecto que se trata de la convicción íntima de que su vida y su realidad no están en función de factores que él pueda controlar o sobre los que pueda incidir, sino de procesos que se dan en un lugar (locus) externo a su esfera de acción. Es una variedad del fatalismo que lleva al sometimiento y la renuncia al protagonismo del sujeto como agente transformador de su entorno. La exclusión conduce a la ausencia de un lugar, provoca la sensación de no existir, de no ser nadie para los demás. Esto trae aparejado que se configure una subjetividad en la que se genera una baja autoestima, aspecto fundamental para nuestro desarrollo personal que implica querer a uno mismo y potencia la facultad de querer a los demás, respetarnos y enseñar a los demás a hacerlo, lo cual es imprescindible para lograr una buena adaptación social. En la exclusión se crean defensas omnipotentes como mecanismo compensatorio de la desvalorización, provocando que se produzcan respuestas inadecuadas ante el sentimiento de no pertenecer que pueden transformarse en impulsividad, donde muchas veces no media el pensamiento y se expresa la inconformidad mediante la violencia.
- Fragilidad: Es importante pensar el concepto de fragilidad como la posibilidad de sufrir un daño, se define como un estado en que la reserva fisiológica está disminuida, llevando asociado un riesgo de desarrollar efectos adversos para la salud, caídas, discapacidad, hospitalización, institucionalización y muerte. Roqué, M. (2008) caracteriza la fragilidad de una persona mayor cuando: no tiene ingresos económicos suficientes para llevar una vida digna; se lo margina, discrimina y excluye socialmente; se le quita el derecho de tener proyectos por el solo hecho de ser viejo; no tiene espacios de participación familiar o social, el entorno no es accesible e impide que puedan salir de sus casas, los profesionales que brindan servicios sociales o de su salud no tienen formación específica en gerontología y no brindan alternativas de atención basadas en un sistema de cuidados progresivos y priorizan su permanencia en el hogar.

Estos rasgos que muchas veces forman parte de la subjetividad de las personas en situaciones de exclusión, se constituyen como fundamentales a tener en cuenta a la hora de pensar posibles intervenciones.

Las situaciones que se problematizarán, en el presente trabajo, los procesos de intervención que hemos realizado durante estos años. En principio ninguno de ellos, se inició a partir

de la demanda del adulto mayor, en todos los casos hubo otro que demandó. Aquí es donde queremos detenernos en un primer punto de análisis.

La demanda se manifiesta en estas situaciones que abordaremos, ni siquiera como un problema, sino que se trata de situaciones desordenadas y poco delimitadas. Es el Equipo del municipio llamado por vecinos u otras áreas del municipio, a hacer algo por un pobre viejo/a. Un algo que implicaría dar una respuesta “total” al problema de esa persona (imposible e inabordable por naturaleza), pero que se desconoce por completo cuál sería ese “Problema”.

Interesa desagregar en 2 cuestiones. Por un lado, quién es el que demanda y desde donde lo hace. Cuando la vulneración de derechos es extrema, quienes demandan la asistencia suelen ser vecinos conmovidos y, a veces, cansados de ciertos escenarios. Estos realizan la lectura de la situación según su historia personal, valores, costumbres y contexto que atraviesan. Conocemos desde esquemas de percepción naturalizados, estructurados y que son estructurantes de la práctica social y de los modos de describirla. Simultáneamente, se puede afirmar que lo que definimos como realidad es siempre una expresión mediatizada de la misma, por esquemas de percepción e interpretación históricamente construidos (WEBER SUARDIAZ, C. 2010). La comprensión de lo cotidiano, el modo de componer un problema y de demandar una solución parte del modo de percibir la realidad de cada uno de los sujetos, sus posibilidades, sus conocimientos, sus limitaciones.

Interesa resaltar que en las situaciones a las que nos referimos, lo que estaba ausente en la demanda era el viejo en sí. Las personas mayores por las cuales se solicitaba la intervención no habían sido parte de esta demanda, nadie les preguntó si querían que el Estado interviniera y más aun, no se les consultó qué era lo que querían, o se desestimó, creyendo que en realidad era otra cosa lo que “realmente” necesitaban.

La situación de Luis llega a nuestro equipo por medio de un post en Facebook, con foto incluida, de una persona indignada porque nadie hacía nada por un viejo ciego que estaba solo en la calle y no tenía nada.

La primera vez que nos acercamos a hablar con él, una vecina que pasaba caminando nos grita a viva voz “este está demenciado, no me deja que lo bañe!”

A partir del diálogo con Luis surge que el alquila una habitación donde pasa la noche gracias al ingreso que tiene por su pensión por discapacidad, y que durante el día frecuenta distintos locales comerciales del barrio. El del almacén le da el desayuno, almuerza con el dueño de la zapatería, que durante el invierno lo invita a pasar para que no tenga frío, y cuando se hace de noche vuelve a su pieza.

De las diversas entrevistas con Luis, inicialmente difíciles por su desconfianza, surge que en poco tiempo empezara a cobrar su jubilación que ya tiene en trámite y que lo único que él querría es que lo ayudemos a buscar otro lugar para alquilar porque no se lleva bien con la dueña del lugar donde está y es por eso que pasa todo el día en la calle.

El modo en que los vecinos perciben a Luis está cargado de viejísimo en sus definiciones. Entendiendo al viejísimo como una forma de discriminación, la primera consecuencia de estos discursos tan sesgados en la pérdida del sujeto, la imposibilidad de dialogar con él,

y la negación absoluta de sus necesidades, sus derechos, su deseo. Siguiendo el planteo de Mingorance, resaltamos el grado de naturalización con el que operan estos prejuicios, pasando inadvertidos y sin la intención de generar daño alguno.

Es por esto que es tan difícil de revelar y más aún, de problematizar esta postura. Como equipo de trabajo, es esta la tarea que intentamos. Primero reafirmando a Luis en sus decisiones, evaluando que es capaz de tomarlas de modo autónomo, y luego acompañando y reforzando la red de vecinos ya existentes, brindando algunos recursos posibles para sostener su espacio de referencia. De todos modos aún hay mucho camino por andar con Luis, sabemos que no tiene acceso a la salud y su condición habitacional y alimentaria es extremadamente precaria, y su modo de concebir la realidad le impide ver estos escenarios como problemáticos y riesgosos. Abordaremos más adelante

¿Pero cómo intervenir cuando se evalúa un riesgo de vida? ¿Cuándo la capacidad del sujeto para tomar decisiones no puede ser claramente definida?

Partimos de comprender que la autonomía se relaciona con el ejercicio de las libertades individuales, esto es, con la posibilidad de tomar decisiones y de pronunciarse con respecto a todas aquellas cuestiones que hacen parte, tanto de la vida privada, como pública; el desarrollo de la autonomía personal está íntimamente ligado con el ejercicio de los derechos humanos (Romero, X & Wasiek, C.). Es un puntal principal en nuestras intervenciones, el respeto por la autonomía del sujeto, por sobre la demanda de los demás e incluso a veces por sobre la propia calidad de vida del Adulto mayor. Volveremos sobre esto más adelante (respeto de la autonomía/ proceso de creación de la demanda)

Otra situación llega a nuestra Dirección por derivación de de la Dirección de Inclusión Social del Municipio de Quilmes, a través de su vecina, quien se encuentra preocupada por el estado de salud y de abandono del señor. Se trata de un adulto mayor, de 70 años de edad que no posee ningún tipo de documentación, solo refiere su nombre, Santiago S. Se encuentra en una situación de extrema vulnerabilidad social económica y sanitaria. Es nacido en Paraguay, vive solo, no percibe ningún ingreso ni posee cobertura social. Los vecinos lo asisten con alimentos, pero relatan que en muchas ocasiones él se pone agresivo físicamente no permitiendo ayuda alguna. Hace un tiempo entraron personas a su casa, con quienes se juntaba a beber alcohol y lo han golpeado de tal modo que no puede levantarse de su cama.

Se realiza una visita domiciliaria, donde se observa la situación arriba mencionada: vive en una pieza se llueve y hay ropa y alimento en descomposición acumulado. Santiago no presenta conciencia de situación, ni voluntad alguna de recibir asistencia médica o algún tipo de ayuda.

Desde esta dirección se solicita la intervención del CREM y de la Dirección de Salud mental, quienes asisten en dos oportunidades. En ambas ocasiones, el señor se negó a ser asistido o trasladado a un centro de atención.

La situación de Santiago, nos enfrenta al desafío de pensar una intervención más allá de la voluntad que el sujeto puede expresar. Se evidencia en él una falta total de conciencia de situación y peligrosidad para sí mismo, sumado a que su situación de salud es grave y continua

empeorando; y persiste en él la negación a recibir atención médica y salir del domicilio. En base a las entrevistas que mantuvimos con él y la evaluación por parte de diferentes profesionales de la salud mental, coincidieron en que su juicio resultaba insuficiente a la hora de poder evaluar el riesgo que la situación acarrearía para sí mismo y su ideación representaba tal fijeza que no permitía una intervención direccionada al cambio. Se descartó la presencia de patología psiquiátrica.

Al momento de pensar los pasos a seguir en las intervenciones, más de una vez recurrimos a los conceptos y definiciones que se puntualizan en la Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, en la cual amparamos nuestra mirada y direccionamos nuestro trabajo.

En este caso, releímos, repensamos y nos dejamos interpelar por dos de las definiciones contenidas en el Artículo 2:

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

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

Como trabajadoras del municipio entendemos que encarnamos el rol del estado, nos comprenden estas responsabilidades y obligaciones y no podemos “no intervenir”, más aun cuando evaluamos que el juicio de esta persona no es suficiente para considerar las consecuencias de permanecer en la situación en la que se encuentra. Por otro lado, la extrema vulnerabilidad y el alto riesgo que implicaba para su vida, nos suma el factor “tiempo”. Quizás hubiera sido deseable un proceso en el cual pudiéramos generar en él la demanda de asistencia, pero la fijeza de su pensamiento, y nuevamente lo extremo de su situación nos impuso otro camino.

Contando con el asesoramiento de la Defensoría General, acompañamos a la vecina de Santiago en la solicitud de una medida de protección ante el Juzgado de Familia, quien resolvió solicitar una internación involuntaria, amparados en la Ley de Salud Mental n° 26.657. Esto implicó el traslado de Santiago desde su domicilio en ambulancia hasta el Hospital de Quilmes. Luego de permanecer internado durante 10 días, en los que fue compensado clínicamente y se evaluó la imposibilidad de continuar viviendo solo, dado que manifestada variables niveles de dependencia para las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales.

Ingresa al Hogar Municipal Ave Fénix, donde reside actualmente. Recibe atención médica y psiquiátrica, participa activamente de las actividades recreativas y terapéuticas que se le ofrecen y cabe mencionar que nunca manifestó voluntad de irse del hogar o de volver a su casa.

A lo largo de estos procesos extremadamente complejos, y a raíz de las tensiones que se generan en la definición de la demanda, en la posibilidad o no de construir la misma, en los límites que rodean las estrategias de intervención; se nos abren diversos interrogantes.

¿Qué factores intervienen en la imposibilidad de construcción de demanda por parte de los adultos mayores que habitan estas situaciones?

Al inicio del trabajo decíamos que nuestra primer tarea es la de ubicar al adulto mayor como protagonista de la situación que habita, considerando que se construyen en ese contexto a sí mismos y a su percepción del mundo, y que tienen una función fundamental tanto en el mantenimiento como en la transformación de las condiciones de vida.

Desde lo psicológico, Montero (2004) lo traduce como la construcción de un campo habitual de conocimiento que codifica y organiza la realidad cotidiana. En esta construcción se dan fenómenos tales como la habituación, familiarización y normalización de las situaciones adversas. Son modos de aceptar y poder relacionarse con lo extraño, con lo diverso, para pasar hacerlo aceptable, admisible y para poder considerarlo como modo de ser. Esto constituye “estructuras” de comportamiento, estructuradas y estables, no discutidas, no conscientemente asumidas, son lo que se ha llamado habitus. Los habitus configuran modos de enfrentar la vida cotidiana, algunos de los cuales son considerados como la manera natural de ser y de hacer en el mundo, como si fuesen parte de la esencia de las cosas. No se espera ni se piensa que se pueda actuar de otra manera, se repiten de manera inconsciente, y sin reflexión ni crítica, circunstancias de vida que pueden ser perjudiciales para las personas

Revisando todo lo expuesto, surge entonces el interrogante acerca de cómo comenzar un proceso de desnaturalización, de movilización transformadora del contenido de la conciencia en el cual el pueda volverse crítico ese estereotipo, ese un lugar común, ese hábito tan firmemente arraigado; que borra toda visibilidad del riesgo en el que está inmersa esa persona.

Un camino posible, fue la incorporación de una cuidadora domiciliaria al Equipo de Restitución de Derechos. Cuidadora formada del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, que constituye una política social orientada a mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

Nos encontramos con Ramón en un consultorio médico. Enojado y mareado por explicaciones de una recepcionista respecto a turnos médicos. Ofrecimos ayuda y con mucha resistencia aceptó contar su problema de salud. La situación era mucho más compleja.

Ramón tiene una marcada disminución visual y auditiva, sin lograr un diagnóstico firme. Vive en una casilla de chapa, que se inunda, sin calefacción ni entrada de agua. Percibe jubilación y tiene PAMI. Tiene 2 hijas, con una de ellas no posee vínculo, y con la otra vivió un tiempo, pero luego se volvió porque se lleva mal. Ramón necesita de ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria, dada su discapacidad sensorial.

Su situación habitacional es crítica y sin posibilidad de mejora, no posee red social capaz de brindar apoyo y se resiste a solicitar ayudas externas. Se evalúa en Ramón un estado de vulnerabilidad y fragilidad, habita una situación de riesgo no percibido.

Con motivo de recibir acompañamiento para los turnos médicos, acepta la asistencia de una cuidadora. Se empieza a visibilizar para los vecinos, la situación de Ramón, le facilitan agua a la cuidadora. Al estar higienizado a Ramón le dan ganas de salir. Luego de un mes de cuidados empieza a manifestar que se da cuenta que quizás ya no puede seguir viviendo solo y en ese lugar.

El rol del cuidador apunta a favorecer un envejecimiento activo, al protagonismo de los viejos, y al respeto de su heterogeneidad, posibilitando su desarrollo, mejorando su salud y bienestar y colaborando en la generación de entornos propicios y favorables. Los acuerdos internacionales en materia de envejecimiento poblacional proponen al cuidado domiciliario como una de las herramientas más efectivas para mejorar la calidad de vida de las personas mayores frágiles, y sugieren su generalización como un servicio de los Estados. Arias (2009) define la tarea de cuidados como la acción social encaminada a garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas con dependencia, es decir, de quienes carecen de autonomía personal y necesitan ayuda de otros para la realización de los actos esenciales de la vida diaria.

La entrada progresiva y cautelosa de una cuidadora, permitió abrir esta situación, desnaturalizar el hábito, generar el interrogante de la posibilidad del cambio. Sus tareas trascienden la asistencia en las actividades de la vida diaria y el acompañamiento. Se vuelven sostén de una subjetividad vulnerable: sentirse cuidado empieza a generar la posibilidad de ser en el otro, de un cambio de percepción. Se empieza a crear la necesidad, se visibilizan los límites de la autonomía, se percibe el riesgo. Se constituye entonces, una demanda.

Referencia bibliográfica

AMARILLO, J. (2015). *Vínculo entre subjetividad vulnerable y exclusión social*. Trabajo final de grado. Universidad de la República. Uruguay

ARIAS, C; HUENCHUAN, S & ROQUÉ, M. (2009) *Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis?* .Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

GIORGI, V. (2006) *Construcción de la subjetividad en la exclusión*. Encare (comp.) Drogas y Exclusión Social (pp. 18)Montevideo: Atlantica

MINGORANSE, Daniel. "El miedo a la Vejez". Publicado en www.vocesenelfenix.com

MONTERO, M. (2004) *El paradigma de la psicología comunitaria y su fundamentación ética y relacional*. En *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós

ROMERO, X. & WASIEK, C. *Red Latinoamerica de Gerontología* <http://www.palabramayor.ec/index.php/articulos-pagina-principal/28-news/pagina-principal/91-autonomia-e-inclusion-de-las-personas-adultas-mayores>

ROQUÉ, M. (2008) *Una Mirada Social de la Fragilidad en la Vejez*. Disponible en: <http://www.globalaging.org/elderrights/world/2008/mirada.pdf>

WEBER SUARDIAZ, Clara (2010). *La problematización como herramienta desnaturalizadora de lo social*. Revista Escenarios 15. Año 10, Nro 15. La Plata, UNLP/Espacio Editorial

“EL TRABAJADOR SOCIAL EN EL ÁMBITO DE LAS RESIDENCIAS PARA ADULTOS MAYORES” (ESCENARIO ACTUAL)

Lic. Laura Marquevich¹⁷

RESUMEN

A partir de la experiencia de inserción profesional en Residencias para Adultos Mayores, la propuesta es aportar elementos que permitan visualizar como se van superando concepciones asilares y animar al desafío de continuar trabajando para profundizar el cambio de paradigma.

Durante su intervención, el Trabajador Social cumple una función decisiva para continuar superando los límites del antiguo modelo. En cada instancia, cada nivel de intervención, cada herramienta metodológica que se aplica y en el mismo devenir cotidiano se defiende y se define la especificidad profesional.

Las tomas de decisiones cotidianas de los residentes varían sustantivamente, van de simple a complejo. El profesional brinda un acompañamiento estratégico promoviendo el fortalecimiento de un sujeto de derecho, autónomo, activo y protagónico portador de un potencial material y/o simbólico a ser aprovechado.

Generalmente, el Trabajador Social coordina los equipos interdisciplinarios dándose un proceso de aprendizaje y retroalimentación mutua. Además, se trabaja en red con otros colegas (de otras Residencias, del Poder Judicial, Hospitales, del INSSJP, municipios, etc.) favoreciendo la creciente consolidación de un colectivo profesional con un rumbo común.

Se capacita al personal de atención directa. El contexto sociocultural plantea un escenario de intervención donde aún se plantean resistencias y prejuicios sobre las Residencias para Adultos Mayores.

Los mismos viejos arraigan en su imaginario social características propias de lo asilar. Sus referentes afectivos suelen tener una fuerte carga psicológica (culpa, lastima, etc.). Los medios de comunicación se han ocupado de reproducir imágenes asociadas al abandono, al maltrato, la negligencia, etc.

Sobre estas representaciones sociales y otros obstáculos, el Trabajador Social contribuye a descomprimir y generar rupturas. Replanteos que van consolidando el proceso de cambio de un modo creativo, dinámico y profundamente comprometido.

¹⁷ Correo electrónico: lauramarquevich@hotmail.com

LO ASILAR COMO IDEARIO VIGENTE?

La “Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las personas Mayores”, a la cual adhiere la Argentina en junio de 2015 brinda un marco interesante para visualizar que luego de un largo recorrido, se ha avanzado y de manera satisfactoria hacia el cambio de paradigma en relación a la vejez en general y sobre el campo gerontológico en particular. Posiciona y refuerza al Adulto Mayor (...al Viejo...) como sujeto de derecho.

Allí se define el “Envejecimiento” como un proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psico-sociales y funcionales de variadas consecuencias las cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio. “Vejez”: Construcción social de la última etapa del curso de vida.

Y sobre “Persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo” refiere a aquella que reside temporal o permanentemente en un establecimiento regulado, sea público, privado o mixto en el que recibe servicios socio sanitarios integrales de calidad, incluidas las residencias de larga estadía, que brindan este servicio de tiempo prolongado a la persona mayor, con el objetivo de garantizar su dignidad y bienestar y promover su independencia y autonomía”.¹⁸

Se citan para consulta los arts. 12,15, 16, 19 (h y j) y 22 que abordan específicamente los Derechos de las personas que se encuentran institucionalizadas.

Si las Residencias para adultos mayores hacen referencia a un “modelo institucional que aparece en Europa en el siglo XVI, destinado a albergar locos, vagabundos, desviados de la ley y viejos”¹⁹, y en el año 2015 celebramos en nuestro país la adhesión a la Convención, se puede comenzar afirmando que aquel modelo asilar ha perdido vigencia.

Lo antedicho se plantea más como un punto de partida que como un punto de llegada porque aún resta mucho por trabajar y el Trabajador Social tiene un espacio de inserción profesional que presenta grandes desafíos.

Porque desde el modo en que se nombra a la vejez hay una concepción de sujeto y esto a su vez va construyendo imaginarios, representaciones, prácticas.

Desde aquí, la importancia del mejoramiento y nueva generación de espacios creativos, productivos, saludables de y para los mayores puede contribuir en la profundización del cambio de paradigma.²⁰

Los prejuicios que se construyen sobre la vejez, también se construyen en torno a las instituciones, son sin duda una construcción social. Los mismos viejos cargan con prejuicios, sus familiares (que agregan sentimientos de culpa, de lastima, etc), el personal de atención directa y ocasionalmente también los profesionales.

¹⁸ ASAMBLEA GENERAL. OEA/Ser.P. AG/doc 5493/15. Convencion Interamericana sobre la Proteccion de los Derechos Humanos de las Personas Mayores

¹⁹ Zolotow, David Mario. “Los devenires de la ancianidad”. Pag. 130. Año 2002

²⁰ Ludi Ma. Del Carmen. “Revista Catedra Paralela” N*8. Año 2011

RESIDENCIAS PARA ADULTOS MAYORES

A continuación se desarrolla el tema de las Residencias para Adultos Mayores para luego abocarnos a la intervención del Trabajador Social siempre manteniendo la mirada en el cambio de paradigma.

Las Residencias para Adultos Mayores (RAM) son las instituciones que habitualmente se conocen como Geriátricos, Hogares para ancianos, o aquellas que como se dijo antes, antiguamente se las conocía como asilos ...

Son instituciones de puertas abiertas donde residen de manera permanente “personas mayores” (en general mayores a los 65 años) e ingresan allí por distintos motivos pero básicamente asociados a problemáticas sanitarias, sociales y/o económicas que por lo general estas problemáticas aparecen combinadas y no de manera aislada.

Estas instituciones pueden ser públicas y/o privadas.

El presente trabajo se focaliza en instituciones privadas que mantienen contrato vigente con el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP) más conocido como PAMI, aunque también pueden ingresar residentes que pagan por la prestación geriátrica de manera particular.

Mediante este contrato, los afiliados tienen cobertura de la prestación geriátrica previo otorgamiento de la misma. (No pagan; solo deben aportar solo un porcentaje de sus haberes).

La Resolución 559/01 de Geriatria²¹ de dicho Instituto contiene todas las obligaciones que se asume con la firma del contrato incluyendo aspectos administrativos, de seguridad edilicia y de arquitectura tanto como de estructuras y procedimientos de las Áreas que conforman la : Medica, Enfermería, Nutricional y Socio preventivo. La Resolución además del reglamento incluye la grilla que llevan los equipos de auditores para realizar los relevamientos de los requisitos que deben cumplirse específicamente.

El Instituto tiene un Nivel Central y Unidades de Gestión local (UGL) que a su vez se des- agrega en Delegaciones dentro de la Jurisdicción de cada UGL. En cada uno de los niveles existen distintos cargos y jerarquías que son ocupados por Trabajadores Sociales. Tanto en los equipos de auditorías como en instancias de trámites y gestiones, etc.

La grilla de evaluación se conoce como imperfecta en algunos intentos de cuantificar aspectos difíciles de medir. Sin embargo, cabe mencionar que en relación al tema que es de nuestro interés, el contenido de lo que se evalúa en torno al Trabajo Social propiamente dichos retoma elementos metodológicos fundacionales del Trabajo Social (Diagnostico, Evaluación, Planificación, Abordaje desde los distintos niveles de intervención, etc.). Al margen de que ciertos formatos puedan plantearse hoy en día de manera aggiornada, lo que se considera ampliamente valioso es que el Trabajo Social no tiene aquí que luchar por su espacio sino que tiene que cargarlo de significado. De este modo defiende y define la especificidad del rol.

Además, desde esta base, la expectativa es que a partir de allí se desarrolle un abordaje socio preventivo capaz de favorecer transformaciones que contribuyan a lograr la mayor calidad de vida sobre las personas.

²¹ www.pami.org.ar. Resolucion 559/1. Reglamento. Anexo II

Vale la pena hacer un recorrido por la Resolución y sus Anexos.

A priori se puede decir que la Obra Social de los Jubilados y Pensionados tiene una propuesta que también realiza un gran aporte al cambio de paradigma porque fundamentan su prestación en conceptos alejados de aquellas instituciones con efectos marcadamente despersonalizantes y basadas en visiones médico hegemónicas para pasar a proponer un modelo de “abordaje integral”.

Grafica en parte lo que se acaba de mencionar el hecho de que para el PAMI la prestación geriátrica corresponde al Área de Prestaciones Sociales mientras que para la Provincia de Bs.As la geriatría continua dependiendo del Ministerio de Salud.

Si bien el INSSJyP es un ente que debiera ser autárquico, tiene íntima relación con lo que acontece en el Estado. Se puede decir que la política de abordaje de las problemáticas que implican internación geriátrica se encuentran en un plano que supera ampliamente otras políticas sociales y de salud. La Argentina cuenta con un largo recorrido realizado en este sentido brindando una respuesta concreta a una demanda poblacional que viene in creyendo desde las dos últimas décadas.

Resol. 559/01 Anexo 2.

Sobre las Residencias para Adultos Mayores (RAM)

“La visión integral del ser humano requiere que se aborden no sólo sus aspectos sintomáticos, sean éstos residuales, transitorios o progresivos, sino rescatar todo aquello que formó parte de su identidad y que puede resurgir aún a través de expresiones limitadas. La vejez está caracterizada por cambios en las tres áreas: cuerpo- mente- mundo externo. Como en otras etapas de la vida, ésta determina una crisis vital acompañada por duelo. Asimismo el deterioro psicofísico origina situaciones de dependencia que deterioran la autoestima y conducen al aislamiento. Para ello, se requerirá de un equipo multi e interdisciplinario que realice un tratamiento integral, privilegiando la estimulación de las capacidades y la resocialización del anciano.”

OBJETIVO DE LA PRESTACION

- Mejorar o mantener la capacidad funcional y mental mediante actividades de estimulación.
- Prevenir el incremento de la dependencia mediante programas adecuados.
- Controlar y seguir terapéuticamente las enfermedades y trastornos detectados.
- Impulsar los vínculos personales de los residentes, facilitando la integración al medio Institucional, así como a la redefinición y cambios cuali y cuantitativos de la red social personal tendiente al bienestar bio- psico- social del mismo. ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO El trabajo interdisciplinario con ancianos se sustenta sobre la base de globalidad. (anexo 2 Resolucion de Geriatria INSSJyP.)

PERFIL DEL RESIDENTE

El recorte del objeto de estudio se realiza en cinco de las veintiuna Residencia para Adultos Mayores contenidos dentro de la UGL XXIX – Morón que abarca las localidades de Morón, Castelar, Ituzaingó, Merlo y Moreno de la zona oeste de la Pcia de Bs. As.

El relevamiento se realizó sobre la base de 376 residentes considerando que la muestra resulta representativa para hablar de la intervención profesional en Residencias para Adultos Mayores.

Se realiza una breve descripción de datos para referirnos luego a aspectos de la intervención propiamente dicha.

La amplia mayoría de residentes son mayores a 75 años (más del 90 %).

La gran mayoría de los residentes (86,5%) presentan un historial de unión conyugal y desarrollo del núcleo familiar estable en el tiempo, al menos en el plano formal. El 61% son viudos, el 19% casados, el 6,5% separados o divorciados y el 13,5 % son solteros.

El 26% de los residentes no ha tenido hijos y el 29% ha tenido solo uno.

En general, los residentes tienen como apoderado a un hijo y yendo de mayor a menor le siguen conyugue, hermano, nieto, sobrino, amigo/vecino, otro familiar y/o nadie.

La mayoría de los residentes ingresan a la institución viviendo hasta ese momento en el ámbito doméstico, algunos viviendo solos o a cargo de un cuidador y otros en convivencia con familiares. También ingresan residentes derivados del II nivel (clínica, sanatorio, hospital), de establecimientos psiquiátricos, Hogares para Discapacidad, en situación de calle, sin vivienda permanente, etc.

El nivel de instrucción se concentra fuertemente en la escuela primaria sin poder verificar fehacientemente si se ha completado el ciclo. La tendencia marca un paulatino aumento hacia residentes que logra alcanzar un nivel mayor de instrucción.

La población es por gran mayoría femenina y el 40% del total de ellas han sido amas de casa. Entre los hombres y las mujeres, se distinguen respectivamente grupos que se han dedicado a la actividad en fábricas, empleados administrativos, cuentapropistas, empleadas domésticas, empleados públicos. El dato de ocupación mostro gran variabilidad entre una y otra institución en cuanto a la distribución de los grupos pero las categorías han sido las mismas.

La mayoría de los residentes son católicos, solo tres pacientes son de religión judía y una creciente proporción de la población es de religión evangelista.

En relación a las AVD, las personas son dependientes o presentan un deterioro severo. Un10% de residentes son autoválidos (Según test de Lawton). Para las actividades instrumentales, el nivel de residentes autoválidos representa a un 5% de la población.

Medido a través del Mini Mental State, tiene deterioro cognitivo severo y grave el 44% de los residentes; moderados y leves 53% y la minoría restante no presenta deterioro cognitivo.

En cuanto a la relación con las familias, se puede afirmar que el 60% recibe al menos dos visitas semanales, el 15% al menos cada quince días, un porcentaje menor una vez al

mes y solo el 5% no recibe visitas. Recordando que como se decía antes algunos residentes carecen de familiar u otro de referencia.

Si bien la familia podría resultar un adecuado conector con el medio externo, las variables de deterioro físico y funcional opera como condicionante tanto para salir del Hogar como para mantenerse comunicado por teléfono, e mail, etc. Como fuentes complementarias de conexión con el medio externo se menciona el uso de radio y tv que registran un uso significativo por parte de los residentes.

Sobre la participación en actividades, el dato es que el 92,2% de los residentes participan en actividades. El 19,5% se acerca de manera espontánea y el resto lo hace de manera inducida (es conducido al lugar de la actividad y guiado durante su ejecución).

El 50,6 % participa de manera irregular, es decir que no cumplen el calendario estrictamente. No logran continuidad.

El 81,9% de los residentes (en mayor o menor medida) necesita ayuda para lograr los objetivos que plantean las actividades.

Las patologías prevalentes se agrupan en tres: mayoritariamente son patologías psiquiátricas y procesos de demenciación (50%) que implican deterioro cognitivo y trastorno de la conducta), luego patologías cardiovasculares (28%) y finalmente patologías musculoesqueléticas (22%).

Durante la última década, los cambios más significativos se experimentan en las variables de EDAD y GÉNERO y en AUTONOMIA. La población tiende a envejecerse, a feminizarse y a deteriorarse de manera marcadamente progresiva.

Se paso de un promedio de edad de 79 años a 84,5. De un 67,2% de mujeres a un 80,5%. Un 30% eran dependientes y actualmente lo son un 45% y más profunda la brecha en cuanto a autonomía instrumental que pasó de 48% a 73%.

PROBLEMAS FRECUENTES

Hay temas que se plantean de manera recurrente al hablar de viejos institucionalizados y si bien podría llevar varios párrafos discutirlo, y mucho se ha escrito sobre ellos, solo se mencionaran algunos para poder continuar con la propuesta del presente trabajo.

- Considerar que el proceso de envejecimiento es casi universal olvidando aspectos que indican la manera de envejecer particular, única en cada caso.
- La tendencia a querer establecer patrones homogeneizantes sobre la vejez al referirse al conjunto de personas que conviven en un lugar y tiempo determinado.
- Querer encasillar a la vejez en una edad como si fuera un fenómeno preestablecido por la cronología.
- Asociar a los viejos a personas enfermas, dependientes, pesimistas, etc.

Por otra parte, se mencionan también las situaciones problemáticas cotidianas más frecuentes a las que el Trabajador Social se enfrenta las cuales se van presentando como obstáculos y conforman parte del marco del escenario de intervención.

La despersonalización. Se ejemplifican en la práctica de modo ilustrativo y se encuentran variados ejemplos: no llamar al residente por su nombre o más grave aún, continuar escuchando que se le dice “abuelito” o “abuelita”.

Abusos económicos por parte de quienes administran el dinero (por lo general los propios hijos).

No cumplimiento de los requerimientos institucionales mínimos (productos de higiene, pañales) ni con otros que tienen que ver con gustos, intereses, etc.

Maltrato. Aunque se manifieste de manera silenciosa (no maltrato físico necesariamente) persiste en situaciones cotidianas como por ejemplo al no cerrar la puerta cuando un residente está en el baño, hurtar objetos personales, etc.

Ausentismo y rotación de personal. Es una situación que afecta directamente al residente que construye un vínculo con la persona que lo asiste a diario y que logra superar ciertas barreras de pudor, confianza, y de recordar su nombre, etc.

La muerte de otros residentes. Causa un efecto similar al anterior y en ocasiones causa un gran desanimo por pensar que próximamente puede ser su momento.

La Polifarmacia. Es la lucha que se enfrenta proponiendo Tratamientos No Farmacológicos que mejoren anímicamente a los residentes y no crean en la solución mágica del medicamento

Falta de recursos. En general los elementos que las instituciones aportan por ejemplo audio y video, no son las adecuadas para las características de la población.

Espacio Físico. No se dispone de un espacio exclusivo para actividades, por lo tanto las actividades son susceptibles de interrupciones frecuentes y deben adecuarse a los horarios en que no se utilizan los comedores.

Familiares querellantes. Superando los límites de la excesiva demanda y del atravesamiento de sentimientos antagónicos a la necesidad de internación del su familiar, surgen amenazas, denuncias infundadas, escasa colaboración para conformar un abordaje en red.

Falta de criterio gerontológico. Presente en los diversos actores que entran en juego y operando como factor decisivo a la hora de tomar decisiones vinculadas al perfil institucional.

EL ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LAS RESIDENCIAS PARA ADULTOS MAYORES

En las instituciones que tienen las características que se mencionaban al inicio, el Trabajador Social tiene una función que está determinada de antemano.

Es el coordinador del Área Preventivo Social y este Área conforma un equipo interdisciplinario compartido entre Terapistas Ocupacionales, kinesiólogos, musicoterapeutas, psicólogos, profesores de educación física, laborterapeutas, recreólogos/as y tantas otras disciplinas como quisieran incluirse.

Además de la coordinación del cronograma (en su forma y en su contenido) tiene cuestiones específicas a desarrollar como Trabajador Social.

Como se mencionó antes, todo el trabajo es auditado periódicamente por colegas que conforman los equipos auditores del INSSJP. Se reciben cuatro auditorías por año aproximadamente.

La insistencia en vincular la intervención del Trabajador Social con el INSSJyP remite a que desde el Instituto se le otorga un enorme protagonismo al profesional y en la propuesta de la Resolución de Geriátría se haya la línea y el tipo de prestación que se espera que la institución brinde.

Luego de muchos años de implementación de la Resolución y a partir del esfuerzo de numerosos colegas y especialistas en la materia, ahora puede visualizarse desde la práctica lo que antes se planteaba desde la teoría: el tipo de institución que el Instituto pretende ofrecer logra un efectivo alejamiento antiguo paradigma sentando bases elementales desde el punto de vista metodológico para la profundización de un nuevo modelo.

El término “Residencia para Adultos Mayores (RAM)” es un concepto que fue elegido como categoría y en reemplazo al vocablo “Geriátrico”.

El Área Sociopreventiva, representada por el TS se vincula en espacios formales e informales con el resto de las Áreas que componen el equipo: Área Médica, Área Nutrición, Área Enfermería y Área Administrativa.

El TS es de algún modo el “articulador”; el que tiene la formación y las herramientas necesarias para hacer que la institución funcione (por decirlo de alguna manera) problematizando la realidad desde un punto de vista dialéctico.

Par avanzar en la propuesta del presente trabajo, es fundamental que el TS se posicione superando la mirada superficial y se despoje de una concepción negativa sobre la vejez más allá de las limitantes físico funcionales reales y existentes que se presentaran anteriormente sobre el perfil de residente y sobre en ocasiones la escasez de recursos materiales y simbólicos.

Repasando las ideas que se vienen presentando; contando con en el marco conceptual que brinda la Convención Interamericana sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores, con el espacio concreto de inserción que ofrece el INSSJyP, el TS se convierte en una pieza decisiva a la hora de continuar avanzando hacia el cambio porque como dice Alberto Parisi “sea cual fuere nuestra postura teórica explícita, siempre por debajo de la misma estamos determinados por un modelo, matriz o paradigma teórico, en el cual clara o difusamente siempre estamos inscriptos”.

Resulta interesante agregar que el TS permanentemente está en contacto y trabajando en conjunto con otros colegas y profesionales de otras disciplinas.

Se trabaja con el Poder Judicial (Juzgados de Familia, Juzgados Civil y Comercial, Asesoría de Incapaces, Curaduría Oficial de Alienados), con los Municipios, PAMI, colegas de otras RAM, etc.

Es decir que la ruptura del paradigma asilar no se acota con lo que ocurre dentro de la institución sino que trasciende sus fronteras y la implicancia de esta visión compartida resulta un mejor y más adecuado abordaje de las necesidades del sujeto y un gran aporte a

un colectivo profesional que se consolida definiendo su propia especificidad y marcando el terreno propio de intervención.

PROFUNDIZAR EL CAMBIO: ABORDAJE DESDE LA SINGULARIDAD

Desde las propuestas metodológicas del Trabajo Social podrían distinguirse los clásicos niveles de intervención caso, grupo, comunidad...

Todos ellos son identificables en las RAM. Pero profundizar el cambio de paradigma en relación a las instituciones también requiere de un cambio y/o replanteo en cuanto a la intervención profesional.

La propuesta de Susana Cazzaniga en pos de resignificar la tradicional definición y contenido del “Caso Social Individual” se considera que acompaña el sentido y el ritmo del cambio. El abordaje desde la singularidad rompe con las formas instituidas de intervenir en Trabajo Social permitiendo problematizar, crear y construir en relación con las autonomías de los sujetos con que trabajamos.²²

El siguiente marco teórico conceptual enriquecido a partir de los aportes de la autora, agregan al escenario actual elementos favorables a la superación del paradigma asilar.

Y enseguida, se agrega el contenido de lo empírico que plasma la teoría en la práctica.

SUJETO: Concepción de sujeto pleno, con potencialidades y condicionantes, productor de la historia a la vez que producto de la misma historia. Pensar en la singularidad es comprender la posibilidad instituyente de todo sujeto. Reconocerlo como sujeto de derecho. Exige la reflexión sobre las condiciones de vida presentes e históricas para entender sus necesidades, intereses y deseos, su expresión como ser singular.

SOCIEDAD: Construcción histórico –social permanente que va produciendo sus propias normas por lo que puede ser transformada.

DEMANADA: categoría conceptual donde se concretiza y objetiva la representación social acerca de la profesión en relación con lo que se demanda, como se expresa y con qué motivo, manifiesta las condiciones de vida del sujeto que demanda y como este la percibe y significa. Exige una instancia que problematice lo naturalizado.

INTERVENCION PROFESIONAL: incorpora el análisis comprensivo de la demanda. Su intencionalidad consiste en la transferencia de autonomía y el aporte a los procesos de construcción de identidades sociales.

TECNICAS - HERRAMIENTAS

Al momento del ingreso del residente al Hogar, se realizan las primeras aproximaciones. A través de **entrevistas** (por lo general desestructuradas) se realiza un primer **Informe Social** que formara parte de la **Historia Medico Social Única (HMSU)**.

Este Informe da cuenta de su situación actual, motivo de internación, intereses, inquietudes, necesidades, actitud frente a la internación, etc. Pero no solo habla del ahora, sino que

²² Cazzaniga Susana. Desde el Fondo. Cuadernillo Temático N*22. El Abordaje desde la singularidad.

también y siempre que las funciones de memoria se encuentren medianamente conservadas, se utiliza la técnica **Historia de Vida** donde el residente cuenta su historia en primera persona y más allá de las imprecisiones en los datos más duros (fechas, lugares, nombres...) va aportando información que proviene y que remite a lo más íntimo de sí mismo; a sus subjetividades porque se refiere a sentimientos, valores, satisfacciones y frustraciones, expectativas, temores, conflictividades, etc. Es un recorrido de su propia trayectoria y todo lo que hace a su propia identidad.

También se realiza un abordaje familiar que permite ampliar aquellos aspectos que resultan significativos. Se realizan **entrevistas programadas** y/o **encuentros casuales** que resultan un aporte valioso no por afirmar o desmentir lo que el residente dijo y luego categorizarlo en parámetros de normalidad o anormalidad, bueno o malo, y todas las dicotomías que podrían agregarse sino que facilitan la visualización de aspectos materiales y/o simbólicos que puedan ser potenciados en función de lograr su mayor aprovechamiento. Se descartan métodos propios del positivismo.

Se elabora un **Plan de Acción**, flexible, donde se proponen objetivos planteados como líneas de acción que orientan la intervención.

Los **registros** de lo que se va trabajando, se va colocando en la HMSU y suele ser material de consulta, guía, actualización, etc. de los otros profesionales resultando para ellos una fuente de información confiable y de referencia.

También, según la necesidad, se mantiene **contactos** con otros organismos, instituciones, profesionales, referentes.

Cabe mencionar que solo el 6% de los residentes incluidos en la muestra han decidido por motus propio la institucionalización. Sin embargo, más allá de ello, la gran mayoría tiene una buena predisposición durante los primeros acercamientos. Asocia la figura del TS al PAMI y suele llamarlo "visitadora social" o "la chica de previsión social". A lo largo del tiempo utilizan el nombre propio para dirigirse, suelen tener muestras y expresiones de afecto, y recurren de manera espontánea planteando un amplio abanico de variables en materia de preocupaciones. Por lo general se construye un vínculo de confianza entre el TS y el residente que no es un "cliente" sino que es un "otro" a quien se pretende acompañar en el reencuentro con sí mismo y se le da el mayor protagonismo posible en todos los procesos de tomas de decisiones.

El residente tiene un apoderado o algún referente familiar que actúa como responsable. En caso de no tenerlo, el TS **elabora un dispositivo** de acompañante terapéutico u otro para trámites y gestiones (en ANSES, PAMI, etc) que deben cumplimentarse. El TS no es un gestor, organiza las cuestiones de modo tal de simplificar y evitar pérdidas de tiempo y trampas burocráticas.

Además, el residente por lo general cuenta con el dinero de sus haberes y es su derecho poder disponer del mismo y utilizarlo para el fin que a él o ella le plazca. Tanto cuando puede elegir porque sus funciones cognitivas le permiten elaborar la idea y transmitirla pero también, como tal vez más precisamente, cuando se encuentra en una situación de mayor fragilidad. En caso de ser necesario, el TS interviene para que se cumpla ese derecho.

Se realiza **observación participante y/o no participante** para ver la evolución, el desempeño cotidiano, el desarrollo del sentido de pertenencia y la incorporación de las pautas del lugar (ambos indicadores de adaptación), los vínculos, la autoorganización cotidiana, etc.

Luego se realiza una **evaluación socio preventiva** que se actualiza periódicamente donde los miembros del Área entrecruzan sus visiones y aportes para optimizar el uso de recursos disponibles en función del mayor bienestar del residentes.

EL TALLER COMO MODALIDAD DE ABORDAJE PRIVILEGIADO

El instrumento metodológico que orienta la propuesta socio preventiva es el **Diagnostico poblacional**. A partir de sus resultados, se realiza la adecuación de actividades elaborando una **matriz** en la que quedan conformados grupos con características comunes que permitirían el acceso a las distintas propuestas. De acuerdo a este resultado, también se realizan replanteos en torno a lo que se propone. Es decir que la relación es dialéctica, y se actualiza tanto como se va modificando la composición de la población.

El **Taller** como modalidad favorece el aprovechamiento de los recursos disponibles en función de la mayor cantidad de personas que participan y permite la integración entre los pares como el manejo de emergentes propios del acontecer grupal.

Se dice que si en cualquier momento de la vida post adulta el sujeto desarrolla todas las actividades que su mente y cuerpo permiten, esta persona envejece activamente, y de ese modo se promueve una mejor calidad de vida, disminuyendo la exposición a enfermarse y probablemente ampliando las expectativa de vida.

Lo interesante de las actividades remite a su calidad e intensidad. No importa de cuantas actividades participe ni de cual sea su resultado efectivo. Lo que importa es que a partir del sentido que el propio viejo le otorga a la actividad, genere motivación, proyección, surjan emergentes para continuar trabajando, etc.

Tener a disposición un **cronograma de actividades** no se acota en la oferta en si misma. El residente encuentra un orientador temporoespacial en el al tener convocatorias fijas. Además le permite elegir y concurrir a la o las actividades que le resulten de interés.

La **Planificación** de las actividades se realiza **estratégicamente y participativamente**; Se acercan diversas propuestas a partir de las cuales se realiza una votación a mano levantada y siempre se retoman experiencias anteriores que fueron previamente evaluadas teniendo en cuenta obstáculos, facilitadores, disponibilidad de recursos, impacto, etc.

Se realiza un **relevamiento de intereses** que junto con las **crónicas** de cada Taller permite ir realizando un **monitoreo y evaluación** constante. Todos los profesionales del Área registran en una carpeta que permanece en la institución la actividad desarrollada.

Durante el desarrollo de las actividades, se intenta incluir al personal de atención directa (enfermeras, asistentes geriátricas) dándoles algún tipo de participación sabiendo de antemano, que ello contribuye a aspectos organizacionales y cumplimiento del encuadre. Suelen asumir una conducta de colaboración y soporte que de otro modo opera como boicot y/o indiferencia. También es una irrupción a su engorrosa y poco gratificante tarea asignada a la

asistencia, al cuidado y al control. Al mismo tiempo, tratándose de personas que por lo general no tienen una formación previa en la temática, se plantea la oportunidad para vivenciar el abordaje de los viejos desde otro lugar y de a poco ir incorporando nociones comunes con los profesionales. Se convierte en una instancia más de **capacitación**.

El Trabajador Social puede **coordinar un grupo** bajo la modalidad de Taller, **coordinar** junto con otro profesional del Área o bien participar de otras instancias (ej: preparativos previos).

El **trabajo interdisciplinario** es clave cuando se piensa en el abordaje grupal. En todos los casos, resulta necesario mantener una conducta dinámica, y atenta a los cambios y novedades que puedan ir surgiendo. También es necesario ser creativo, generar nuevas ideas y facilitar los medios para implementarlas. Pero el aporte de las diversas disciplinas tiene un efecto multiplicador a la hora de pensar de manera estratégica. Se da un enriquecimiento mutuo basado en la perspectiva desde la que cada profesional mira las diversas situaciones que se plantean cotidianamente.

Más allá de las propuestas grupales, se elaboran planes de acción a nivel individual para realizar el máximo aprovechamiento del potencial físico funcional de cada uno de los residentes y la satisfacción de sus necesidades. Se intenta brindar mayor accesibilidad a la concreción de sus deseos.

LAS PROPUESTAS Y LA RESPUESTA

Lejos de marcar una tendencia que pretenda homogeneizar a los viejos, se considera de antemano que por pertenecer casi a una misma generación, tener un origen prácticamente igual, y compartir otros rasgos de su realidad es posible hallar temas de interés compartido, que los identifique mutuamente y que resulten motivadores a la hora de pensar en propuestas.

Contrariamente a los planteos que describen al viejo institucionalizado con marcado peso de representaciones negativas, podemos ver al analizar la participación en actividades que la actividad más convocante es la relacionada con los ejercicios físicos. Además, en el relevamiento de intereses surge que el interés pasa por la posibilidad de mejorar aspectos de movilidad que les permita recuperar autonomía en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Algo similar ocurre con los Talleres de Estimulación Cognitiva. En ellos suelen realizarse actividades donde se trabaja la memoria y las funciones cognitivas y si bien la participación es menos masiva que en la actividad de ejercicios físicos, la motivación se basa en querer realizar ejercicios que favorezcan la conservación de una mente en buen estado.

Luego, en orden de interés le siguen las actividades de tipo recreativas principalmente aquellas vinculadas a lo lúdico y a los festejos.

Por lo tanto, en cuanto a las propuestas, se puede afirmar que el residente experimenta una respuesta favorable y se posiciona desde un lugar positivo. Desprejuiciado y con una visión futura optimista.

CONCLUSION

El escenario actual se presenta de manera alentadora. Los avances y logros alcanzados no son naturales ni fenómenos aislados sino que es el producto de múltiples factores, algunos de ellos descriptos durante el presente trabajo.

El desafío es continuar profundizando el cambio lo cual no puede pensarse de otro modo que mediante una construcción colectiva.

El TS que no se propone hacer una lectura más profunda y problematizadora no podrá favorecer la ruptura de los mitos en torno a la vejez y a las instituciones.

Es importante continuar trabajando en la producción de conocimiento y en la formación de los profesionales.

El personal de atención directa necesariamente debe ser parte del cambio y he aquí un gran desafío para realizar un aporte específico desde la profesión.

El trabajo en equipo enriquece y pluraliza líneas de intervención posibles. Resulta entonces que hasta acá tenemos: el reconocimiento del sujeto de derecho, las Residencias para Adultos Mayores que ya no son “asilos”, un Trabajador Social que ha resignificado nociones de la intervención profesional proponiendo un abordaje desde la singularidad, la modalidad de Taller como instancia que favorece la identidad colectiva y ahora sumamos al viejo-residente con un posicionamiento positivo hacia la situación de institucionalización y hacia la etapa de la vida que transita.

La conclusión de este trabajo es la propuesta del mismo... La descripción de la práctica, sostenida desde argumentos teóricos invita a los Trabajadores Sociales que se hayan sentido tentados a formar parte del trabajo relacionado con Residencias para Adultos Mayores a formarse y acercarse a este universo que marca una evolución permanente y que necesita de profesionales dispuestos a continuar consolidando el proceso de cambio de un modo creativo, dinámico y profundamente comprometido.

Referencia bibliográfica

ASAMBLEA GENERAL. OEA/Ser.P. AG/doc 5493/15. Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores

Zolotow, David Mario. “Los devenires de la ancianidad”. Pag. 130. Año 2002

Ludi Ma. Del Carmen. “Revista Catedra Paralela” N*8. Año 2011

www.pami.org.ar. Resolucion 559/1. Reglamento. Anexo II

Cazzaniga Susana. Desde el Fondo. Cuadernillo Temático N*22. El Abordaje desde la singularidad.

CONTRIBUCIONES DE LA VALORACIÓN SOCIAL EN LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL: UNA MIRADA GERONTOLÓGICA DE LOS PROCESOS DE EVALUACIÓN DE LA VEJEZ.

Dornell, Teresa²³; Mauros, Romina; Stemphelet, Saphir Uruguay.
Facultad de Ciencias Sociales- Departamento de Trabajo Social- Área de Vejez y
Trabajo Social de la Universidad de la República.

Resumen

Este artículo pretende aportar en los equipos interdisciplinarios un debate de la importancia de trabajar desde un enfoque integral gerontológico de la valoración social de la vejez que supere la valoración geriátrica tradicional.

La valoración social, se presentará como la modalidad evaluativa por la cual se detectan, describen y precisan múltiples problemas físicos, funcionales, psicológicos, culturales y socio- ambientales. En este proceso se registrarán recursos y posibilidades de la persona, se valorará la necesidad de servicios y, se elaborará en función de lo recabado, un plan de cuidados dirigido a satisfacer las necesidades de la persona y de quienes cumplen el rol de cuidadores, por parte de los equipos interdisciplinarios.

El conocimiento y comprensión de la intersección de las esferas físicas, psíquicas, sociales y culturales da como resultado la valoración socio- funcional global. Esta integración funcional expresa la capacidad o incapacidad, por parte del individuo, de vivir con autonomía y auto- validez en el medio comunitario. Se pretende mapear los servicios que presenta la comunidad o localidad en referencia a la atención asistencial como educativo promocional, a través de los estudios de geo-referenciación junto a la cartografía redal personal y social para potenciar el uso de recursos localesterritoriales.

Esta valoración permite conocer la Salud Física (antecedentes de enfermedades, nutrición, consumo de medicamentos y auto-percepción de salud), la Salud Psíquica (funciones cognitiva y afectiva y de conducta) y la Salud Social (vivienda, familia, amigos, redes, necesidades de cuidado e ingresos), comprendiendo el grado de vulnerabilidad de la persona/s. La evaluación deberá ser multidimensional, cualquier comportamiento es el resultado de la interacción entre factores biológicos- físicos, psicológicos- psíquicos y ambientales- sociales- culturales. Si se considera evaluar el comportamiento de una persona, se tiene que tener en cuenta todos estos factores; con proyección de trabajo en equipo entre las disciplinas, las personas implicadas en este proceso y los representantes institucionales.

²³ Correo electrónico: teresadornell@hotmail.com

Aproximación al tema de la Valoración Social

El presente artículo pretende aportar en los equipos interdisciplinarios el debate de la importancia de trabajar desde un enfoque integral gerontológico de la valoración social de la vejez que supere la valoración geriátrica tradicional.

El abordaje del tema de la valoración social, funda su interés en la aspiración de querer socializar y acordar en los equipos de trabajo, dispositivos consensuados que nos habiliten a actuar en esa realidad compleja en la cual se desarrolla la intervención de las profesiones.

La preocupación en la interpelación de esta temática surge del Área de Vejez y Trabajo Social del Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, que la viene trabajando y procesando en sus espacios colectivos con la finalidad de generar debates y formalizar la discusión no solo en el seno intradisciplinar sino en conjunto a otras profesiones (mirada multidisciplinar), aportando a la visibilidad y enunciabilidad de los procesos de subjetivación en la vejez y envejecimiento a través del abordaje de la valoración social integral.

A su vez, se ambiciona aportar una mirada académica que brinde un soporte teórico y metodológico dirigido a los profesionales que desarrollan sus prácticas en esta área de saber (producción de conocimientos) y de hacer (intervención de las profesiones).

Es así, que la valoración social, se presentará como una modalidad evaluativa por la cual se detectan, describen (como calificación de una o varias condiciones que se presentan) y precisan (en el sentido de definir y explicar los eventos que ocurren en ese proceso) múltiples problemas físicos, funcionales, psicológicos, culturales y socioambientales de los adultos mayores. Esta modalidad evaluativa, a su vez, puede officiar de dispositivo para cualquier grupo etario.

En este proceso de apreciación valorativa y crítica evaluativa se registran recursos y posibilidades, en tanto capacidades o potencialidades de las personas viejas. Se considerará la necesidad de conocer los servicios, con la centralidad en la accesibilidad y la disponibilidad y, se elaborará en función de lo recabado, un plan estratégico de cuidados dirigido a satisfacer las necesidades de la persona y de quienes cumplen el rol de cuidadores, por parte de los equipos interdisciplinarios.

La complejidad de la construcción de la persona humana, así como las distintas generaciones por las que va atravesando en el proceso de su vida, implica la vida cotidiana de cada individuo, el contexto donde se desarrolla y cada historia personal (analizándose lo propio en cómo incide en el envejecimiento personal).

El hablar de envejecimiento en sociedades modernas capitalistas globalizadas – como son las del S. XXI -, implica tomar en cuenta factores económicos, políticos, sociales, culturales y tecnológicos.

La población del Uruguay es altamente envejecida, representando el 20% del total del país, y sin embargo muchas veces esta población es ignorada en cuanto a los aportes significativos que puede brindar a la estructura socio-económica y cultural.

Parafraseando a Dornell (2011):

“ (...) están expuestos a un conjunto de situaciones y de problemáticas muy específicas que reclaman, por una parte, una mayor atención de las políticas sociales, y por otra, una mayor reflexión y toma de conciencia de toda la sociedad en su conjunto. (...) Los efectos del envejecimiento y las necesidades propias de este proceso, se tornan un problema ante la ausencia de intervenciones o respuestas integrales. Esto implica no solo la ausencia de actores institucionales que respondan a las necesidades de estas personas sino la falta de iniciativa política por parte de los sectores del poder hacia el enfrentamiento de estos desafíos.”

El envejecimiento es un proceso, no solo biológico sino cultural y psicosocial. No es único, sino heterogéneo, dependiendo de los entornos y contextos en los que el viejo vive y se relaciona. Este proceso es reconocido como la unidad de la diversidad, ya que cada persona envejece según el entrelazamiento de sus trayectorias vitales (como camino a lo largo de toda la vida) y transiciones (como eventos o hitos específicos) que configuran tanto su historia individual como social.

Es el resultante de la interacción de los factores genéticos, las influencias extrínsecas del medio ambiente y la adaptabilidad de un organismo a medida que pasa el tiempo.

Cuando esa adaptabilidad se ve limitada por amenazas o agresiones, acarrea la presencia de deterioro y aparición de situaciones de riesgo, que se asocian con la fragilidad.

Desde este marco el envejecimiento activo reivindica las acciones productivas de esta generación con amplio reconocimiento comunitario, lo que implica *“(...) una diferencia sustancial entre estar y/o acompañar, y formar parte de las redes sociales, reforzando la pertenencia al contexto social y fundamentalmente tomando parte, influyendo y decidiendo” (Dornell, 2011).*

Las metas desde el enfoque integral de cuidados en la vejez, están relacionadas, con el equilibrio personal, el desarrollo de sus habilidades y la resolución de sus conflictos, además de los modelos de auto cuidado y cuidado que se establezcan, en referencia directa con los procesos de valoración social.

Los instrumentos de medida de la valoración social que generalmente la bibliografía presenta sobre este tópico se centran desde la perspectiva de las pérdidas o deterioros y no desde la mirada de las capacidades y mecanismos de auto- validez parcial o total de los viejos.

Por eso, en la generalidad de los instrumentos elaborados para la valoración del estado de situación del viejo, la dimensión de cualificación en los grados de autovalidez y su capacidad de autonomía mediante los análisis gnoseológicos de la vejez están casi omisos.

No se reconoce a la autovalidez, como la capacidad de la persona de efectuar por sí misma, sin ayuda de otro u otros algunas de las actividades de la vida diaria. Por ejemplo, una persona anciana cuadripléjica, con entendimiento y lúcida es una persona autónoma pero no es autovalida, en cambio una persona que padece una depresión severa como en el Alzheimer, es autoválida pero no es autónoma.

El colocar y problematizar el concepto de autonomía como otro constructo social de importancia en la vejez, amplía la gama de perspectivas, en el sentido de trayectorias posibles de los viejos en la recorrida de la valoración social hacia lo integral. El presente concepto de autonomía refiere fundamentalmente a las posibilidades en la toma de decisiones individuales, sin dejar de lado las repercusiones colectivas que ellas acarrearán (Dornell; 2011).

El poder definir y consensuar a la autonomía como la capacidad y derecho de las personas de poder elegir (escoger o seleccionar) ellas mismas las reglas de su conducta, la orientación de sus actos y los riesgos que está dispuesto a correr, es un punto de partida de trascendencia para el trabajo de las profesiones.

Si bien, la Valoración Gerontológica, estudia la:

- Salud Física: antecedentes de enfermedades, el campo alimentario nutricional, el consumo de medicamentos y auto-percepción de salud,
- Salud Psíquica: condiciones de las funciones cognitiva y afectiva y de conducta,
- Salud Social: los aspectos relacionados al tema habitacional- la vivienda y los servicios y condiciones que rodean ese ambiente, las características de las familias, los procesos vinculares con amigos, los sistemas relacionales redales, los sistemas de sostén social para cubrir las necesidades de cuidado y las modalidades de ingresos, y
- Salud Espiritual: la actitud personal ante la edad que se tiene y las prácticas religiosas que se profesan y como ellas regulan los procesos de rutinización, nos permite conocer, el grado de vulnerabilidad del viejo.

Los diversos grados de vulnerabilidad son complejos y ofician de llamadores, en el sentido de alerta en las situaciones de vejez, son aquellos que se presentan en el estudio de la valoración gerontológica, y que por lo menos aparecen cuando se encuentran en el estudio algunas de las siguientes características: (a) ser mayor de 85 años, (b) vivir sólo, (c) presentar un historial médico de varias enfermedades, (d) poseer deterioro cognitivo, (e) mostrar discapacidades adquiridas, (f) tener antecedentes de reiterados de caídas, (g) sufrir incontinencias y (h) estar en condiciones objetivas de pobreza y/o encontrarse marginados de los preceptos ordenadores de la vida social.

El interpelar la valoración social desde una mirada gerontológica en la vejez, es tener en cuenta que dicha evaluación, la cual se debe caracterizar por ser integral y multidimensional, reconoce que cualquier comportamiento del ser humano, es el resultado de la interacción entre factores biológicos- físicos, psicológicos- psíquicos y ambientales- sociales- culturales. Si se considera evaluar el comportamiento de una persona vieja, se tiene que tener en cuenta que todos estos factores habrán adquirido una interdependencia mayor que en otras edades.

En síntesis, el conocimiento y comprensión de la intersección de las esferas físicas, psíquicas, sociales y culturales da como resultado la valoración socio- funcional global.

Esta integración funcional expresa la capacidad o incapacidad, por parte del individuo, de vivir con independencia y auto- validez en el medio comunitario, respetando su autonomía.

El mapear los servicios que presenta la comunidad o localidad en referencia a la atención asistencial (sistema socio- sanitario) como de lo educativo promocional, a través de los estudios de geo-referenciación junto a la cartografía redal personal y social para potenciar el uso de recursos locales- territoriales en la vejez se torna imprescindible para así poder realizar un aporte de relevancia en la valoración social.

Vectores interpelantes en la Valoración Social

A pesar de la multiplicidad de aspectos que abarca o pretende abarcar este dispositivo de valoración social en el campo gerontológico el mismo, presenta dificultades, que podrán ser subsanados parcialmente, sí en:

- primer lugar se parte de la creación y proyección de trabajo: en equipo entre las disciplinas (actor técnico), con los actores locales de referencia de la sociedad civil organizada sobre el tema de vejez y envejecimiento (actor social), con los representantes institucionales responsables de viabilizar políticas públicas hacia los adultos mayores (actor administrativo) y con los delegados políticos (actor político) y,
- segundo lugar si se descentra el control de este proceso de valoración en otros poseedores no solo de poder sino de saber, en el sentido epistémico, y se concentra en como expresan e interpretan como los viejos viven, como piensan y sienten su vejez, siendo los propios ancianos sujetos autónomos de su proyecto de vida.

Para que el viejo viva en forma independiente en la sociedad debe tener la capacidad de poder realizar ciertas actividades tomando él las decisiones. Cuando por algún motivo se ve imposibilitado de llevarlas a cabo, las personas y/o instituciones que lo rodean deberían ayudarlo, para que siga en la comunidad y no pierda la capacidad de decidir.

El que esto no ocurra se puede deber a múltiples factores: enfermedades físicas o psíquicas del anciano que requiere institucionalización permanente o por tiempo prolongado; cambios de su entorno inmediato, como son los cambios de domicilio o deterioro de la vivienda; ó carencias y ausencias de sistemas integrados y coordinados de servicios asistenciales de apoyo; que se pueden contrarrestar con la conformación de un tejido personal, familiar y comunitario salutogénico que permita a los viejos reconocerse como miembros de la comunidad.

En estas situaciones (como en otras) el concepto de valoración social tiene como finalidad aportar a la calidad de vida de los ancianos, en cuánto capacidad de mantenimiento y reivindicación de sus necesarios cambios. La calidad de vida hace a la satisfacción de necesidades de diversa naturaleza: materiales como simbólicas; así como a las que hacen referencia a la selección y satisfacción de las necesidades básicas primarias, como secundarias.

Las necesidades primarias son las consideradas imprescindibles para la conservación de la vida: Físicas (alimento, vestuario, vivienda y salud), Sociales (seguridad social, solidaridad e integración con igualdad en la distribución del prestigio), Culturales (educación, entretenimiento, ocio creativo e innovador, imagen del mundo e información) y Políticas (posibilidad de votar y proponer cambios al proyecto nacional)

Mientras que las necesidades secundarias son las que refieren a las relaciones sociales y a las actividades de intercambio y socialización con su familia, pares, vecinos; de manera presencial como a distancia (cartas, mail, telefónicas). Algunas de ellas se relacionan con las redes sociales como instrumento de soporte social- en tanto ayuda (económica, emocional e instrumental proporcionada al anciano) y otras con los recursos sociales.

El explorar y descubrir nuevos dispositivos para la comprensión de la vejez, es parte de potenciar las habilidades (Vega y Bueno, 1995) que a lo largo de la vida las personas adultas mayores aprovecharán, como son:

- la inteligencia comprendida como la capacidad de poder escoger conocimientos que le permitan analizar y responder a las diversas interpelaciones de la vida cotidiana,
- la creatividad como la capacidad de recrear y crear nuevos conocimientos, con la cualidad de poder compartirlos con los demás, intercambiar y socializar pareceres,
- la sabiduría, que es la posibilidad de continuar profundiza los conocimientos, apropiarse de nuevos y con la comprensión de las diversas limitaciones que se presentan en el curso de vida de cada uno.

Estas tres dimensiones analíticas presentadas con antelación se presentan como herramientas que le permitan afrontar su propia existencia, en el sentido de envejecimiento autónomo y participativo. Interpelando a la vejez, no sólo como un hecho estadístico de descripción de fenómenos bio- psico- sociales, sino como la conclusión y prolongación de un proceso cultural como totalidad, que se inicia cuando nacemos.

Para Simone de Beauvoir (1988,158): *“(...) la vejez no es una conclusión necesaria de la existencia humana, a pesar de que es una verdad empírica, universal y que a partir de cierto número de años el organismo humano sufre una involución”. Es “(...) a menudo un cambio de su actitud hacia sí mismo y hacia el mundo”.-*

La mirada socialmente impuesta sobre la vejez y el envejecimiento significa no poseer proyectos vitales propios ni deseos de realizar modificaciones, apunta a una visión de la realidad donde se proyecta al viejo/a desde la pasividad, inactividad y dependencia; otorgándose, el sentido de carga social, y no el de un sujeto activo, partícipe de los cambios socio culturales, con capital cultural y social acumulado y hacedor de una historia de la que hoy el forma parte.

Problematizaciones en torno a la Valoración Social

La evaluación deberá ser multidimensional, cualquier comportamiento es el resultado de la interacción entre factores biológicos- físicos, psicológicos- psíquicos y ambientales- sociales- culturales. Si se considera evaluar el comportamiento de una persona anciana, se tiene que tener en cuenta todos estos factores; con proyección de trabajo en equipo entre las disciplinas, las personas implicadas en este proceso y los representantes institucionales.

Se pretende hacer una evaluación que sitúe a la persona vieja en comparación con lo que suele ocurrir a esa determinada edad en variables tan importantes como el funcionamiento cognitivo, la afectividad o el ambiente. Ello conlleva, necesariamente, a la utilización de instrumentos que estén previamente estandarizados, a través de los cuales puedan ser presentadas las competencias y habilidades, así como, detectados los potenciales déficit que puedan coadyuvar en el debido acompañamiento de cada situación.

Para promover un envejecimiento vincular saludable, existen algunos factores protectores, pero para ello, se debería partir de la discusión del par dialéctico opuesto como complementario, como es el concepto de riesgo social.

La comprensión del análisis de los factores de riesgo como dispositivo de protección y no como factores que afectan negativamente al anciano implica superar el concepto de fragilidad en la vejez, sin dejar de reconocer que si se reduce el número de los vínculos existentes, por muerte, migración o debilitamiento de sus miembros; y si los procesos de mantenimiento de las redes sociales se hacen más gravosos la energía para mantener activos los vínculos disminuye y las funciones sensoriales disminuyen su agudeza.

En el estudio de la valoración social no se desconoce, ni se deja de explorar las fragilidades en la vejez, su presentación como un síndrome caracterizado por múltiples manifestaciones (envejecimiento biológico, enfermedades crónicas, estilos de vida y otros factores de riesgo) y condicionantes progresivas (pluripatologías, patologías invalidantes, problemas cognitivos o afectivos, reingresos recurrentes a los servicios de salud, caídas reiteradas, ser mayor de 80 años, redes de sostén), que detectadas tempranamente permiten prevención primaria como secundaria.

Si bien, la fragilidad puede llevar a comprometer la independencia en la vejez, el poder determinar los componentes sustantivos que la conducen, permitirá implementar medidas socio-sanitarias cuya centralidad está en las implicaciones de cuidado en el viejo, entendiendo las disfunciones de los sistemas que conllevan a la discapacidad, con la disminución de las capacidades de resistencia ante situaciones estresantes o eventos adversos en la vida diaria, produciendo desgastes-grietas en los cuerpos y corporalidades de las viejas y los viejos.

La fragilidad se convierte en un tema aún más problemático cuando esas personas en la vejez están solas y aisladas, el estado de soledad como la situación de aislamiento representan un riesgo en sí mismo. Por este motivo, es fundamental sugerir estrategias que articulen y potencien las acciones entre los mismos implicando a redes sociales de sostén, familiares (si los tiene), grupos de pares, vecinos, cuidadores junto a las organizaciones de la comunidad, con la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad de vida en la vejez y el envejecimiento, dándole sentido a la vida.

Afrontar los conocimientos por la valoración social de los contextos: psico-afectivos (denunciando el maltrato), socio-ambientales (revelando la negligencia), socioculturales (evitando el desprecio) y económicos (disponibilidad y accesibilidad a los recursos) en donde se desenvuelve la vejez, nos permite entender al proceso de envejecimiento como una potencialidad, un desafío colectivo de corresponsabilidad entre actores profesionales, actores políticos, familias y las diversas modalidades organizativas de la sociedad civil.

La habilidad de pensar e implementar abordajes de cuidado integral e interdisciplinar (en lo sanitario y en lo social), que nos acerquen a la cotidianeidad de los viejos -a sus domicilios-, brinda la posibilidad de anticipación al riesgo y por ende, al estado de fragilización del envejecimiento, fortaleciendo acciones de prevención en este campo de trabajo. Contribuye al empoderamiento colectivo y al desarrollo de destrezas resilientes en la vejez.

La evaluación precoz a partir de la valoración social de los factores de riesgo, apuesta a construir dispositivos basados en la recuperación de formas de protección en tanto responsabilidad y solidaridad familiar y organizacional de los vínculos y los lazos sociales, que impactan en la identidad personal (en tanto historia singular) como social (en tanto itinerario colectivo); retrasando o revirtiendo el estado de fragilidad y la presentación de desenlaces complejos que vulneren la autonomía de las personas adultas mayores.

La valoración social debe brindar aportes en el entendido de estrategias que estén basadas en el apoyo mutuo, en la transferencia de habilidades y experiencia, en la responsabilidad colectiva. El poner en marcha nuevas vías para valorizar el potencial de crecimiento que representan las personas mayores, es considerar la presentación de la vejez como una etapa de autogratificación.

Si bien, hay diversas modalidades de valoraciones sociales que aportan a las miradas gerontológicas, el abordaje integral en el enfoque, significa retomar las condiciones objetivas como subjetivas de la vida cotidiana y de la realidad socio-cultural en la cual viven las/los viejas/os; realidad que se construye a partir de registros /en tantos relatos o narraciones) de tres esferas netamente diferenciadas, pero interconectadas entre sí, como son: (i) la realidad en sí misma- lo que el/la viejo/a dice que es y cómo se vive a sí mismo, (ii) lo imaginario (supuesto ideal)- lo que el/la viejo/a cree que es y sobre esta concepción desarrolla su vida cotidiana y, (iii) lo simbólico (imaginado configurativo)- lo que “otros” dicen de ese estado de vejez (Dornell et al; 2014) .

Es así, que se considera que la valoración social debería ocuparse de: (i) explorar las capacidades (Amartya Sen, 1989) que existen en el viejo de adaptarse a los desafíos que le interpelan su vida cotidiana, (ii) conocer la relación que existe entre el/la viejo/a y su entorno (Krieger, 2002) y, (iii) la educación y promoción del auto-cuidado en todas sus manifestaciones (físicas, psicológicas, sociales y culturales) en esta etapa del curso de vida del ser humano (Drèze, 1989).

Los escenarios posibles, en tanto, recorridas a transitar, prometen una relación que resulta mutuamente beneficiosa pudiendo desembocar en un intercambio habilitador de las transformaciones, en el cual se pueden generar cambios en cualquier momento de la vida por medio de una conducta reflexiva, que es una conducta a entrenar desde las generaciones venideras como valor atesorado en la vejez o en las vejeces.

Referencias Bibliográficas

- Amartya Sen, K y Dréze, J (1989). *Hunger and Public Action*. Oxford: Clarendon Press.
- Buz, J y Bueno, B (2006). "Las relaciones intergeneracionales". Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 66. Lecciones de Gerontología, X [Fecha de publicación: 16/10/2006].
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/buz-relaciones-01.pdf>
- Consejo Estatal de las Personas Mayores (2009) III Congreso Estatal de Personas Mayores. Disponible en: versión pdf [envejecimiento.csic.es/documentos/.../consejoestatal-ponencia2009-01](http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/.../consejoestatal-ponencia2009-01). de Beauvoir, Simone (1988). *La vejez*. Editorial Hermes, México.
- Díaz Torres, J M (2005). Análisis y perspectivas filosóficas, epistemológicas e históricas de la contemporaneidad desde un discurso crítico-pedagógico. En: dialnet.unirioja.es
- Dornell, T, Mauro, R; Stemphelet, S y Sande, S (2015). El desafío del cuidado humano en Uruguay: Dilemas para el Trabajo Social (2013). En: Paola, J P. Más mayores, más derechos: diálogos interdisciplinarios sobre vejez. EDULP, La Plata, Argentina.
- Dornell, T; Sande, S; Aguirre, M (2014) . La Valoración Social en el envejecimiento y la vejez (2011). En: Debates y proposiciones de Trabajo Social en el marco del Bicentenario. Comp. Carmen Inés Lera. Red Rioplatense de Unidades Académicas de Trabajo Social. UNER, Argentina.
- Dornell, T (2011). Debate sobre bienestar en la vejez. En: Publicación "Carta Geriátrica Gerontológica No.4" (Montevideo, Uruguay, Junio, 2011).
- Dornell, T (2009). *Lo visible y lo enunciable en la vejez*. Área de Vejez y Trabajo Social. DTS-FCS-UdelaR; Documentos de Trabajo.
- _____ (2009) *Conceptualizando la vejez en el Uruguay*. Área de Vejez y Trabajo Social. DTS-FCS-UdelaR; Documentos de Trabajo.
- _____ (2009) *Las transformaciones familiares y sus repercusiones en la vejez*. Área de Vejez y Trabajo Social. DTS-FCS-UdelaR; Documentos de Trabajo.
- Krieger, M (2002). *Sociología de las organizaciones: Una introducción al comportamiento organizacional*. Editorial: Prentice Hall, Argentina.
- López Ortega M, Rosas Carrasco O y Torres Carrillo NM (2010). Fragilidad: Conceptos, Desarrollo y Desenlaces. En: *Revista del Instituto de Geriátrica de México* (p. 157-170).
- Observatorio de Mayores-IMSERSO (2004). *Encuesta sobre Condiciones de Vida de los Mayores*.
- Redín J M (2007). Evaluación del paciente geriátrico y concepto de fragilidad. Servicio de Geriátrica. Hospital de Navarra, Pamplona- España.
- Vega, JL y Bueno, B (1995) *Desarrollo adulto y envejecimiento*. Editorial Síntesis, Madrid.
- Valero C, Regalado P, Gonzalez Montalvo J, Alarcón MI, Salgado A (1999). Valoración Geriátrica Integral (I) En: *ANALES Sis San Navarra* 1999, Vol. 22, Suplemento 1 (pag. 41-49).
- Yuni, J y Urbano, C (2008). La estimulación cognitiva de Adultos Mayores desde la perspectiva de la Ecología de la Vejez. En: *Revista Perspectivas en Psicología. Revista de Psicología y Ciencias Afines*. Volumen 5, Nº2 ISSN 1668-7175. Facultad de Mar del Plata. Noviembre de 2008, Argentina.

SISTEMA DE BECAS DE FORMACIÓN PROFESIONAL EN EL CAMPO DE LA GERONTOLOGÍA Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL INSSJ Y P – UNLAM. GEOREFERENCIA: “ACERCA DE UNA EXPERIENCIA EN P.A.M.I. CON PERSONAS MAYORES EN EL PARTIDO DE LA MATANZA”

Lic. Mabel Alfaro²⁴; Lic. Marisa Coria²⁵ ; Lic. Andrea Maldonado²⁶ ; Lic. María Cecilia Lucero²⁷; Lic. Paola Pérez²⁸; Lic. María del Carmen Pizarro²⁹.

RESUMEN

El presente trabajo fue realizado por Trabajadoras Sociales, egresadas de la UNLaM, en el marco del “Sistema de Becas de Formación Profesional en Gerontología y Seguridad Social” por convenio de Postgrado INSSJP –UNLaM durante el ciclo 2015/2016.

A necesidad del área del Servicio Social de la UGL XXXV, San Justo, de Pami y a partir de la inserción territorial se propuso como objetivo trabajar en la Georeferenciación de actores sociales.

Metodología: Aplicación de Mapeo de Actores Claves.

La problemática a analizar es “El acceso a los recursos sociales de las Personas Mayores en las localidades de Isidro Casanova, Rafael Castillo; González Catan y Virrey del Pino. La visualización de los niveles de influencia de los recursos y actores sociales mapeados posibilitan la reflexión y análisis de resultados en territorio. Se profundiza sobre las características de la zona delimitada, los datos relevados y los conceptos de vulnerabilidad Socio-Sanitaria, Fragilidad y Participación de las Personas Mayores en la región.

El desafío y propuesta de emplear la Georeferenciación como herramienta en las intervenciones del trabajo social, es una alternativa y estrategia de intervención, a fin de revalorizar los recursos locales, las potencialidades de la población, y promover el fortalecimiento a partir de la sinergia entre ambos, para una mejor calidad de vida de la comunidad. Permite un análisis territorial y crear respuestas a las problemáticas sociales que se detecten.

²⁴ Correo electrónico: celinealfar@gmail.com

²⁵ Correo electrónico: mariza_496@yahoo.com.ar

²⁶ Correo electrónico: andrea_maldonado83@hotmail.com

²⁷ Correo electrónico: ceci79_86@hotmail.com

²⁸ Correo electrónico: pperez_ts@live.com.ar

²⁹ Correo electrónico: mcpizarro@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo fue realizado por Trabajadoras Sociales egresadas de la Universidad Nacional de la Matanza (UNLaM); el desarrollo de esta tarea se encuadró en el “Sistema de Becas de Formación Profesional en Gerontología y Seguridad Social” de acuerdo al convenio firmado por esta Universidad con el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) durante el ciclo 2015/2016.

A solicitud del área de Servicio Social de la UGL XXXV (PAMI), La Matanza, de la Supervisión del Posgrado en Gerontología y Seguridad Social y a partir de la inserción territorial de las profesionales, se planteó como objetivo trabajar en la Georeferenciación de actores sociales.

La problemática analizada fue: “El acceso a los recursos sociales, de las Personas Mayores afiliadas a la Obra Social (PAMI), pertenecientes a las localidades de Isidro Casanova, Rafael Castillo, González Catán y Virrey del Pino, correspondientes al Partido de La Matanza”.

Este trabajo permitió la visualización de los niveles de influencia de los recursos y actores sociales mapeados, lo cual posibilitó la reflexión y análisis de los resultados en territorio. Se profundizó sobre las características de la zona delimitada, los datos relevados y los conceptos de vulnerabilidad Socio-Sanitaria, Fragilidad, Participación, y accesibilidad de las Personas Mayores en esa región.

FUNDAMENTACIÓN

Desde la Georeferencia y a partir del análisis del trabajo territorial se pretende abordar la problemáticas más significativas que repercuten en la vida cotidiana de las personas mayores, afiliadas a la Obra Social P.A.M.I. (Por una Argentina con Mayores Incluidos)³⁰; como también de los recursos sociales existentes, además analizar las relaciones, niveles de influencia y poder de los actores sociales.

Desde este trabajo se intenta mostrar el uso e implementación de la Georeferenciación como herramienta de intervención profesional para fortalecer el trabajo de las instituciones/ recursos sociales, visibilizar potencialidades y enunciar propuestas y desafíos de acción para fortalecer la contención y mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

Las problemáticas que se analizan, se encuentran estrechamente vinculadas a la situación de vulnerabilidad y al proceso de fragilización de los afiliados, ambos fenómenos generan un fuerte impacto en detrimento de la calidad de vida de las personas mayores por lo cual consideramos de suma importancia su análisis.

³⁰ El 13 de mayo de 1971 se creó el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, más conocido como PAMI –Plan de Asistencia Médica Integral–, en la actualidad, la sigla significa- Por una Argentina con Mayores Integrados- con el fin de brindar atención médica, social y asistencial a una población específica: los adultos mayores. PAMI comenzó brindando sus servicios sólo en Capital Federal; hoy está presente en todo el país y cuenta con más de 650 oficinas en capitales, ciudades y pueblos de todas las provincias argentinas. Alcanza a más de 4.800.000 afiliados, entre jubilados y sus familiares a cargo, discapacitados, pensionados y veteranos de Malvinas.

METODOLOGÍA

- * Tipo de Estudio: Georeferenciación.
- * Población de Estudio: Personas Mayores de 60 años y Actores Sociales (Instituciones, Profesionales y Recursos Sociales varios).
- * Técnicas empleadas: Mapeo de Actores Claves (MAC), Entrevista y Observación Participante.

La Técnica de Mapeo de Actores Claves (MAC), fue considerada apropiada para la ejecución del presente estudio; esta técnica es entendida como una herramienta de diagnóstico y gestión de proyectos; por su potencialidad permite identificar un listado de posibles actores en un territorio como también conocer sus acciones y objetivos.

Como metodología se vincula a la teoría de redes sociales, porque analiza la participación de los actores sociales/ instituciones y recursos de diversos tipos, además, permite acceder de manera rápida a la trama de relaciones sociales dadas en una zona determinada. En el MAC se identifican los roles y poderes de los actores sociales más relevantes y se visualizan los niveles de influencia, también posibilita conocer las alianzas, conflictos, barreras de acceso y problemas del territorio.

Esta técnica fue seleccionada por ser la más adecuada para el desarrollo de esta experiencia con personas mayores; es una herramienta de síntesis de la realidad que genera una radiografía superficial de la situación en un tiempo y espacio determinado, dado que las circunstancias son cambiantes y, tanto roles y funciones de determinados actores pueden modificarse.

El Mapeo de Actores Clave, facilita el abordaje y la problematización que presentan los adultos mayores en relación a los recursos existentes y la satisfacción de sus necesidades.

- * Herramienta: Plataforma de Software Libre de Cartografía Social. CartoDB

Se trata de una plataforma de software libre que funciona como herramienta de visualización y localización; permite analizar, visualizar y construir aplicaciones con datos en mapas, de forma rápida, sencilla, creando mapas dinámicos.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

“El acceso a los recursos sociales, de las Personas Mayores afiliadas a la Obra Social (PAMI), pertenecientes a las localidades de Isidro Casanova , Rafael Castillo, González Catán y Virrey del Pino, correspondientes al Partido de La Matanza”.

OBJETIVO GENERAL

- ✓ Identificar la accesibilidad a los recursos sociales y de la Obra Social, en la vida cotidiana de las Personas Mayores de la región delimitada.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar los actores/recursos sociales existentes en las zonas delimitadas.
- ✓ Detectar las barreras que impiden el acceso a los recursos sociales existentes en la zona.
- ✓ Caracterizar el territorio delimitado del Partido de La Matanza.
- ✓ Realizar Mapeo de Actores Claves de la zona delimitada.
- ✓ Realizar propuestas desde el rol profesional.

MARCO TEÓRICO

Dado que en este trabajo se abordan las problemáticas que presentan las personas mayores en la región, vinculadas a la situación de vulnerabilidad sociosanitaria y al proceso de fragilización, consideramos desarrollar el concepto de persona/adulto mayor, término que utilizaremos de manera indistinta; seguidamente el de vulnerabilidad sociosanitaria y proceso de fragilización, dada actor/recurso social -accesibilidad, para finalizar con el enfoque de derechos, perspectiva que señala una nueva mirada de la vejez.

La denominación persona mayor, se encuentra estrechamente relacionada con temas de envejecimiento y vejez. El envejecimiento es un proceso dinámico y multidimensional que se da a lo largo de la vida de los seres humanos y se encuentra influido por factores endógenos y exógenos. El envejecimiento no es una enfermedad, sino un proceso con múltiples causas que llevan a la vejez, es tan heterogéneo en su manifestación como lo son los seres humanos. Desde lo biológico hay cuatro variedades de envejecimiento: 1) normal, primario o usual 2) exitoso u óptimo 3) patológico o secundario y 4) terciario. El normal o usual se refiere a personas que llevan una vida activa, sin enfermedades o procesos patológicos, con una salud acorde a la edad cronológica. El exitoso u óptimo se observa cierta disminución funcional y sensorial propio del proceso vital. El envejecimiento secundario muestra enfermedades crónicas y cardiovasculares que lleva a un marcado deterioro de salud. El terciario se manifiesta hacia el final de la vida, mostrando un deterioro funcional acelerado antes de la muerte, influyen las condiciones socioculturales y surgen diferencias según la clase social, educacional, la autonomía personal y el género, las cargas de trabajo y las problemáticas vitales que tuvieron en sus vidas.

En un segundo término consideramos fundamental situarnos en los conceptos de vulnerabilidad sociosanitaria y proceso de fragilización; y para ello tendremos en cuenta aquí, las definiciones que se plantean desde la perspectiva de la CEPAL, Robert Castell, y el Inssjp. En primer lugar la CEPAL señala que la vulnerabilidad sociosanitaria es un fenómeno social multidimensional que da cuenta del riesgo, inseguridad e indefensión asociada a los recursos que el individuo o familias poseen. Los hogares vulnerables se enfrentan al riesgo de deterioro o imposibilidad de mejorar sus condiciones de vida en todos sus aspectos ya sean habitacionales, sanitarios, educativos, laborales, de participación etc. Por su parte, Robert Castell define a la vulnerabilidad como el área de riesgo e inestabilidad que se da entre la zona de integración y la de exclusión; en tercer lugar, el Inssjp, a partir del modelo Socio

comunitario, entiende a la vulnerabilidad Sociosanitaria como una combinación de la pobreza, con la vulnerabilidad producida por la pérdida de la autonomía funcional. Este concepto incluye a la fragilidad ya que se ven afectados aspectos fisiológicos y neurosensoriales, de la persona llevándola a un estado de fragilidad, siendo implicados al menos dos de las cinco dimensiones del proceso de fragilización (sensorial, neurolocomotor, cognitivo, metabólico y enfermedades)³¹.

La última etapa del proceso de fragilización es la dependencia y que se manifiesta como “la incapacidad en una o más actividades de la vida diaria” tanto a nivel físico, psicológico, afectivo y en el nivel familiar, en este último nivel y como señala Mariñanski (2016) puede implicar para la red familiar de la persona mayor el “Costo Social”, agravándose aún más cuando por parte del Estado no se brinda el apoyo necesario y de la manera más eficiente. Estas situaciones de vulnerabilidad por la que atraviesan las personas mayores pertenecientes a las localidades abordadas para este trabajo, han podido ser visualizadas a través del proceso de trabajo realizado en el territorio; pese a que el modelo económico de la Globalización imperante, hace que resulten poco visibles agudizando las desigualdades sociales en que se encuentran gran cantidad de personas.

La situación sociosanitaria y económica de las personas mayores refleja los efectos de este modelo, pues en nuestra sociedad se percibe a las personas por su capacidad para producir o acumular riqueza material. El actual paradigma muestra a una juventud sana fuerte y productiva, por el contrario, los mayores cargan con una imagen negativa asociada a la enfermedad, la incapacidad y la improductividad. Es decir que, aquellos que no desempeñan una actividad productiva son una carga para los demás.

Esta actitud, fundamentada en una imagen estereotipada (negativa) de los mayores ha contribuido a generar actitudes y hábitos segregacionistas, que van desde el aislamiento de los mayores al interior de las familias, la falta de respeto hacia ellos, la institucionalización, maltrato, la falta de contacto, de disponibilidad y, hasta la ausencia de políticas públicas. Se expresa así, notoriamente, un abuso emocional - social y un avasallamiento a la dignidad y a los derechos de los mayores.

“Los ancianos marcan y recuerdan el paso del tiempo que es inexorable y del cual ningún ser viviente puede escapar y esto causa molestia, angustia, temor (a la vejez = a la muerte) y sabemos que el temor genera hostilidad y negación”³²

La apreciación negativa de los mayores lleva a la exclusión afectiva dentro del hogar, y estas situaciones se agudizan con las crisis y las dificultades económicas que atraviesan muchas familias a pesar de que en muchos hogares las jubilaciones o las pensiones de los mayores aportan significativamente al ingreso económico familiar. Otros factores de riesgo se relacionan con la infraestructura habitacional, las viviendas que no se adaptan a las limi-

³¹ Con el objetivo de incrementar la capacidad económica de las personas mayores afiliadas a la Obras Social Pami, en situación de vulnerabilidad, y a fin de afrontar las situaciones de crisis socio sanitaria, el INSSJP- PAMI, bajo resolución N° 1490/DE/2008, aprobó el PROGRAMA DE ASISTENCIA A SITUACIONES DE ALTO RIESGO SOCIO SANITARIO (PROSAR) con el propósito de asignar un subsidio económico conformando una herramienta de intervención social frente a situaciones problemáticas de riesgo socio sanitario.

³² Amico, L (2010) Revista Regional De Trabajo Social Año XXIV N° 48 -Envejecer en el Siglo XXI. No siempre querer es poder – Hacia la de-construcción de mitos y la superación de estereotipos en torno a los adultos mayores en sociedad. Montevideo : Editorial EPPAL

taciones del mayor y dificultan su movilidad, igualmente con los medios de transporte dado que los vehículos no se adecúan a las necesidades de los mayores o de las personas con movilidad reducida. Aquí podemos hacer referencia a un elemento que genera fuerte un alto impacto en la calidad de vida de las personas mayores, lo que denominamos la díada actor/recurso social³³- accesibilidad. El término accesibilidad va a corresponder con el grado de acceso o con la facilidad con la que cuenta la población adulta mayor, para utilizar los recursos sociales, según Carballada (2007), lo define “como el principio de accesibilidad que se basa, en el vínculo o lazo social, entre un sistema de salud o de acción social y los usuarios de este. De este modo, puede ser entendida como una relación cargada de significados que relaciona a las políticas, las instituciones y a la sociedad” (p.1);

A continuación se definen tres dimensiones de accesibilidad:

* **Accesibilidad geográfica:** se determina por la posibilidad de acceso a los recursos “según sea la distancia que la separa y las dificultades para llegar a ellos”; esta dimensión no sólo se refiere a la distancia geográfica, sino a las características locales, por ejemplo: como las calles de tierra, los basurales, la presencia de zonas inundables, la inseguridad, la disponibilidad y frecuencia de los medios de transporte. Estas características son visiblemente, notables en las localidades de González Catán y Virrey del Pino.

Como señala Floreal Ferrara (1985 citado en Carballada, 2007) : “la población se asienta en determinado lugar geográfico; generalmente los que más necesitan de los bienes y servicios (...) son aquellos que menos han podido elegir su destino geográfico. Habitan donde pueden y precisamente allí es donde no están o están muy lejos los recursos (...)”.

* **Accesibilidad económica:** vinculados con los ingresos, muchos de los afiliados perciben un haber mínimo, o dos haberes mínimos, muchas de las problemáticas que se presentan al respecto se relacionan a que estos ingresos, son insuficientes, o se encuentran comprometidos a erogaciones por préstamos, condicionando el acceso a alimentos nutritivos, a una vivienda adecuada y a la atención sanitaria.

* **Accesibilidad cultural:** relacionada al nivel de educación de la población, a medida que se avanza en el territorio, o en los cordones urbanos, el nivel educativo alcanzado es el de estudios primarios incompletos y/o analfabetismo.

* **Accesibilidad a la información:** por ejemplo a nivel institucional, la deficiente o ineficaz difusión de los servicios que prestan, se debe a falta de personal que otorgue una adecuada difusión de presupuesto para realizar campañas que lleguen a regiones más alejadas.

De esta forma podemos mencionar que al conformarse la díada actor/recurso social - accesibilidad; subyacen o se constituyen las barreras de acceso.

Ante estas situaciones podemos señalar que los adultos mayores están expuestos a situaciones de pobreza, exclusión social, aislamiento en la toma de decisiones, es decir, situaciones incompatibles con la dignidad humana y contrarias a todo principio que emane de Tratados, Convenciones, leyes nacionales que contemplan la protección de los derechos humanos de las personas mayores.

³³ Las Heras y Cortajarena (1985) definen a los recursos sociales “como aquellos medios humanos, materiales, técnicos, financieros, institucionales, que se dota a sí misma una sociedad para hacer frente a las necesidades de sus individuos, grupos y comunidades, en cuanto miembros integrantes de ellas”

Hacia una perspectiva superadora, es importante señalar que se han producido cambios en cuanto a modificar concepciones y prácticas negativas, hacia los adultos mayores; emergiendo en este campo, paradigmas en los que se conciben y posicionan a las a este grupo étéreo como sujetos de derechos con la finalidad de impulsar y favorecer modificaciones a dichas prácticas y discursos citamos como ejemplo a la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores cuyo objeto es “ *promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad.* Entre sus principios señala: “*el respeto a la autonomía de la persona mayor en la toma de sus decisiones, así como a su independencia en la realización de sus actos*”, favorecer procesos de autonomía, para contribuir a generar oportunidades, al desarrollo individual y colectivo, en donde el concepto de participación es primordial: “*La persona mayor tiene derecho a la participación activa, productiva, plena y efectiva dentro de la familia, la comunidad y la sociedad para su integración en todas ellas*” dado que se constituye como lo indica la autora Alba Zambrano (2005) en un proceso activo y responsable de integración de actores diversos en una relación orientada al desarrollo de las personas que participan, y que se da en el encuentro de dos dinámicas: la capacidad de participar y la oportunidad de participar. (p. 2). Señala además que este concepto tiende a utilizarse es dos sentidos: uno el “ser partícipe de”, y el otro “tomar parte de”. La primera comprende el recibir prestaciones y disponer de servicios, aquí la participación se conformaría como un elemento legitimador de poder, un mecanismo de integración; la segunda, es entendida como la capacidad de desarrollar iniciativas, tomar decisiones, ser parte activa de un proceso que comprende el logro del poder y el control de los recursos que determinan la calidad de vida de los sujetos, esta última incluye de forma compleja la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, sus creencias personales y su relación con las características destacadas de su entorno a medida que las personas envejecen, su calidad de vida³⁴ se ve determinada en gran medida por su capacidad para mantener la autonomía y la independencia .

Para finalizar y partir de lo desarrollado, queremos destacar que el proceso en el que paulatinamente se comienza a construir y constituir socialmente a la vejez, y ante el reconocimiento de la igualdad de derechos, como ocurre en los actuales instrumentos internacionales de derechos humanos o en las mismas legislaciones nacionales, no es suficiente para cambiar la situación de desventaja de las personas mayores (Cepal 2011); y como indicáramos precedentemente, el modelo dominante dificulta su realización, por lo tanto no propicia el ejercicio pleno de los derechos ciudadanos.

En base al enfoque de los derechos, se han elaborado leyes, políticas y programas, superando la visión de que las personas con necesidades deben ser asistidas, sino el de sujetos con derechos que obligan al Estado y al resto de la sociedad (Abramovich y Courtis, 2006;

³⁴ Según la Carta de Ottawa: “*la promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida. De este modo se incrementan las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y para que opte por todo lo que propicie la salud.*”

OACDH, 2004; CEPAL, 2006). Desde esta perspectiva, *“uno de los desafíos centrales de las políticas públicas basadas en los derechos es determinar la forma de contribuir a la construcción de una sociedad con cabida para todos, donde las personas, con independencia de su edad o de otras diferencias sociales, tengan las mismas oportunidades para hacer efectivo el respeto y ejercicio plenos de sus derechos humanos y libertades fundamentales”*.

CARACTERÍSTICAS DEL PARTIDO DE LA MATANZA

El partido de La Matanza se ubica al oeste del conurbano bonaerense y cuenta con una extensión de 325,71 km; limita con la ciudad autónoma de Buenos Aires, los partidos de Cañuelas, Marcos Paz, Lomas de Zamora, Esteban Echeverría, Merlo, Morón y Tres de Febrero. Se encuentra dividido en 15 localidades, las del primer cordón son Ramos Mejía, Villa Luzuriaga, Lomas del Mirador, Aldo Bonzi, Tapiales, La Tablada, San Justo y Ciudad Madero. Las que están ubicadas en el segundo cordón son Isidro Casanova, Rafael castillo, Ciudad Evita y Gregorio de Laferrere. Y las del tercer cordón González Catán, Virrey del Pino y 20 de Junio. Las características dependen de esta ubicación, habiendo ciudades urbanas, semi rurales y rurales. La localidad con mayor extensión es Virrey del Pino.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (censo 2001-2010), la cantidad de habitantes del Partido es de 1.775.816; cuenta con una población económicamente activa de 943.858 habitantes, la tasa de actividad es de 70,91%, la de empleo de un 66,86% y la de desempleo del 5,71%. Se trata del área más poblada del área Metropolitana (AMBA), solo superada por ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

Este partido puede dividírsele en tres cordones: el primer cordón limita con CABA y Ruta N° 4 o Mons. Rodolfo Bufano; el segundo cordón se ubican las localidades de Isidro Casanova y Rafael Castillo, objeto de este trabajo.

El tercer cordón, en el cual se encuentran las localidades de González Catán y Virrey de Pino, también objeto de este estudio y cuyo límite es la calle Paraná.

El distrito fue históricamente un bastión de la clase obrera; hasta finales del siglo XX se encontraban allí empresas como Chrysler (hoy se ubica allí UNLaM), Borgward (motores), Mercedes Benz (permanece aún hoy), Danubio (textil) y Textil Oeste, entre otras.

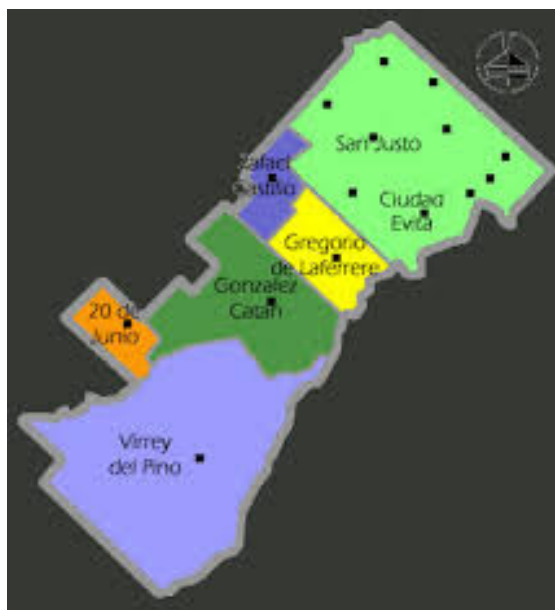
En la actualidad, las principales actividades económicas en el Distrito son: la industria manufacturera, los servicios inmobiliarios, empresariales y de alquiler, el transporte, almacenamiento y comunicaciones, también el comercio mayorista y minorista y reparaciones.

Ver anexos información complementaria:

* DATOS DEMOGRÁFICOS

* POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO DEL PARTIDO DE LA MATANZA.

CARACTERIZACIÓN DE LAS LOCALIDADES DELIMITADAS PARA EL MAC



ISIDRO CASANOVA

Ocupa 19,5 kilómetros, sus límites son calles Pedro León Gallo, Venezuela, Polledo, Carlos Casares, el Río Matanza, calle Cristianía ya avenida Crovara.

Limita con las localidades de Villa Luzuriaga, San Justo, Ciudad Evita, Rafael Castillo y Laferrere del mismo partido y con la localidad de Ezeiza a través del Río Matanza. Su principal acceso es a través de la Ruta Nacional N° 3 y la avenida República de Portugal y su estación ferroviaria pertenece a la Línea Belgrano Sur.

De acuerdo al Censo (año 2010) contaba con 186.000 habitantes.

Barrios Casanova Centro; Atalaya, San Alberto, San Miguel, San José, San Carlos – Emiliozzi, 20 de Junio, El Tambo, Conet, San Pedro, Santa Inés, Altos de Casanova, La Máxima.

RAFAEL CASTILLO

Rafael Castillo cuenta con una superficie de 14,25 km² Se encuentra a unos 20 km al oeste de la ciudad de Buenos Aires. Limita al norte con las localidades de Morón y Libertad, al este con Villa Luzuriaga e Isidro Casanova, al sur con Gregorio de Laferrere y González Catán. Su principal acceso es la Ruta Provincial 17 a cuatro kilómetros de la Ruta Nacional 3; y su estación de ferrocarril (Estación Rafael Castillo) de la línea Belgrano Sur.

Según el Censo Nacional de 2010 posee una cantidad de 146.854 habitantes. Sus límites son: las calles Cristianía, Polledo, la avenida Carlos Casares, La Bastilla, Intendente Ruso, Billinghamurst, García Merou, Av. Pierrestegui y Av. Don Bosco. Las últimas cuatro constituyen, además, el límite con los Partidos de Merlo y Morón.

Barrios: Abadía, Altos de Rafael Castillo, Castillo centro: zona comercial de la localidad, Central, Don Manuel, El Torero, El Trébol, El Vivero, Hipólito Yrigoyen, Islas Malvinas, La Bastilla, Luján, Lusitano, Paz, San Cayetano, San José, San Patricio, San Roque.

GONZALEZ CATÁN

Ocupa 52 kilómetros cuadrados, limita con las localidades de Rafael Castillo, Laferrere, Virrey del Pino, Veinte de Junio, también con las localidades de Libertad y Pontevedra del Partido de Merlo y la localidad de Ezeiza. De acuerdo al Censo (año 2010) la cantidad de habitantes era de 190.097.

Barrios Picaluga, 25 de Mayo, Alberdi (km30,7), El Bajo, El Dorado, El Fortín, El Mojón (km 29,8), El Talita, El Torito, Independencia (km29), La Encarnación, La Gloria, La Loma (km30,2), Las Nieves (km29,5), Lasalle, Los Ceibos (km32), Los Portu, Primavera, San Enrique, San José (km31), Santa Clara, Santa María, Ezcurra (km33), Villa del Carmen, Villa Dorrego (km30), Villa Santina, Villa Scasso (km28) y Barrio Barrientos.

VIRREY DEL PINO

Esta localidad ubicada en el Partido de la Matanza, ocupa 117 kilómetros; se encuentra a ambos lados de la ruta nacional N°3 (km. 34 y 48) , limita con las localidades de González Catán , 20 de Junio, Partido de Marcos Paz, Partido de Cañuelas y Partido de Ezeiza. (Calle Paraná, Partido de Marcos Paz, Arroyo Chacón y Río Matanza).

De acuerdo al Censo (año 2010) la localidad contaba con 180.500 habitantes.

Barrios Cruz del Sur, El Pino, La Foresta, San Mariano, San Pedro, El Sol, La Recoleta, San Martín, Oro Verde, Esperanza, Mercedes Benz, Santa Amelia, Vernazza.

DESARROLLO DEL ESTUDIO

El objetivo del MAC es identificar el tipo e intensidad de las relaciones establecidas entre los actores sociales claves registrados en territorio, así como los modos de relación (desde los más conflictivos a los más consensuales), con la finalidad de definir los ejes prioritarios de la acción social, los factores de bloqueo y las posibilidades de resolución de los conflictos. Definiendo quién hace qué, en nombre de quién, cómo, con qué objetivo, con quién y con qué resultados. Se procede a listar los recursos sociales, con nombre, dirección, teléfono, localidad y descripciones generales para el MAC.

Un actor social es un sujeto colectivo estructurado a partir de una conciencia de identidad propia, portador de valores, poseedor de un cierto número de recursos que le permiten actuar en el seno de una sociedad con vistas a defender los intereses de los miembros que lo componen y/o de los individuos que representa, para dar respuesta a las necesidades identificadas como prioritarias. Cada uno de estos actores tiene distintas visiones, distintas expectativas y distintas cuotas de poder para alcanzar sus objetivos.

ANÁLISIS DE ACTORES/ RECURSOS SOCIALES Y FUNCIONES

A continuación se detallan algunas funciones de los actores sociales que se graficarán en el mapeo territorial. Se valora la importancia de las funciones de cada actor, para posibilitar el análisis acerca del nivel de influencia que puede tener cada recurso en el ámbito local.

ACTOR / RECURSO SOCIAL	FUNCIÓN
Centro De Jubilados Y Pensionados	Socialización, Integración, Pertenencia
Agencia P.A.M.I.	Gestión De Prestaciones O. Soc.
Delegaciones Municipal	Gestión Acciones Varias
Registro Civil	Gestión De Cuestiones Inherentes Al Registro De Las Personas
Club	Esparcimiento, Recreación
Centro De Día	Contención Bio-Psico-Social
Sala De Salud	Asistencia, Promoción Y Prevención De La Salud
Centro De Salud	Asistencia, Promoción y Prevención de la Salud
Clínica	Asistencia, Promoción y Prevención de la Salud
Comedor	Asistencia Alimentaria
Ong / Fundación/ Asoc. Civil	Auto-Gestión De Necesidades Comunitarias
Medico De Cabecera	Atención Medica
Transporte	Traslado De Pasajeros
Residencia Geriátrica	Atención Integral En Vivienda Asistida. Contención
Trabajador Social	Asistencial, Socio-Educativa, Promoción, Prevención, Gestión
Instituciones Privadas	Varias
Actividades Preventivas	Recreación, Estimulación Cognitiva, Ocupación del Tiempo Libre, Educativas, Prevención de la Salud

SOCIOGRAMAS

A) ANÁLISIS DEL SOCIOGRAMA . AGENCIA ISIDRO CASANOVA

Este sociograma pretende dar cuenta de los recursos extra institucionales con los que interactúa el servicio social de la agencia Isidro Casanova, esta agencia atiende y presta servicio a los afiliados residentes en las localidades de Isidro Casanova y Rafael Castillo.

El mismo está basado en las relaciones existentes entre la agencia y las instituciones públicas, privadas y ong's de su área de influencia, e intenta dar respuesta a los interrogantes planteados acerca de la existencia y disponibilidad de recursos sociales y la posibilidad de acceso a los mismos.

Las personas mayores afiliadas a Pami residentes en las localidades de Isidro Casanova y Rafael Castillo ¿cuentan con la existencia de recursos sociales de los que pueda disponer con el propósito de mejorar su calidad de vida?

De acuerdo al relevamiento realizado, podemos inferir que en el área geográfica que comprende la Agencia de Isidro Casanova, se cuenta con recursos institucionales que consiguen favorecer la intervención de los profesionales que trabajan en el servicio social y ofrecer a los afiliados una variedad de actividades preventivas que posibiliten mejorar su calidad de vida.

Entre ellos podemos contar:

28 centros de jubilados que ofrecen actividades preventivas y recreativas, el Centro de Jubilados “San Roque” y el Ateneo “9 de Julio” cuentan con servicio de comedor, y la gran mayoría de estos centros realizan entrega de bolsón.

Los afiliados al instituto, cuentan además con la posibilidad de elegir entre los 32 médicos de cabecera que se encuentran en la zona de influencia.

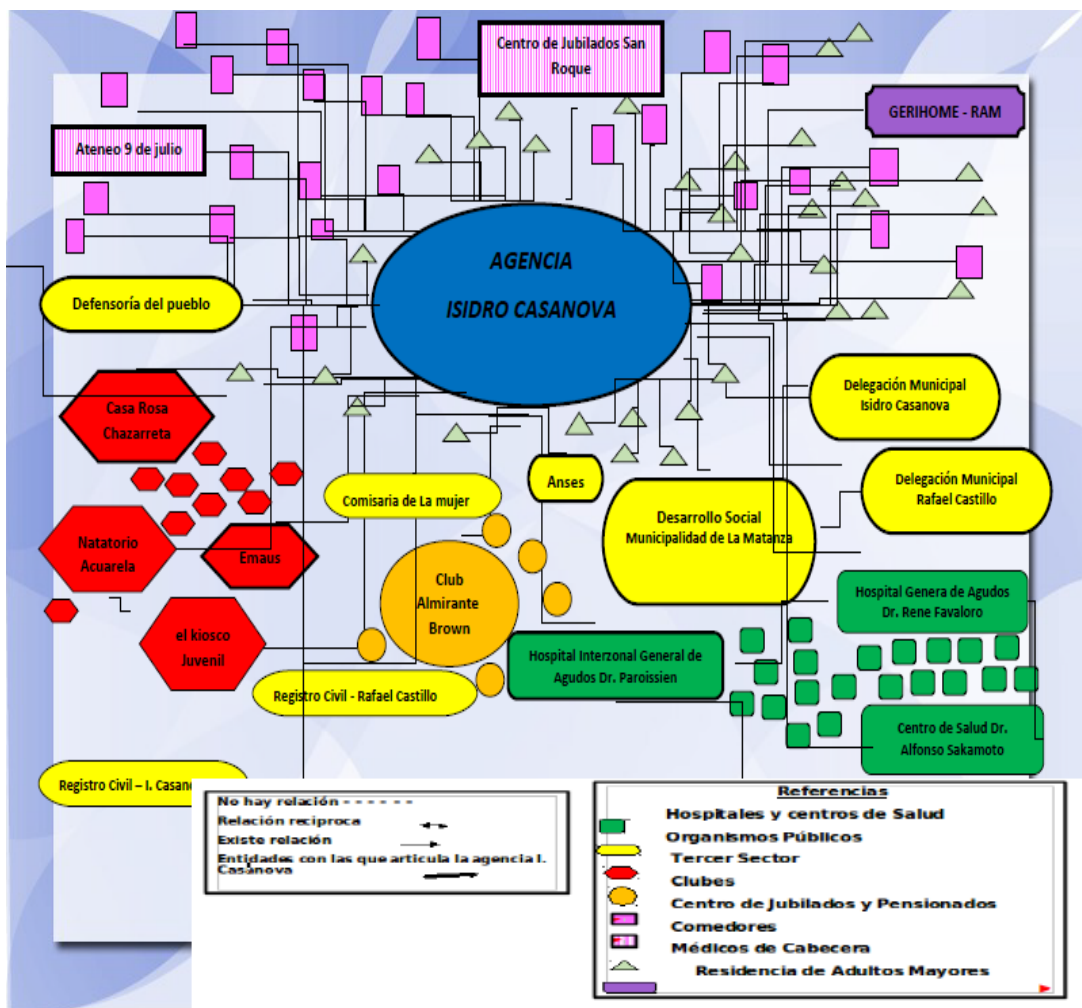
Para aquellos casos en que se requiera internación, en la localidad de Rafael Castillo se encuentra “Geri Home”, Residencia de Adultos Mayores Psiquiátrica

Estas localidades cuentan también, con recursos extra institucionales que permiten a población acceder a servicios de salud, recreación, organismos públicos (registro civil, anses, delegaciones municipales, desarrollo social, comisaria de la mujer y defensoría del pueblo) y organizaciones del tercer sector (emaus, casa Rosa Chazarreta, caritas, etc). En lo recreativo hay 6 clubes donde se pueden realizar diferentes actividades y en el área salud, las localidades de Rafael Castillo e Isidro Casanova cuenta con: Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Paroissien, el Hospital General de Agudos Dr. Rene Favalaro, el Centro de Salud Dr. Alfonso Sakamoto y 20 salas

De acuerdo a la particularidad de la demanda, la dinámica de la intervención y las estrategias de acción, el servicio social asesora, trabaja en red o deriva a otras instituciones que forman parte de su red de recursos extra institucionales.

De este modo, en el caso de que la demanda tenga que ver con el recurso habitacional y de complemento alimentario se articula con las delegaciones municipales y con desarrollo social del municipio, en otros casos se realizan notas a Emaus o caritas, solicitando la posibilidad de entregar al portador de la misma, ropa, medicamentos o muebles en forma gratuita.

En aquellas situaciones donde la demanda esta enfocada en la temática de violencia, se deriva a la casa de la mujer Rosa Chazarreta que trabaja en prevención y asistencia a la violencia. En asuntos de denuncias la agencia cuenta con la comisaría 6ta y la comisaria de la mujer. En alguna oportunidad es necesaria la derivación a la fiscalía para que el tribunal competente intervenga sobre cuestiones socio familiares en conflicto.



B) Sociograma Agencia PAMI Gonzalez Catán

Este sociograma permitió visualizar el territorio del último cordón del Partido de La Matanza, es decir, aquí se hace referencia a las localidades de González Catán y Virrey del Pino.

La identificación de actores sociales / recursos sociales nos permite conocer donde estamos parados y qué lugar ocupamos en las relaciones y actividades que realizamos en nuestra vida cotidiana, con quienes nos vinculamos y de qué manera lo hacemos.

Este trabajo se focalizó en identificar los recursos sociales que tienen relación directa o indirecta con las personas mayores. Para obtener ese conocimiento, nuestras prácticas se llevaron a cabo en distintas agencias de P.A.M.I en el Partido de La Matanza. Por ende, aquí vamos hacer hincapié en la Agencia de P.A.M.I ubicada en la localidad de González Catán, allí se dirigen los afiliados que viven en la localidad de González Catán y Virrey del Pino. A partir de allí, se identificó los recursos existentes y el acceso a los mismos en relación a los afiliados de la obra social P.A.M.I.

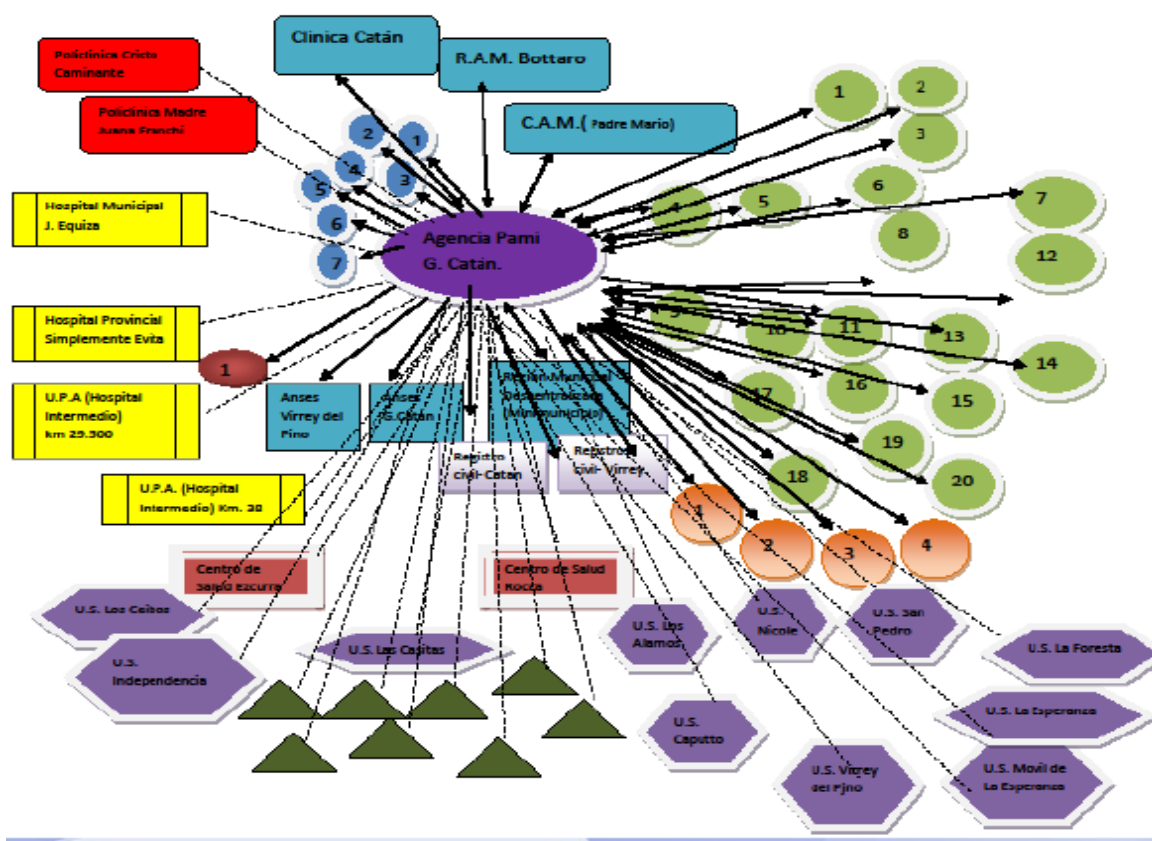
La agencia de P.A.M.I. articula y deriva con la Clínica Catan, la residencia de personas mayores Bottaro, Mini Municipio, Anses, C.A.M (Centro de Día, de la fundación del Padre Mario), centros de jubilados de la zona (se deriva allí para la realización de alguna actividad recreativa y/o tramitar el bolsón de alimentos por el programa Probienestar), un comedor que se ubica en Virrey del Pino y consultorios privados de médicos de cabecera. Los otros

recursos sociales que se detectaron no articulan con la Agencia de P.A.M.I. (los mismo se encuentran detallados en el segundo sociograma y en el análisis de datos).

Lo que se ha observado es una disminución en los recursos sociales comparados con otras localidades (Isidro Casanova, Rafael Castillo, esto se visualiza en el primer sociograma). En relación a la accesibilidad, existen barreras por las características socioeconómicas de los afiliados que habitan en González Catan y Virrey del Pino. También el nivel educativo es bajo, por ende, se presentan dificultades en el acceso a la información. En el área de recreación solo se cuenta con un espacio que es el Centro de Día de la fundación del Padre Mario, esto dificulta la realización de actividades preventivas e imposibilita al afiliado que vive en las localidades alejadas a participar de las mismas porque por cuestiones económicas o de salud no pueden trasladarse a los lugares en donde se desarrollan las actividades preventivas.

Es necesario realizar un trabajo interdisciplinario, el mismo debe ser dinámico y articulado para poder satisfacer las necesidades básicas de las personas mayores, en este caso de los afiliados de la obra social. Generar espacios de recreación, reflexión y participación para poder llevar a cabo la teoría de la persona mayor activa y participante. Por lo tanto, es fundamental la escucha activa y hacer visible las problemáticas de las personas mayores que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad socio-sanitaria.

Sociograma en relación al Adulto mayor- Localidades González Catan y Virrey del Pino.



15. ANÁLISIS DE ACTORES / RECURSOS CLAVE

16. RELATO DE UNA EXPERIENCIA DE TRABAJO TERRITORIAL. “CENTRO SAN ROQUE” LOCALIDAD DE ISIDRO CASANOVA, LA MATANZA.

Se incorpora a este estudio, la experiencia de trabajo territorial con adultos mayores, realizada por el equipo de becarias del Convenio Pami/ UNLaM, en la localidad de Isidro Casanova del Partido de La Matanza. Se realizó una inserción en territorio en el “Centro de Jubilados San Roque”, con la finalidad de realizar un relevamiento sociosanitario a través de la técnica de entrevistas individuales en profundidad a los afiliados de la obra social Pami, que acceden a la modalidad comedor, como prestación alimentaria, enmarcada en el Programa de Probienestar PAMI. Esta experiencia se llevó a cabo durante el período Enero a Marzo inclusive del 2016. Como resultado se lograron entrevistar a 246 afiliados de un total de 260 concurrentes, permitiendo conocer y caracterizar de forma integral a la población que asiste al Centro de Jubilados.

Para este relevamiento se utilizó como instrumento técnico la “Escala de Vulnerabilidad Sociosanitaria”, esto posibilitó la recolección de datos que luego fueron analizado en variables Sexo, Edad, Estado Civil, Salud, Vivienda, Ingresos, Red de Apoyo y Contención, Grupo Conviviente, Tiempo que concurre al comedor, Motivos por los que asiste, y Participación en actividades preventivas. Los resultados del relevamiento territorial mostraron que los afiliados asisten al comedor por razones de contención y socialización, representando un 55% del padrón total, en cuanto al tiempo que asisten al centro una gran proporción de los afiliados refiere que asiste al Centro desde sus orígenes, con lo cual se ha logrado un sentido de pertenencia al centro, además de cubrir la necesidad alimentaria. Predomina un 74% del padrón de afiliados que asisten hace más de un año al comedor. En función de los resultados se infiere que esta institución tiene un alto nivel de influencia y poder en la región, por la alta participación, y sentido de pertenencia de las personas mayores de la zona.

Nos permitimos afirmar que el “Comedor San Roque” es un espacio de socialización y de formación de redes de apoyo que propicia la creación de nuevos vínculos entre los afiliados, logrando así cumplir una función social de contención.

En el desarrollo del relevamiento, se puso en evidencia, que gran parte de los concurrentes logran apropiarse del espacio, se observó la conformación de subgrupos en distintos lugares del Centro, donde se llevaban a cabo dinámicas lúdicas, talleres, actividades de esparcimiento, distensión y ocio. Los adultos mayores, logran de este modo una pertenencia, inclusión, e integración, con los pares.

En su gran mayoría, los afiliados asisten en forma libre y voluntaria, dispuestos a interactuar y ocupar el espacio, con el fin de dialogar, intercambiar pareceres, jugar a las cartas, tomar mate, etc... Permanecen en el centro a gusto y por elección propia. La institución además de cubrir las necesidades alimentarias desarrolla acciones de integración y estímulo para una participación activa de los adultos mayores.

Se observa una institución fuertemente organizada, con una trayectoria en el tiempo; una gran mayoría de afiliados de la región asiste a la institución no solo por la necesidad alimen-

taria, sino porque han incorporado al “Centro San Roque” como un ámbito de pertenencia y sentido social.

MAPEO DE ACTORES CLAVE

Recursos de Salud del Municipio: Establecimientos de Atención de la Salud

El partido se encuentra organizado sanitariamente en tres regiones de salud, cada una de las cuales cuenta con efectores de primer nivel (Unidades sanitarias), de segundo nivel (Centros de salud) y un hospital cabecera (tercer nivel). También se ejecutan planes, programas y proyectos en salud pública en su ámbito territorial, en articulación con iniciativas de índole provincial y nacional.

La Región de salud I se encuentra en el tercer cordón del conurbano y tiene a cargo los efectores de 20 de Junio, Virrey del Pino y González Catán. La Región de Salud II se encuentra en el segundo cordón del conurbano y tiene a su cargo los efectores de Gregorio de Laferrere, Rafael Castillo, Ciudad Evita e Isidro Casanova y la Región de salud III en el primer cordón del conurbano tiene a su cargo los efectores de Ramos Mejía, San Justo, La Tablada, Tapiales, Ciudad Madero, Villa Luzuriaga, Aldo Bonzi.

Se detalla la región sanitaria I, las localidades de González Catán y Virrey del Pino y de la región de salud II, la localidad de Isidro Casanova.

Región Sanitaria I

Se encuentra el Hospital de cabecera José Equiza, el cual cuenta con un servicio de guardia conformado por: * Clínica médica.* Obstetricia.* Toco ginecología.* Pediatría.

* Neonatología.* Enfermería.* Radiología.* Laboratorio. Cuenta con 88 camas para internación. Un diabetólogo, un nutricionista, dos fonoaudiólogas y dos estimuladoras tempranas del área de educación.

Dentro de la Región se encuentran dos centros de salud:

* Ezcurra Dorrego en la localidad de González Catán, cuenta con guardia de 24 horas, un servicio de laboratorio, radiología, consultorios externos de clínica, pediatría, toco ginecología, obstetricia, psicología, psiquiatría, odontología, servicio social, enfermería y vacunatorio.* Domingo Roca en la localidad de Virrey de Pino, cuenta con guardia de 24 horas, un servicio de laboratorio, radiología, consultorios externos de clínica, pediatría, toco ginecología, obstetricia, psiquiatría, odontología, enfermería, vacunatorio y servicio social.

Las Unidades Sanitarias son 14, con horario de atención de 8 a 16 horas:

En González Catan

* Los Ceibos: Hay Clínica, Pediatría, toco ginecología, obstetricia, odontología, servicio social y enfermería. * Las Casitas: Hay Clínica, Pediatría, toco ginecología, obstetricia, odon-

tología, servicio social y enfermería.* Eva Perón: Hay Clínica, Pediatría, toco ginecología, obstetricia, odontología, servicio social y enfermería.* Independencia: Hay Clínica, Pediatría, toco ginecología, obstetricia, odontología, servicio social y enfermería.

* Sabin: Hay Clínica, Pediatría, toco ginecología, obstetricia, odontología, servicio social y enfermería.

En Virrey del Pino

* Los Álamos- Córdoba 1800, teléfono: 02202-44-4773: Hay Clínica, Pediatría, tocoginecología, obstetricia, odontología, servicio social y enfermería.

* Nicole- Calle 8 e/ 162 y 63 km 35: Hay Clínica, Pediatría, toco ginecología, obstetricia, odontología, servicio social y enfermería.* San Pedro- Santiago del Estero 3383 km 36, teléfono 02202445226: Hay Clínica, Pediatría, toco ginecología, obstetricia, odontología, servicio social y enfermería.* La Foresta- California 8305- teléfono 02202-44-5155: Hay Clínica, Pediatría, toco ginecología, obstetricia, odontología, servicio social y enfermería.

* La Esperanza- Apeninos 600 (km 38): Hay Clínica, Pediatría, toco ginecología, obstetricia, odontología, servicio social y enfermería.* Móvil La Esperanza- El Dorado y Julio Verne (km 38): Hay Clínica, Pediatría, toco ginecología, obstetricia, odontología, servicio social y enfermería.* Virrey del Pino- Manzanares 5165- tel. 02202494585: Hay Clínica, Pediatría, toco ginecología, obstetricia, odontología, servicio social y enfermería.

* Francisca de Caputto- San Carlos e/ Nueva York y Numancia- teléfono 02202496100: Hay Clínica, Pediatría, toco ginecología, obstetricia, odontología, servicio social y enfermería.

REGIÓN SANITARIA II

Isidro Casanova: Centro de salud Giovinazzo (La Posta) cuenta con guardia de 24 horas, un servicio de laboratorio y radiología, consultorios externos de diabetología, pediatría, toco ginecología, obstetricia, psicología, odontología, enfermería, vacunatorio y servicio social.

Unidades de salud

* 17 de agosto: un clínico, un pediatra, un toco ginecólogo, una obstétrica y una enfermera.

* Malvinas Argentinas: un pediatra y una enfermera.* San Pedro: un clínico, una obstétrica, un odontólogo y una enfermera.* Juan Manuel de Rosas: dos medicas generalistas, una obstétrica, una pediatra, un agente sanitario y dos enfermeras.

Recursos Institucionales Privados y/o ONG

C.A.M- Centro de Atención para Mayores: "Colonia Toscana" D. Scarlatti 4400 (1759) González Catán, Buenos Aires. Tel: 02202-424845.

Aquí se asiste y orienta en forma individual y grupal, en aspectos médico, psicológico, ocupacional y social a los adultos mayores de la zona, brindando una asistencia diurna integral, con el objetivo de la rehabilitación psicosocial, evitando internaciones prematuras

geriátricas y hospitalarias. Además del funcionamiento cotidiano se desarrollan actividades, capacitaciones y proyectos que incluyen a otros adultos mayores de la zona.

CePAS- Centro de Promoción y Asistencia Social- Padre Mario Pantaleo, esquina Sanabria, teléfono 02202-43-4149 interno 124: fue creado en 1996 con la intención de focalizar la ayuda a las familias vulnerables.* La actividad del CePAS se desarrolla a partir de 3 líneas de trabajo:

* La línea familia: orientación y seguimiento.* La línea comunidad: Vale más vida, Talleres artesanales, huertas comunitarias, ropería comunitaria. *Policlínica Cristo Caminante- Barragán 5651, teléfonos 02202-43-0284/434149 interno 105 y 02202432353. Cuenta con 20 consultorios, se entregan medicamentos gratuitos, provenientes de donaciones particulares.*Policlínica Madre Juana Franchi- Senguel 5885, González Catán (Km 29), teléfono 02202-43-3359/431290/437511. *"Joven Levantate" San Alberto 6363- Parque Sarmiento, V. Pino, Teléfono 02202-48-0398. *Portal de Sol- Avalos 5222- teléfono: 02202494752. Virrey del pino *Fundación Metáfora, Barrio Cruz del Sur, Virrey del pino.

*Café cultural Brigadier Gral. J.M. de Rosas, Av. Juan Manuel de Rosas 22.590, ruta 3 km.39 *O.N.G 25 Mariposas- Hugo Watt 58- Virrey del Pino *Casa Cultural y de Campo familia Soriano- Corrales y Cuenca (km 39). *Comedor trino de dios- Ormas 260, ruta 3 (km 42) *Centro Nazareno- Cortina, esquina Siria, teléfono: 02202-49-5882

*Red Cimientos: está conformada por organizaciones comunitarias de La Matanza, la mayoría de ellas son asociaciones civiles con personería jurídica. Cada una organiza sus actividades de acuerdo a las posibilidades de financiamiento que poseen las particularidades de las personas que asisten a la organización y a las características de sus integrantes. Trabajan con los grupos más vulnerables: los niños y ancianos.

*Hogar de Ancianos "Osvaldo L. Bottaro". Ruta Nacional No 3, Km 29.500 (1759) Teléfonos: 02202-45-0527/02202-45-1375.

Ver Anexos adjunto planilla con listado de actores / Recursos sociales identificados en la región.

ANÁLISIS DE DATOS

Recursos Sociales por Localidad y Nivel de Influencia

ISIDRO CASANOVA

Centros de Jubilados y Pensionados: 23. Aquí se llevan a cabo actividades preventivas para mejorar la calidad de vida.

Agencia de P.A.M.I: 1 - Delegación municipal: 1 - Registro civil: 1 - Unidades de Salud Municipales: 8 - Centro de Salud Municipal: 1 Clubes: 6. En el Club Almirante Brown se realiza la colonia de vacaciones, la misma funciona de lunes a viernes de 9 a 16 hs, en época de verano. Durante el año funciona la actividad acuática Aquagym.

C.I.C (Complejo Integral Comunitario 9 de Julio), el mismo está conformado por 10 instituciones del barrio. - Médicos de Cabecera de la Obra Social P.A.M.I: 25 (consultorios privados). - Comedores: 2

RAFAEL CASTILLO

Centros de Jubilados y Pensionados: 4 - Delegación municipal: 1 - Registro Civil: 1
Unidades de salud municipales: 6 - Centro de Salud: 1 -Médicos de cabecera de P.A.M.I: 11 (consultorios privados). -Residencia de Adulto Mayor: 1

GONZÁLEZ CATÁN

Agencia de P.A.M.I: 2 - Centros de Jubilados y Pensionados: 6- Delegación municipal: 2
Registro civil: 1 - Hospital Municipal: 1 - Hospital Provincial: 1 - Unidades de salud municipales: 5 - Centro de salud: 1 - Médicos de cabecera P.A.M.I.: 20 -Residencia de Adulto Mayor: 1 - Clubes: 6 - Centro de Atención para Adultos Mayores: 1 - CePAS- Centro de Promoción y Asistencia Social: 1 -Policlínica privada: 2 -Clínica: 1

VIRREY DEL PINO

Centros de Jubilados y Pensionados: 2, en uno de los centro funciona un comedor.

Delegación municipal: 2 - Registro civil: 1 - Unidades de salud municipales: 8

Centro de Salud: 1 - Médicos de cabecera P.A.M.I: 4 – Clubes: - Comedor: 1 - O.N.G: 5

En relación con los recursos sociales, se puede visualizar que la localidad Virrey del Pino no cuenta con los mismos servicios que las otras localidades mencionadas y esto repercute en la accesibilidad de las personas mayores. Los afiliados para realizar cualquier trámite de P.A.M.I deben trasladarse a la localidad de González Catán, hay una gran diferencia en la cantidad de consultorios privados de los médicos de cabecera, Virrey del Pino cuenta con 4, González Catán con 20, Rafael Castillo 11 y Isidro Casanova 25. Si el afiliado presenta una patología de complejidad o necesita realizarse un estudio debe dirigirse a la Clínica de González Catán.

También hay una desventaja con los centros de jubilados y pensionados, funcionan 2 y uno de ellos es comedor. Tampoco cuenta con un espacio de recreación, en cambio, las otras localidades tienen clubes en donde las personas mayores pueden realizar diferentes actividades.

En el área de salud pública, la región sanitaria I cuenta con Unidades de Salud y Centros de Salud en donde se atiende demandas del primer nivel. Sin embargo, si las personas presentan una patología de complejidad, el hospital más cercano se encuentra en la localidad de González Catán km 32. Se debe tener en cuenta que en la zona de Virrey del Pino, existen barrios en donde el colectivo no accede y deben salir a la Ruta Nacional No 3 para poder tomar el colectivo. Otro factor que impide el acceso, es que la mayoría de sus calles no se encuentran pavimentadas, por ende, cuando llueve hay barrios que son intransitables.

La articulación institucional entre las instituciones mencionadas es débil, generalmente desde las agencias de P.A.M.I. se realizan derivaciones. La agencia de González Catán articula con la residencia de adultos mayores Bottaro, la Clínica Catán, el mini municipio.

Total de Afiliados por Agencia

Del total de afiliados por agencia: González Catán tiene una población de afiliados en un 58% e Isidro Casanova en un 42% siendo la diferencia de un 16%.

Si se los separan por localidad se puede ver que González Catán tiene el mayor porcentaje con un 40% le sigue en importancia Isidro Casanova con un 38%, Rafael Castillo 20% y Virrey del Pino con un 2%.

Total de Subsidios otorgados

Respecto de los Subsidios se puede observar que tomando los totales por Agencia González Catán cuenta con un 48% de las prestaciones subsidiadas e Isidro Casanova un 52%. Si se separan por localidad se advierte que González Catán Central tiene un 25% y Virrey del Pino un 23% mientras que Isidro Casanova Centro un 39% y Rafael Castillo un 13%.

Si se distingue por tipo de Subsidios se puede percibir que respecto del de Alimentos es mayor en Virrey del Pino con un 38% siguiéndole en importancia Isidro Casanova con un 30%, González Catán con un 22% y por último Rafael Castillo con un 10%.

Respecto del Subsidio Ayuda a la Dependencia y Fragilidad se puede ver que en Isidro Casanova existen la mayor cantidad de afiliados que reciben esta prestación con un 51%, le siguen en importancia González Catán con 30%, Rafael Castillo 16% y Virrey del Pino con solo 3%.

Si se refiere al Subsidio Servicios, reciben esta prestación en primer lugar en Isidro Casanova con un 36%, le siguen en importancia González Catán 28%, Virrey del Pino con 24% y Rafael Castillo 12%.

En cuanto a Patología Compleja es irrelevante la cantidad de subsidios que se han otorgado, en total 3.-

En estas zonas se observa que los subsidios más relevantes en orden de importancia son Alimentos y Ayuda a la Dependencia y Fragilidad, continúan Servicios y Alquileres.

Total de Médicos de Cabecera

Del total de Médicos de Cabecera (59) prestan sus servicios en Isidro Casanova 25 médicos, González Catán 20, Rafael Castillo 10 y Virrey del Pino sólo 4.

ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL

Desde comienzos de la Modernidad, las prácticas médicas fueron construyendo gradualmente, desde la noción de enfermedad, una nueva forma de lo "otro" como sujeto de intervención y luego se lo fue ubicando en una geografía a veces territorial, a veces institucional. Estar enfermo implica otra manera de expresar la otredad y esto da origen a prácticas y

dispositivos institucionales que se inscriben en quien interviene y también en ese “otro” a través de diferentes formas de registro corporal y padecimiento subjetivo.

Existen dos postulados explicativos de la enfermedad, según expresa Alfredo Carballeda: uno que pone el acento en el sujeto y sus conductas y otro que destaca el origen de la enfermedad en circunstancias sociales o pautas culturales, resumiendo, ambos exaltan lo social como común denominador.

“El Trabajo Social como disciplina de los bordes está allí donde el padecimiento se inscribe en forma objetiva y subjetiva a través de la vigencia de una biopolítica que, extrañamente intercala higienismo con psicofarmacologías, cuerpos sumisos que portan satisfacciones y cuerpos maleables que asumen riesgos y vulnerabilidades”³

En su labor en el Instituto, el Trabajador Social se encuentra con tres planos de salud - enfermedad que lo interpelan; develar la continuidad de aquello que se presenta como separado en términos de individuo y sociedad; deslizar las prácticas del patrón normativo hacia los Derechos Humanos y Sociales y visualizar en su propio hacer los elementos coercitivos y emancipatorios que pone en práctica.

Esto se convierte en desafío para la práctica profesional pues en instituciones como Pami las intervenciones están encuadradas por normativas y objetivos institucionales y, paradójicamente, estos limitan en numerosas oportunidades la tarea del Trabajador Social.

Nuestra profesión, como expresa Carballeda, recorre zonas de intervención aparentemente vacías, a veces con nominaciones efímeras, lugares donde es posible construir una cartografía del padecimiento desde lo inesperado, lo complejo donde se conjuga la enfermedad, el problema social y las necesidades; es ahí donde el profesional a través de una intervención estratégica, realizando una lectura problematizadora de la situación cumple con su rol de acompañar al afiliado en la construcción de acciones transformadoras a través de la palabra, la mirada y la escucha.

En las Agencias que son objeto de este trabajo, los profesionales asesoran y/o entrevistan afiliados que se presentan espontáneamente en la Agencia o son derivados desde la Unidad de Gestión Local ubicada en San Justo, la utilización de las herramientas que la institución destina para el desarrollo de la tarea, revela que la mayoría de los casos se trata de afiliados que se encuentran en riesgo socio sanitario y recurren al Área de Prestaciones Sociales de Pami solicitando recursos que permitan mejorar su calidad de vida.

El profesional evalúa la situación socio sanitaria del afiliado, otorgando preponderancia a las relaciones vinculares; si esta situación amerita una acción inmediata se gestiona una Ayuda Económica no Programada o se tramita alguno de los diversos subsidios económicos los que se renovaran anualmente de acuerdo a la normativa que indica un seguimiento y evaluación.

Existen otras solicitudes de los afiliados que requieren la intervención social como son: el ingreso a Centros de Día, Residencias para Mayores, Acompañante Terapéutico, Patologías Complejas, entre otros. Además se debe agregar el requerimiento de otras áreas de la institución quienes solicitan la intervención social a efectos de realizar informes sociales para prestaciones como cobertura del costo total de medicamentos por vía de excepción entre

otros casos. También se deben tener en cuenta requerimientos externos como es responder a Oficios Judiciales.

Nuestra práctica profesional, muestra preocupación por lo concreto, lo reflexivo y la resolución de situaciones reales desde diferentes tramas sociales. Pone de manifiesto vías posibles al promover procesos transformadores de las estructuras sociales desde la acción y potenciación de la participación de las personas.

La idea directriz indica que debemos ser conscientes de que en el ejercicio de nuestra profesión debe contribuir a que se mantengan vigentes la defensa y reivindicación de los Derechos Humanos, la construcción de ciudadanía y la democratización de las relaciones sociales.

RESULTADOS Y PROPUESTAS

En esta experiencia se logró la identificación y clasificación de actores y recursos territoriales de la región, la creación de mapas de cartografía social dinámicos, visualizando los recursos existentes, como también la visualización de la demanda de subsidios sociales que recibe Pami en el área de Prestaciones sociales, y la cantidad de afiliados por localidad. Al enfocarnos en la elaboración de este trabajo, cuantificamos los recursos sociales del territorio, traduciéndose en un total de: 260; allí nos encontramos con asociaciones de la sociedad civil, centros de jubilados, profesionales, organismos municipales, con potencialidad para contribuir a una mejor calidad de vida y satisfacción de las necesidades de la población adulta mayor. Los actores sociales identificados poseen un elevado nivel de influencia en los territorios en que se ubican y esto permitiría a Pami acercar prestaciones y actividades socio recreativas.

A través de la creación de los mapas dinámicos, pudimos establecer y visualizar:

- a) Recursos Sociales: Existe una mayor concentración de recursos sociales en la zona de I. Casanova, Rafael Castillo, con una tendencia a disminuir hacia Gonzalez Catán, y Virrey del Pino, áreas en las que se concentran la población con mayor vulnerabilidad sociosanitaria.
- b) Subsidios otorgados por Pami: La localidad de Virrey del Pino cuenta con una cantidad total de 1425 afiliados de los que 397, perciben subsidios.
- c) Médicos por Localidad: La localidad de Isidro Casanova cuenta con una cantidad de 22.656 afiliados, existiendo para su atención 25 médicos, debiendo corresponder a cada médico 900 pacientes, este dato nos indica que la cantidad de médicos es insuficiente para la atención de los afiliados.

Acercas del trabajo en red, se evidencia a nivel comunitario, sin embargo la articulación que tiene Pami con otros actores de la comunidad es débil, presentando un bajo nivel de relación con otros actores. Consideramos que el INSSJYP, como Obra Social, es una de las instituciones Sociosanitarias de mayor envergadura en Latinoamérica, lo que logra dar respuesta a las necesidades del colectivo de personas mayores en el país. Teniendo un alto poder aunque desbordada por las demandas prestacionales.

Tomando en cuenta la experiencia de inserción territorial en el “Centro de Jubilados y Pensionados San Roque” se evidencia el alto grado de pertenencia de la comunidad y los lazos sociales que ha sabido consolidar para las personas mayores. En cuanto a su poder de influencia esta institución se vincula con la población de adultos mayores mostrando un alto poder como actor social por la relación de afinidad a favor de dicha población.

Se registran barreras de accesibilidad a los múltiples recursos que Pami pone a disposición de los afiliados; como ser barreras geográficas, de comunicación, y económicas, etc.

Consideramos que el trabajo en red podría fortalecerse para aprovechar la potencialidad de los recursos sociales del territorio.

Asimismo se logró analizar las dimensiones de participación, la relación entre actores, el trabajo en red y el nivel de accesibilidad de las Personas Mayores a los recursos de la zona.

Se observa la existencia de una multiplicidad de instituciones variadas en su finalidad, instituciones recreativas, con fin social, asistenciales, las que en su quehacer cotidiano logran cumplir con sus objetivos para el bienestar de la comunidad. A su vez se evidencia que estas instituciones por su nivel de apertura para el trabajo en red se lo califica como medio-bajo. El nivel de influencia que tienen las instituciones de carácter participativo, de integración social para los adultos mayores muestra un alto grado de poder en relación a las necesidades que atienden.

El desafío de emplear la Georeferenciación como herramienta de intervención en Trabajo Social, es una alternativa de actuación profesional, permite revalorizar los recursos territoriales, las potencialidades de la población, en la complejidad de una realidad social determinada en tiempo y espacio. Es una herramienta más de diagnóstico, que posibilita diseñar estrategias de intervención para la promoción de una mejor calidad de vida de la comunidad; permite un análisis territorial y generar respuestas a las problemáticas sociales que se detecten.

El desafío consiste en generar sinergia y fortalecer el trabajo en red³⁵, potenciar la articulación entre los recursos y los actores sociales.

Referencia bibliográfica

Amico, L (2010) Revista Regional De Trabajo Social Año XXIV N° 48 -Envejecer en el Siglo XXI. No siempre querer es poder – Hacia la de-construcción de mitos y la superación de estereotipos en torno a los adultos mayores en sociedad. Montevideo : Editorial EPPAL

Ander –Egg, E. (1995) Diccionario del Trabajo Social. Buenos Aires: Editorial Lumen.

Balzano, M. y Hourquebi, (2015) Vivir en Los Bordes- La vida en ocho barrios, villas o asentamientos del Conurbano Bonaerense -Observatorio de la

Efectos de la biodiversidad funcional sobre procesos ecosistemicos, servicios ecosistemicos y sustentabilidad en las Americas: un abordaje interdisciplinario” Esteban Tapella. El mapeo de actores clave. Universidad Nacional de Cordoba.Instituto Multidisciplinario de Biología Vegetal. CONICET. Documento de trabajo de proyecto.

Enrique, Alejandro (compilador) (2011) La Matanza, Historia de sus Pueblos: Apuntes. Buenos Aires:

³⁵ Por extensión y usando la analogía de Internet e Intranet este imaginario de redes, nos permite decir que, si cuando se escucha hablar de redes al principio se suele pensar en la relación con el afuera, el concepto se puede utilizar adentro. Yo puedo reorganizar mi hospital con la lógica de redes, que es una estructura diferente que la de las pirámides, de los organigramas, de las estructuras de poder (quién controla a quien, quién reporta a quien). En esta lógica de redes no es solamente una estructura para vincularse con el afuera, sino también para establecer nuevas formas vinculares en el adentro, pueden ser mecanismos de redes intrainstitucionales. -“Redes en Salud” Dr. Mario Rovere (1999) .pag.23

CEHLaM.

Eroles, C. (Coord.) (2005). Glosario Fundamental en Trabajo Social. Buenos Aires: Espacio Editorial.

Fotheringham, M. (compiladora) (2012) Los Terrenos Pantanosos del Trabajo Social-Problemas, Campos y dispositivos Sociales. Buenos Aires: Ediciones Universidad del Salvador.

Martínez, S. (2010) Revista Regional De Trabajo Social Año XXIV N° 50 -Haciendo camino al andar. Nuevas cartografías para pensar, sentir y hacer trabajo social. Montevideo: Editorial EPPAL.

Risler, J. y Ares, P. (2013) Manual de mapeo colectivo- recursos cartográficos críticos para procesos territoriales de creación colaborativa: Editorial Tinta Limón. [Versión Electrónica] http://boek861.com/archivos/proyectos_rec/pry/0%20MAPEO.pdf

Un espacio para pensar el Partido de la Matanza - Recuperado el 18-7-2016. www.lionelmontiel.com.ar/p/la-matanza.htm .

Arias A, y Testa, C (2015) Instituciones y Territorio. Reflexiones de la última década. Buenos Aires: Espacio Editorial.

Carta de Ottawa -<http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf> – Recuperado el 15-8-2016

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) (2011). Hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. Módulo 1.

Deuda Social Argentina – UCA [Versión Electrónica] http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo68/files/Vivir_en_los_bordes1.pdf

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, http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/docintenjeji_miento.pdf - Recuperado el 15-7-2016

Mariñanski Cynthia (2016). Biogerontología- Envejecimiento Saludable. Curso de introducción a la Gerontología. Clase N°2. Universidad Maimonides.

http://www.pami.org.ar/me_in_historia.php

http://www.edumargen.org/docs/curso58-1/unid01/apunte02_01.pdf

<https://carto.com>

<http://www4.ujaen.es/~aespadas/TEMA3.pdf>

ANEXOS

Delimitación territorial. Características del Partido de La Matanza

Datos demográficos

Su densidad poblacional es de 5438.15 habitantes por km cuadrados.

Localidades	Superficie km ²
20 de junio	14,22
Aldo Bonzi	4,94
Ciudad Evita	16,22
González Catan	51,36
Gregorio de Laferrere	23,73
Isidro Casanova	19,52
La Tablada	10,71
Lomas del Mirador	5,5
Rafael Castillo	14,25
Ramos Mejía	9,81

San Justo	15,13
Tapiales	4,86
Villa Luzuriaga	9,43
Villa Madero	9,51
Virrey del Pino	116,52
Superficie total	325,71

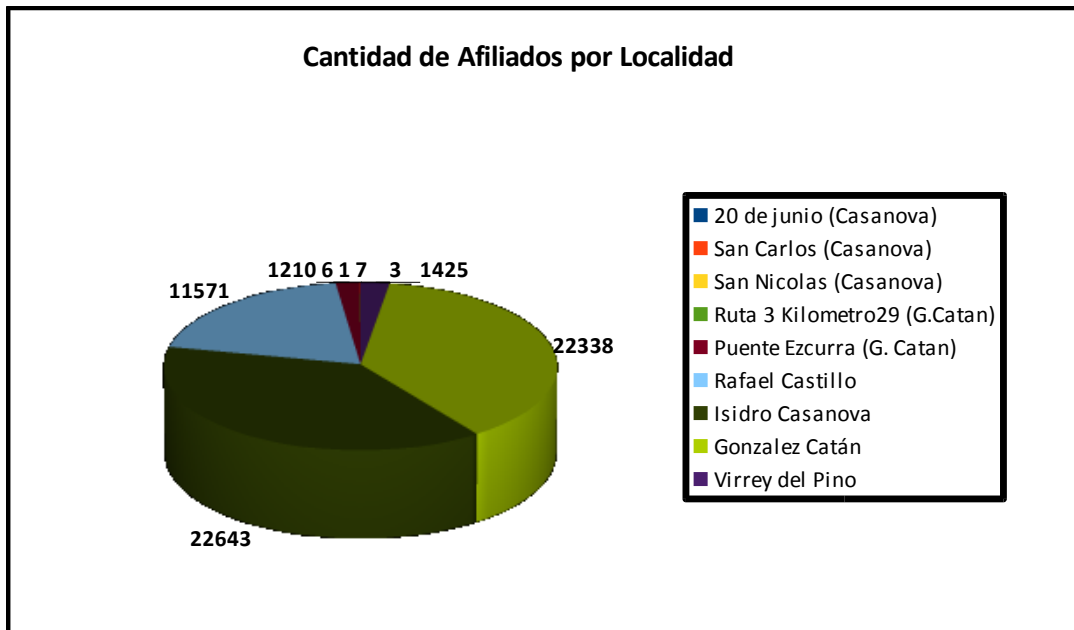
La información obtenida es del Censo Nacional realizado en el año 2010 por el INDEC, el municipio se encuentra habitado por 1.775.816 habitantes, siendo 909.126 mujeres (51%) y 866.690 son hombres (49%).

POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO DEL PARTIDO DE LA MATANZA.

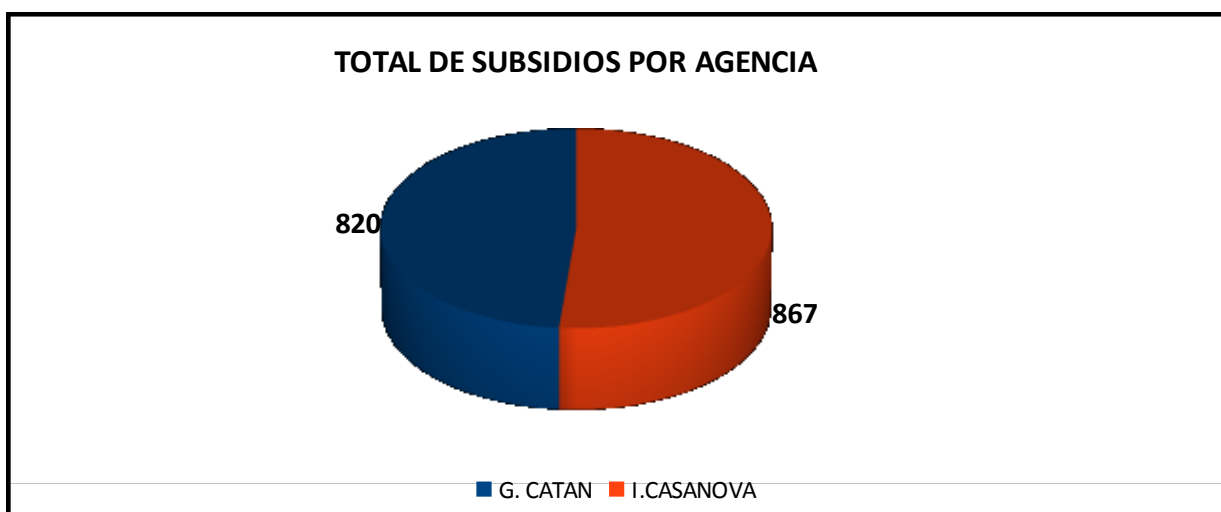
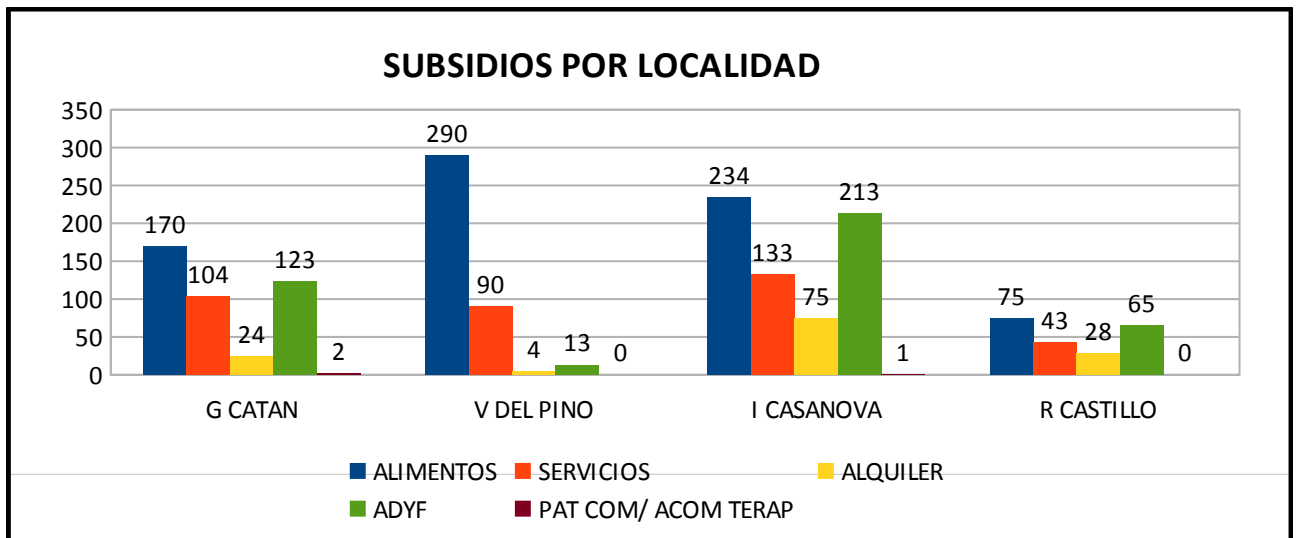
Edad	Sexo	
	Varones	mujeres
0-4	81.900	79.331
5-9	78.587	76.355
10-14	79.938	78.925
15-19	81.812	80.971
20-24	76.270	78.600
25-29	69.430	72.302
30-34	68.595	70.821
35-39	60.043	63.080
40-44	52.473	54.387
45-49	47.099	49.166
50-54	41.352	43.956
55-59	36.442	39.708
60-64	31.019	34.525
65-69	23.307	27.322
70-74	16.604	21.928
75-79	11.453	17.022
80 y más	10.366	20.727
Total	866.690	909.12

La pirámide poblacional es progresiva ya que el 27% de la población son menores de 15 años, el 65% son personas entre 15 y 64 años de edad y el 8% poseen 65 o más años de edad. Hay una distribución general, simétrica de mujeres y hombres. Aunque en la última etapa de la vida se torna ligeramente asimétrica a favor de la población femenina. Lo que demostraría una menor esperanza de vida para los hombres.

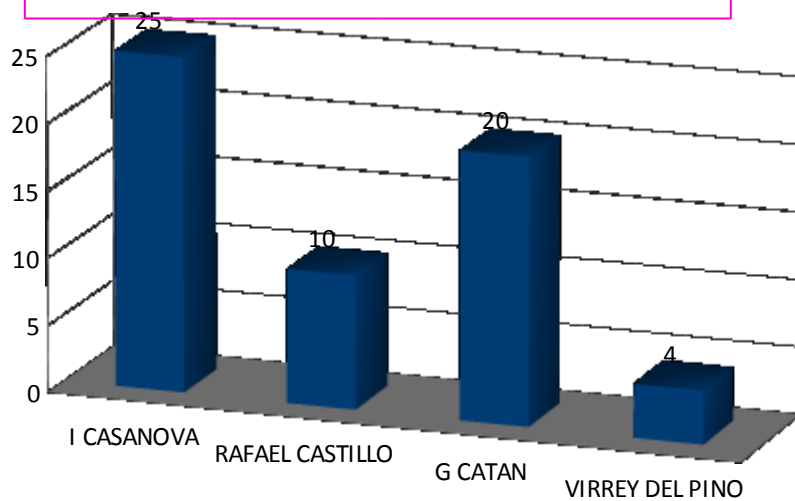
GRÁFICOS ESTADÍSTICOS



FUENTE: ÁREA SOCIALES Y AFILIACIONES UGL XXXV



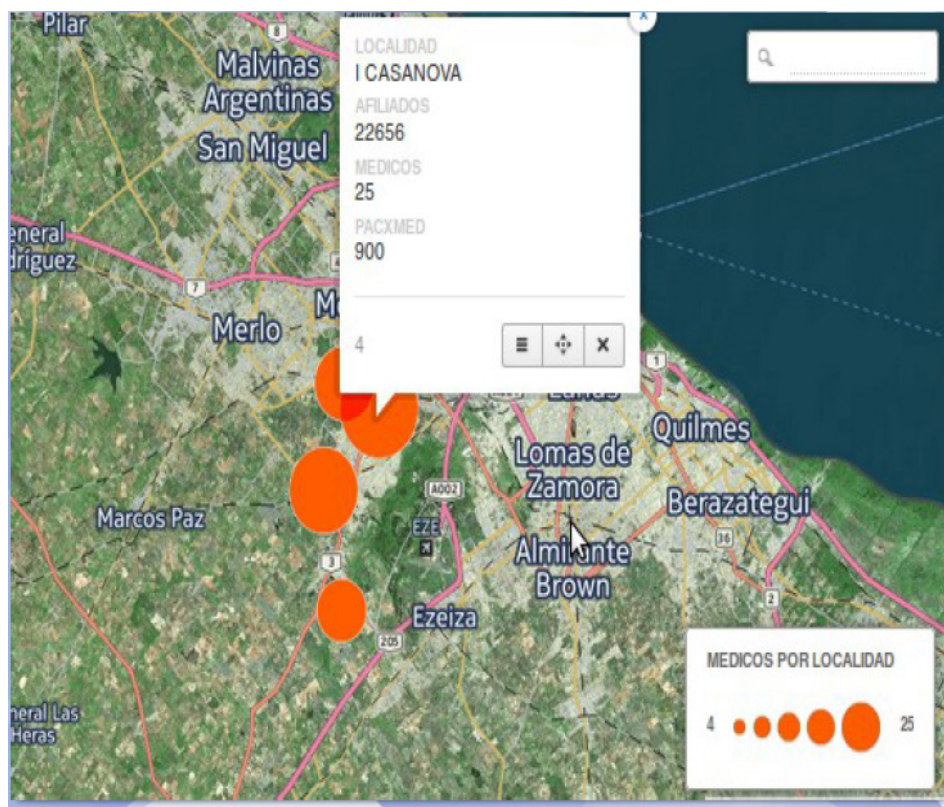
TOTAL DE MÉDICOS DE CABECERA POR LOCALIDAD



MAPAS EN CARTO



MÉDICOS POR LOCALIDAD



EXPERIENCIA EN TERRITORIO, ZONA ISIDRO CASANOVA:

CENTRO DE JUBILADOS Y PENSIONADOS SAN ROQUE.



ESPACIOS GRUPALES “LA COLMENA”

Lic. Vallejo Melisa³⁶; Dra. García, Carolina³⁷ ; Dra. Saccone, Mariana³⁸

Equipo PRIM Adultxs mayores.

RESUMEN

“La vida no es sino una continua sucesión de oportunidades para vivir”
Gabriel García Márquez.

En el marco de la *IV Jornada Internacional de Trabajo Social en el Campo Gerontológico* y utilizando como eje propuesto “La criticidad en la intervención con personas mayores”, quisieramos exponer el trabajo desarrollado a través de un dispositivo grupal de adultez mayor llamado “La Colmena” y nuestra coordinación interdisciplinaria, utilizando como modalidad de presentación un relato de experiencia.

Constituimos un equipo de profesionales de la salud en formación de posgrado en las especialidades de Medicina General y Trabajo Social con orientación en salud bajo la modalidad de PRIM (Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias). Con respecto a nuestra forma de trabajo, formamos un equipo en busca de la interdisciplinariedad que trabaja con el colectivo de adultos mayores del área programática correspondiente al centro de salud de base.

Dentro de los dispositivos que planificamos y conducimos en equipo se desarrolla el grupo ya mencionado “La Colmena” que funciona desde hace dieciocho años e históricamente fue sostenido y coordinado por equipos de profesionales residentes. Es el trabajo en este grupo un gran aporte a la salud de la población que hoy nos convoca en esta jornada ya que en él se promueve el debate, la reflexión, el encuentro y la comunicación entre los adultos mayores.

Contextualizando nuestro trabajo, sabemos que en la actualidad la Argentina es uno de los países más envejecidos de Latinoamérica y muestra signos de su envejecimiento desde 1970. Según los datos del INDEC -Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010- el número de personas mayores de 60 años asciende a 5.725.838, representando un 14,3% de la población total. Y la proporción de los mayores de 80, es del 2,4%.

En contraposición a la clasificación etaria de las distintas etapas vitales, comprendemos el envejecimiento como un proceso inherente al ser humano y que se extiende a lo largo de toda la vida, sin distinción por edades. Asimismo, el envejecimiento se produce tanto en el espacio individual de las personas como en el social. En este sentido, apuntamos a promover

³⁶ Correo electrónico: m.b.vallejo@hotmail.com

³⁷ Correo electrónico: carolg1414@gmail.com

³⁸ Correo electrónico: mariana.saccone@gmail.com

la formación de una conciencia colectiva sobre el envejecimiento y a fomentar la contribución de los adultos mayores para el desarrollo social.

Observamos que en la sociedad se rechaza la idea de vejez como etapa inexorable, en donde “envejecer” se asocia con “pasividad”, “nostalgia”, “quietud” y “pérdida”. Como contrapartida aparece la actividad, la resiliencia y el disfrute, lo que resulta en un fortalecimiento de la capacidad autónoma de las personas en tanto son libres de elegir y decidir sobre cómo desean transitar esta etapa.

El envejecimiento desde su perspectiva resiliente implica la construcción de un nuevo rol con el que los adultos mayores se identifiquen, integren y reinserten en la sociedad marcando un lugar signado por sus potencialidades, su capacidad adaptativa ante los cambios psicofísicos y sociales. El espacio grupal coordinado busca trabajar sobre la reflexión, sobre deseos y potencialidades en pos de conquistar ese tiempo de ocio y disfrutarlo.

Por tales motivos, consideramos relevante y necesaria la construcción de un espacio de comunicación, reflexión y socialización de este colectivo social dentro del primer nivel de atención utilizando la estrategia de atención primaria de la salud definida por la O.M.S. como una herramienta para ampliar la cobertura junto con la participación de las comunidades en la salud. De esta forma, el dispositivo grupal emerge como un espacio adecuado para abordar la heterogeneidad de problemáticas e inquietudes que interpelan a los sujetos que transitan la adultez mayor.

Es un importante y gratificante desafío para nosotros, promover la salud y el bienestar de aquéllos a quienes dirigimos nuestro trabajo, como así también la redefinición del concepto de vejez hacia una mirada más amplia y optimista de esta etapa vital. Es este mismo desafío, el que nos anima y motiva a compartir nuestro trabajo con todo el público presente en la jornada internacional.

Introducción

La siguiente presentación surge de una experiencia desarrollada en el Centro de Salud “Dr. Ángel Bo” ubicado en la localidad de William Morris, Partido de Hurlingham. El equipo coordinador forma parte de una Residencia Integrada Multidisciplinaria (PRIM) perteneciente a la Región Sanitaria VII. La formación bajo la modalidad PRIM se sustenta en el desarrollo de cuatro proyectos. Esta experiencia se encuadra en el “PRIM de Adultez Mayor” integrado por profesionales de Trabajo Social, Psicología, Medicina General y Enfermería Comunitaria. Desde dicho PRIM se sostiene un taller grupal denominado “La Colmena” que persigue como principal objetivo, promover la salud de esta población.

La modalidad de presentación se realiza bajo la confección de un relato de experiencia. El desarrollo del mismo se divide en dos grandes apartados. En un primer momento, se incluye un recorrido de la historia del grupo en sus inicios y las diferentes modificaciones que fue transformando la demanda de “La Colmena”. En este apartado también se incluirá el marco teórico desde el cual se planifican los talleres.

En un segundo momento, se comparte la experiencia a través de expresiones y reflexiones surgidas de los talleres, siendo las mismas resultado del encuentro intergeneracional, los cuales enriquecen tanto a los integrantes de La Colmena como a los profesionales que coordinan el dispositivo.

Un poco de historia...

El taller grupal de adultez mayor “La Colmena” es un espacio de encuentro semanal que fue resignificando su identidad a lo largo de la historia. Su comienzo coincide con la crisis social atravesada en la Argentina durante los años 2001 y 2002. Por aquél entonces, en la unidad sanitaria Ángel Bo la población retiraba del centro un “bolsón” que contenía alimentos de consumo básico; el equipo de trabajadores sociales que formaba parte de la residencia PRIM de aquél entonces advirtió que un gran porcentaje de esta población eran adultxs mayores. A raíz de esta observación surgió la necesidad de acercarse y conocer en mayor profundidad la situación de este colectivo: *¿qué necesidades atravesaban?, ¿qué podía ofrecerles el centro de salud?, ¿resolvía la entrega del bolsón las verdaderas necesidades?* Éstos fueron algunos de los interrogantes iniciales que dieron lugar a que el equipo de residentes visibilizara la necesidad de construir un espacio de contención que al principio fue convocado bajo la forma de “merendero” posibilitando ampliar la escucha. Este espacio, sujeto a diversas transformaciones a través del tiempo, continúa hasta el día de hoy.

El taller se encuentra coordinado desde sus inicios por residentes; parte del equipo se renueva todos los años lo cual implica repercusiones permanentes en la estrategia de trabajo y lectura de las necesidades del grupo. A pesar de esta dinámica en la coordinación, la identidad del grupo sigue vigente.

En los últimos años, a raíz de las supervisiones externas que ha tenido el equipo interdisciplinario, se ha podido profundizar y re significar las temáticas implícitas y explícitas de interés del colectivo de adultez mayor trascendiendo el espacio asistencial de sus inicios.

Durante el ciclo 2013-2014 surgieron como emergentes en los encuentros grupales la necesidad de escucharse entre ellos, abrir el espacio a más integrantes ya que la composición del grupo permanecía estable desde los años previos con poca inclusión de nuevos partícipes. Fue en ese proceso, que se decidió profundizar en la identidad grupal trabajando como disparador el surgimiento de su nombre: “La Colmena”. Este nombre hacía alusión a la laboriosidad de las abejas en donde las integrantes (por aquél entonces, en su mayoría mujeres) se juntaban para realizar actividades de tejido.

Por otro lado, el equipo PRIM identificó como un punto relevante abordar la sexualidad desde una perspectiva de género en el grupo tras registrar que la temática y lo inherente a la misma es tabú y suele acentuarse durante esta etapa de la vida y permanece anulada reflejando uno de los estereotipos instaurados socialmente y asumidos por las personas mayores: la prohibición del derecho a vivir plenamente la vida sexual.

De esta forma, a lo largo del ciclo 2014-2015 el equipo PRIM consideró importante estructurar el trabajo reflexivo del grupo “La Colmena” en ejes temáticos; comunicación, identidad de

grupo y sexualidad en la adultez mayor. Cada uno de los ejes fue trabajado con actividades utilizando como disparadores la lectura de cuentos y poesías, la proyección de películas y cortometrajes, el trabajo con letras musicales y la producción de artes plásticas.

La posibilidad de narrar la historia y la trayectoria del grupo posibilita al equipo coordinador ampliar la escucha y pensar nuevas intervenciones en pos de enriquecer, transformar y reinventar los objetivos que surgen de la dinámica grupal.

Conceptualizando...

“No pienso operarme de las arrugas, sería borrar mis recuerdos” Claudia Cardinale.

En este apartado se incluirán los conceptos y definiciones claves que sustentan el trabajo y la elaboración de los talleres reflexivos dirigidos a los adultxs mayores de La Colmena.

El proceso de envejecer debe ser comprendido desde una perspectiva histórico-social, definiendo al envejecimiento en el marco del “curso de la vida”. Este último se compone de un conjunto de trayectorias vitales, más o menos entrelazadas, donde se desarrolla la existencia humana (Dannefer, 2006). La vida humana implica acción, desarrollo y cambio (Eva Muchnik, 2006).

Existen dos posturas en relación al desarrollo de la vida humana; una visión “continuista” de la edad y otra fragmentada en etapas ligadas a una edad real o simbólica (Eva Muchnik, 2006). Esta última concepción parece constituir un elemento del sentido común.

Iacub, R. afirma que la modernidad tendió, por un lado a la estandarización de las edades y, por el otro, intentó hallar en cada grupo etario diferencias notables y características, así como resortes sociales definidos que ofrecían una institucionalización del curso vital sin precedentes, donde el trabajo (que incluye a la educación como medio y la jubilación como retiro) se constituyó como el gran ordenador social. De esta forma se han desarrollado categorías rígidas que designan a la niñez la educación, a la adultez el trabajo y a la vejez la jubilación. (Iacub, 2011)

La concepción del desarrollo humano como proceso implica el abordaje desde un espacio de conocimiento transdisciplinar que introduzca un nuevo paradigma de envejecimiento. Asimismo, se incluye la perspectiva de género en el análisis del desarrollo humano y los procesos de salud-enfermedad entendiéndose como aquella que incorpora una mirada acerca de las diferencias y especificidades de salud y roles sociales en varones y mujeres en tanto ciudadanos/as y sujetos de derechos.

La experiencia del dispositivo grupal de adultxs mayores se presenta bajo la categoría temática de “promoción de la salud” siendo sus ejes el trabajo interdisciplinario, la construcción de espacios de empoderamiento por y para los adultxs mayores desde la perspectiva del envejecimiento activo, el trabajo en equipo comunitario y la atención primaria de la salud. Es este último concepto, el que se desarrolla a continuación.

La **Atención Primaria de la Salud (APS)** surge como concepto en Alma Ata en 1978 bajo el lema “Salud para todos para el año 2000” y constituye la estrategia clave para el desarrollo

de los pueblos en el alcance de la justicia social; no debe entenderse como una provisión sectorial de servicios de salud sino como la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad.

La APS posibilita la atención integral e integrada desde la salud pública, enfatizando la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar. Esta estrategia está centrada en los individuos, las familias y las comunidades; debe concebirse con un sentido particular en cada caso que se ajusta al contexto político, económico y social de los países. La APS sólo es viable si se asienta en los siguientes principios: respeto por los Derechos Humanos, equidad y justicia social. (Rubinstein, 2006).

Como equipo de salud que trabaja el colectivo de adultxs mayores en el marco de la APS es necesario:

- Contar con una política de promoción de la salud articulada con actores relevantes sectoriales y extrasectoriales.
- Desarrollar en todos los niveles estrategias de promoción de la salud que respondan a las necesidades concretas de la población.
- Apoyar a las comunidades locales y establecer incentivos para el desarrollo de iniciativas efectivas de promoción de la salud integrada a la atención de la salud y a los diversos programas extrasectoriales relacionados.
- Comunicar oportunamente a la comunidad los resultados de la evaluación del estado de la salud y la gestión de los servicios de salud y de salud pública. En el marco del trabajo territorial, como profesionales de la salud dentro de instituciones formales debemos respetar los procesos de autonomía y autogestión del colectivo de adultxs mayores procurando evitar la obstaculización del desarrollo de la participación comunitaria.

Los siguientes conceptos de **Ciclo vital** y **Envejecimiento activo** permitirán comprender desde qué lugar el equipo de trabajo comprende al adulto mayor, en detrimento de los mitos de inactividad que se sostienen en la sociedad.

Las actividades pensadas, elaboradas y planificadas en el proyecto se sustentan en la necesidad de revisar la imagen deficitaria y los estereotipos del envejecimiento, la vejez y las personas mayores para generar contrapropuestas que refuten la asociación de envejecimiento con declinación, pérdida absoluta, aislamiento y las generalizaciones del colectivo. Los autores Lehr (1994) y Thomae (1993), señalan que las expectativas del otro influyen en el concepto que cada persona tiene de sí misma y que las problemáticas relacionadas con la vejez no comienzan a una edad o una época determinada sino cuando las personas comienzan a ser etiquetadas socialmente como “de edad madura” o “jubilados”; la percepción de la mirada del otro, configura comportamientos que pueden atentar (o no) con la integralidad del sujeto. En este sentido se toman las palabras del Dr. Francisco Maglio en su libro “La dignidad del otro” quien señala que existen dos condiciones para alcanzar una “ancianidad¹ saludable”: mantener los lazos afectivos y una participación social activa. La principal generadora silenciosa y naturalizada de enfermedad en este colectivo es la discriminación. De esta forma, pensar

la vejez como parte de un ciclo vital dinámico puede vencer la asociación directa de crecimiento y declinación resaltando que las pérdidas y las ganancias pueden estar en cualquier parte de ese continuo ciclo vital.

Un nuevo enfoque del envejecimiento activo debe incluir algunos principios fundamentales: considerar como actividad todo aquello que contribuya al bienestar de las personas; el envejecimiento activo tiene carácter preventivo y por tanto ha de introducirse a lo largo de toda la vida; se refiere a todas las personas mayores, sean cuales sean sus condiciones y capacidades; debe ser intergeneracional; supone un conjunto de derechos y deberes; es participativo y “empoderador” con respeto de la diversidad cultural.

La conferencia en el año 2010 en la ciudad de Logroño reflexiona que las personas mayores conforman un amplio sector de la población cada vez más representativo en nuestra sociedad que mantiene durante más tiempo su vitalidad y capacidad intelectual y reclaman espacios educativos que les permitan continuar su desarrollo personal y social, mantenerse activos e integrados plenamente en el entorno que los rodea.

Los beneficios del aprendizaje en las personas mayores son evidentes, inciden en la conservación de la memoria, en mejora de la salud en general y ayudan a mantener la autoestima, la libertad y la identidad personal. El aprendizaje es una actividad esencial para la construcción de una ciudadanía activa, y para promover la cohesión social y la igualdad de oportunidades. (Conferencia, Logroño 2010)

Frente a la complejidad de las situaciones que se abordan es imprescindible el trabajo con otras disciplinas para lograr “**interdisciplina**”. En términos generales es un intercambio de métodos, conceptualizaciones, códigos lingüísticos, técnicas, de cada uno de los que intervienen en el abordaje, que exigen competencias en la suya propia, y otras condiciones para su desarrollo. Para que se dé un verdadero trabajo interdisciplinario se requiere además un dominio de saberes de las correspondientes disciplinas participantes, que conozcan los modos propios del lenguaje de los otros, con el fin de lograr un adecuado proceso comunicacional.

Este concepto vinculado a la salud, alude que para los sistemas organizados como son los centros de salud, la interdisciplina constituye un desafío.

Por otra parte, el rápido desarrollo de la ciencia y la tecnología hizo inevitable la fragmentación del conocimiento y el surgimiento de la especialización. Es en este contexto que reaparece la necesidad de relacionar, articular e integrar nuevos conocimientos para abordar al ser humano de manera integral. Se ha encontrado en la Interdisciplina, una forma de trascender los análisis especializados o particulares. En la práctica concreta la concepción del trabajo en equipo, propone su aplicación en escenarios complejos con el objetivo de resolver problemas de alcance colectivos, que requieren de la intervención de otras disciplinas y de la introducción de nuevas metodologías y estrategias de enseñanza – aprendizaje.

Los modelos que consagran el abordaje de las situaciones a partir de un solo saber han perdido vigencia histórica. La interdisciplina es la única forma posible para enfrentar retos tan heterogéneos como los problemas actuales de las comunidades. (Calvette, 2010)

Conceptualizada la interdisciplina, se definirá a continuación a los protagonistas de este relato de experiencia: los **Adultxs Mayores**.

La población mundial está envejeciendo a pasos acelerados. Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. El cambio demográfico será más rápido e intenso en los países de ingresos bajos y medianos. Tuvieron que transcurrir 100 años para que en Francia el grupo de habitantes de 65 años o más se duplicara de un 7% a un 14%. Por el contrario, en países como el Brasil y China esa duplicación ocurrirá en menos de 25 años. Habrá en el mundo más personas octogenarias y nonagenarias que nunca antes. Entre 2000 y 2050 la cantidad de personas de 80 años o más aumentará casi cuatro veces hasta alcanzar los 395 millones. Es un acontecimiento sin precedentes en la historia que la mayoría de las personas de edad madura e incluso mayores tengan unos padres vivos, como ya ocurre en nuestros días. Ello significa que una cantidad mayor de los niños conocerán a sus abuelos e incluso sus bisabuelos, en especial sus bisabuelas. En efecto, las mujeres viven por término medio entre 6 y 8 años más que los hombres.

Pero, ¿cómo definimos al Adultx Mayor? La vejez es una etapa de la vida como cualquier otra. Hay definiciones científicas, biológicas, médicas, geriátricas, psicológicas, etc. de la vejez. Además de todas las definiciones que se encuentren, es igual de importante tomar en cuenta las percepciones y definiciones de la sociedad; de los mismos adultxs mayores, de sus familiares, de sus nietos, etc.

Algunos autores definen la vejez o la tercera edad a partir de los 60 años, otros a partir de los 65-70. Otros dicen simplemente que es una definición social.

Si se le preguntara a una persona de 65 ó 70 años su definición de vejez, lo más seguro es que se definiría a sí mismo o tal vez a su cónyuge o alguna amistad. Si le preguntamos a alguien de entre 40 y 55 años, nos respondería posiblemente pensando en sus padres. Si le preguntamos a alguien de entre 15 y 30 años nos respondería pensando en sus abuelos o tal vez bisabuelos. La sociedad los describe de acuerdo a su experiencia; es por eso que para alguien la vejez la puede describir como una etapa feliz y satisfactoria en la vida; pero tal vez alguien más, incluso de la misma edad, puede responder que es una etapa de sufrimiento, enfermedad, padecimientos, etc.

Según el documento “Hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez” pueden tomarse cinco criterios para definir la vejez:

Criterio Cronológico: define la vejez en función de la edad del individuo. Es objetiva en su medida, ya que todas las personas nacidas en la misma fecha comparten idéntica edad cronológica y forman una unidad de análisis social, la cohorte, utilizada frecuentemente por demógrafos, epidemiólogos y sociólogos.

Criterio Biológico: Asociado al desgaste de órganos y tejidos, marcaría el comienzo de la vejez cuando este deterioro se hace perceptible. Este criterio por sí sólo no es válido ya

que algunas estructuras envejecen muy precozmente, mientras que otras lo hacen de forma muy tardía.

Criterio Funcional: define la vejez asociándola a la pérdida de funciones, tanto físicas como psíquicas e intelectuales, es decir, equipararía a la vejez con la enfermedad. Éste es un concepto erróneo pues la vejez no representa necesariamente incapacidad o limitación. Las barreras a la funcionalidad de los ancianos, son con frecuencia, fruto de las deformaciones y mitos sobre la vejez más que reflejo de deficiencias reales.

Criterio Socio-laboral: utilizado con gran frecuencia en la actualidad, considera la jubilación como el comienzo de la vejez., ya que se la considera como la transición o el ingreso al proceso de envejecimiento. Este criterio está muy rebatido, ya que la jubilación es un fenómeno bastante nuevo y no afecta por igual ni a todos los individuos ni a todas las sociedades.

Criterio vejez, etapa vital: está basada en el reconocimiento de que el paso del tiempo produce efectos en la persona. La vejez, según este punto de vista, constituye un período semejante al de la niñez o la adolescencia que posee una realidad propia y diferenciada de las anteriores, limitada únicamente por condiciones objetivas externas y por las subjetivas del propio individuo. (Hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez, 2011)

Los organismos internacionales la vejez realizan las siguientes definiciones:

- La Organización Panamericana de la Salud considera como personas adultas mayores a aquellas que tienen 60 años de edad o más, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población en la región y las condiciones en que se presenta el envejecimiento.
- Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan se les denominan grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta persona de la tercera edad.
- Las Naciones Unidas considera anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo.

De acuerdo al Plan Nacional argentino para las Personas Adultxs mayores, lo clasifican:

Persona adulta mayor independiente o autovalente: es la que es capaz de realizar las actividades básica de la vida diaria: comer vestirse desplazarse asearse bañarse así como también es capaz de realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, como cocinar limpiar la casa comprara lavar planchar, usar el teléfono, manejar su medicación, administrara su economía con autonomía mental.

Persona adulta mayor frágil: es quien tiene alguna limitación para realizar todas las actividades de la vida diaria básica.

Persona adulta mayor dependiente o postrada (no autovalente): es aquella que requiere del apoyo permanente de terceras personas. Tiene problemas severos de salud funcional y mental.

Sin duda que son múltiples las definiciones y descripciones que puede haber de la vejez. Lo relevante es no dejar de considerar importantes las definiciones familiares, sociales y la de los mismos adultxs mayores sobre el propio colectivo que los agrupa.

Por último, resulta relevante el concepto de **Autonomía** en el Adultx Mayor. La autonomía es la condición por la cual el sujeto goza de autosuficiencia, no solamente en el gobierno del propio cuerpo, sino también de libertad en el ámbito del pensamiento, del deseo, de la palabra y de la acción. La posibilidad de valerse por sí mismo, de expresarse y de actuar en función de los propios pensamientos y deseos es una facultad inherente al ser humano. Y su realización implica la efectivización de los derechos humanos fundamentales. Cuando su realización es obstaculizada mediante factores humanos externos y contrarios a la voluntad del sujeto estamos en presencia de una violación a los derechos humanos.

Existe una clasificación de los causales de pérdida de autonomía en la vejez:

En el orden económico, el primer causante de reducción de la autonomía de las personas está ligado a la reducción de ingresos que se produce como consecuencia de la jubilación. El término “jubilación” viene de “júbilo”, y fue denominado así porque se consideraba que después de una gran parte de la vida dedicada al esfuerzo y al trabajo, las personas merecían vivir el resto de sus vidas descansando y gozando de su tiempo libre. Pero hoy, el jubilarse es motivo de angustia y preocupación; no solamente porque los montos de los haberes jubilatorios son insuficientes para cubrir las necesidades básicas, sino también porque ahora está en riesgo su salud, ya que su obra social (PAMI) interrumpe la prestación de servicios para la prevención, atención y rehabilitación médica, servicios sociales como las internaciones geriátricas y diversos servicios que se prestaban desde los centros de jubilados como actividades físicas, recreativas, de peluquería, pedicuría, etc. Esta cuestión económica profundiza el estado de vulnerabilidad de las personas mayores, afectando su independencia, ya que deben apelar a los recursos de la red familiar para la subsistencia. Además, y en el peor de los casos, muchos haberes jubilatorios se convierten en el único ingreso del grupo familiar ampliado, en los miles de hogares donde los hijos o hijas con familia han perdido el empleo.

En el orden cultural los adultxs mayores sufren limitaciones a su independencia, como resultado de diversos prejuicios que están instalados en el imaginario social. Prejuicios tales como “Los viejos son como niños”, o “Qué le vas a preguntar a ellos”, o “No pueden”, o “No se dan cuenta”, o “No lo van a entender”; todas estas afirmaciones llevan a una consecuencia ineludible: no podemos esperar que las decisiones que ellos tomen sean las más acertadas, por lo tanto por su bien, las decisiones sobre su vida, las tomamos los adultos y/o las instituciones. Y los adultxs mayores terminan convenciéndose de que lo mejor es poner en manos de sus hijos o sus sobrinos las decisiones más y menos importantes, fortaleciéndose así una relación de dependencia personal que se acrecienta a medida que pasa el tiempo. Los que se resisten a las recomendaciones, sugerencias y consejos de los familiares adultos, en oposición a la del resto de la familia, deberán atenerse a las consecuencias, ya que no contarán con el apoyo familiar del que gozaban hasta ahora. Otros deben olvidarse de realizar un viaje, o salir con amigos, o seguir viviendo solos, por que los hijos consideran que es peligroso para su salud y su seguridad. En no pocos casos, hay adultos que manejan el dinero que sus mayores cobran en concepto de jubilación, decidiendo cuáles son sus necesidades, con qué bienes se habrán de satisfacer, cómo y cuándo.

Pero, la máxima expresión de privación de autonomía se pone de manifiesto cuando los hijos deciden, sin consultarlo con sus padres, que éstos deben vivir en un geriátrico por que a pesar de no sufrir ninguna enfermedad, ni incapacidad, están muy “viejitos y solos”, sin tener en cuenta otras alternativas a la internación, como el cuidado domiciliario, los centros de día, etc. El ingreso a la institución marca el inicio de un proceso creciente de pérdida de independencia personal. Los residentes deben someterse a normas institucionales y de convivencia como horarios de comida, de descanso, de recreación, etc. Compartir lugares comunes, hasta los dormitorios, con personas desconocidas. Resignar la pérdida, no solamente de su hogar, sino de todos los objetos que lo conformaban: muebles, plantas, animales, etc.

“Cuando se interroga a las personas adultas mayores, sus deseos esenciales no son deseos de dinero, de placeres; todos quieren “guardar su cabeza”, “no terminar en una silla de ruedas”, “no depender financieramente de su familia”

La autonomía ideal es utópica a una cierta edad de la vida, el objetivo es obtener una autonomía parcial, es decir, un equilibrio entre una alteración modesta de sus funciones psicológicas, físicas y sus condiciones de vida social.

Relato de experiencia... Experiencia en los relatos.

“Envejecer es cambiar los gustos. Y los nuevos son tan disfrutables como los anteriores.” Concepción Matilde “China” Zorrilla

A continuación se comparten algunas de las reflexiones surgidas de cuatro talleres tomados como ejemplo³, llevados a cabo en el grupo. Es esta parte del escrito la más enriquecedora ya que da cuenta del proceso individual y grupal generado, es decir, aquello que cobra sentido para los adultxs mayores -y también para el equipo de trabajo- lo más significativo para cada uno de los que participan en los encuentros que se traduce en salud, envejecimiento activo y autonomía para sus realidades.

Cabe destacar que durante el desarrollo del taller se realizan registros por medio de crónicas a través de las cuales se rescatan los emergentes del grupo para pensar actividades y ejes a desarrollar en los próximos encuentros. Este registro se considera un elemento fundamental para retomar la palabra y los saberes transmitidos por los miembros del grupo, sus opiniones y reflexiones del tema propuesto, teniendo en cuenta que poder expresarse, compartir y pensar desde puntos de vista alternativos es en sí mismo saludable y contribuye al “envejecimiento activo”.

1. Las siguientes reflexiones y preguntas surgieron en el marco de un encuentro en que se utilizaron como disparadores dos poemas de Julio Cortázar, “Instrucciones para subir una escalera” e “Instrucciones para llorar”, los cuales permitirían abordar una nueva temática: ¿es posible enamorarse en la adultez mayor?...

Frente a las propuestas de trabajo en grupo relacionadas con el amor y la erótica en la vejez, esa tarde en el taller, Jacinta de 71 años rompió el silencio y antes de empezar la actividad, preguntó:

- **“¿Vamos a seguir hablando de esto que venimos hablando?”** refiriéndose al tema sexualidad, con sonrisa y complicidad. Se notaba en ella una actitud vergonzosa pero a la vez interesada. Una de las coordinadoras del espacio les preguntó cómo se sentían abordando el tema referido a la sexualidad en la adultez mayor y Jacinta vuelve a tomar la palabra:

- **“Es un impacto que se da en la persona”** el resto del grupo la escucha atentamente y otras opiniones fueron animándose a sonar:

- **“Después de hablar todas estas cosas en la salita, puedo hablar con mi nieta de veintitrés de sexo y no lo puede creer, me dice: ¡abuela!, ¿qué te enseñaron ahí en la salita?”** compartió entre risas Juana, de 70 años, reflejando en el trabajo grupal una posibilidad de ampliar su comunicación intergeneracional en su familia.

En un segundo momento, la propuesta de trabajo invitaba a escribir instrucciones para enamorarse en la adultez mayor pensando en un lugar, una estación del año, un aroma y sensaciones corporales cuando se siente “amor”. Estas fueron algunas de las respuestas que denotaron cierta resistencia a pensar la posibilidad, aunque no en todas:

- **“No puedo. Tendría que ser por interés. Mi cuerpo no lo toca más nadie”** fue la respuesta que compartió Esther de 71 años.

- **“Me cuesta pensar en eso. Cuando sepulté a mi marido lo perdí todo, me quedé vacía”** dijo Juana (70).

- **“Yo pienso que si uno se enamora a los quince, a los cincuenta y cinco también puede”** respondió risueña Olivia, de 61 años, cambiando el tono de la reflexión. El resto alegaba que **“ella pensaba así porque era más joven”**.

Este taller dio un valioso material al equipo coordinador para repensar los talleres subsiguientes. Reflexionando junto al psicólogo Ricardo Iacub, se observa que estos dichos permiten entrever las limitaciones impuestas a los adultxs mayores para la disponibilidad de la sexualidad y el uso de los placeres (Iacub, 2006a). Esta inhibición se sustenta en la construcción del pudor en la vejez, la demanda moral de ser “respetables”, la dicotomía entre la asexualidad y la perversión y el control corporal (Iacub, 2011). Acerca de estas categorías, el pudor se apoya en la imagen de la vejez “deserotizada” contraponiéndose a los modelos estéticos juveniles vigentes. La respetabilidad como demanda moral supone que existe una demanda social superior a la existente a otras edades para lograr “controlar sus deseos”; la dicotomía asexualidad - perversión se ve plasmada en que la imagen del “viejo” se define como asexuada y si emergiera algún interés erótico esto mismo es considerado una perversión, un “descontrol psíquico y moral”; finalmente, el control corporal se encuentra arraigada a la idea de percibir al cuerpo como un objeto de conservación que, cuando se ve afectado por la enfermedad, produce un fuerte efecto “deserotizador”.

Realizar esta reflexión a la luz de conceptos teóricos permitió al equipo potenciar el trabajo en la temática sexualidad y prolongarlo durante más encuentros, dado que se problematizó la misma como emergente grupal.

Antes de finalizar el taller y luego de leer el primer poema de Cortázar, se dio un pequeño diálogo entre Olivia y Marta.

- **“La vida es como una escalera; hay que ir paso a paso y tener resiliencia” (Olivia, 61 años).**

- **“¿Resistencia?” (Marta, 69 años).**

Lo que pareció ser una confusión terminó siendo un juego de palabras que permitió la reflexión. Una de las coordinadoras, quien advirtió lo ocurrido, retomó y explicó el término resiliencia y propuso unas preguntas para favorecer dicha reflexión grupal. En lo inherente a reconstruir la posibilidad de disfrutar la sexualidad y hacer uso de los placeres, ¿qué implicaría, la capacidad de resiliencia?, ¿es tan difícil pensarlo que la palabra resiliencia remite a resistencia? quedaron resonando los interrogantes...

2. Los siguientes diálogos corresponden al encuentro grupal en que se trabajó la interpretación de un cuento de amor y su relación con las nuevas formas de comunicación: “Esperanza descubre internet”, de Oscar Bibrián. El cuento narra la historia de una mujer de cincuenta años separada de su marido que redescubre un amor por internet, un amor que resulta ser un “conocido”. Se propuso identificar el contexto, los personajes, sus características y su desenlace para luego reflexionar sobre el mismo y pensar qué otras formas conocen de experimentar el amor. Para fomentar el trabajo y el debate en equipos, se propuso elaborar la actividad propuesta en duplas y luego compartir al grupo. Tras compartir la lectura del cuento y preguntarles qué habían interpretado, Olivia (61) se animó:

- **“Habla de una mujer que sufrió mucho y está sola en la vida”.**

- **“¡La dejó el marido!”** añadió rotundamente Rita, de 65 años.

Ante el interrogante sobre la persona de la que la protagonista se había enamorado a través de internet, todas respondieron al unísono:

- **“¡Del marido! ¡Era el marido!”.**

Cuando se les preguntó cómo imaginaban a los personajes, se vio resaltada la idea de amar y capacidad para enamorarse cuando “se es joven”:

- **“Juvenil. Tenía cincuenta pero se sentía joven”** respondió Rosa a la pregunta sobre cómo sería Esperanza, la protagonista.

La ‘aggiornada’ experiencia de la protagonista del cuento abrió a compartir las propias historias de enamoramiento de los participantes en este trabajo de conectarse con la propia historia de vida y reactualizarla, sin sentirse ajenas a aquellos tiempos. La pregunta que cabía era, si el amor podía conocerse a través de internet, ¿en qué otros lugares podía conocerse un amor?...

- ***“En una verdulería, en un hospital...”*** compartió Rita. Y comentó la historia de dos vecinos que habían iniciado su romance yendo a cuidar a sus respectivos cónyuges que estaban internados en un hospital.

Las actividades de debate grupal en general permiten que circule la palabra entre quienes están presentes, elemento que permite observar emergentes, cuestiones que preocupan, prejuicios y conceptos instalados y su puesta en juego frente a las opiniones de los pares...

- ***“¡Es un sinvergüenza!”*** acotó Rita nuevamente, esta vez con indignación. Hacía referencia a un hombre de 78 años que había iniciado una relación con una mujer de 71 años del centro de jubilados al que van sus vecinas, según se rumoreaba en el barrio.

Repreguntando sobre cuál sería la vergüenza si esto sucediera, Juana intentó comprender:

- ***“Es un hombre. El hombre no puede vivir solo”***

Nuevamente aparece reflejada la dicotomía asexualidad vs perversión exteriorizada por el rechazo que genera la idea de formar una pareja cuando “ya no corresponde”. La respuesta “comprensiva” de la compañera deja entrever la idea de compañía y goce sexual a lo largo de toda la vida como una demanda; el hombre debe estar acompañado por una mujer como modo de alegrar su vida (Iacub, 2011). La diferencia establecida entre lo que está permitido -o no- socialmente a un hombre y a una mujer, también fue material valioso para el equipo, para retomar en talleres siguientes y trabajar sobre machismo y micromachismos, desde una perspectiva de género.

Para finalizar este encuentro Juana, una de las integrantes más animadas a compartir sus reflexiones y el impacto de los temas trabajados en el grupo en su vida cotidiana, se animó a confesar risueña a las coordinadoras del grupo (“las chicas”):

- ***“Desde que hablamos todo esto en el grupo veo las novelas y veo que hay besitos en todos los mayores, la otra vez pensé, ¡cómo la vinieron a pegar estas chicas!”*** ...

3. Los siguientes diálogos se dieron durante el encuentro en que se trabajó con la proyección de videos documentales sobre tres historias de amor de personajes emblemáticos: Remedios de Escalada y San Martín, Ana Bolena y Enrique VIII y Juan D. Perón y Evita. Con respecto a la trágica historia de Ana Bolena, surgieron interesantes reflexiones sobre la violencia de género y los diferentes roles asignados socialmente a los diferentes géneros. Asimismo se dejaron entrever las diferentes opiniones de los miembros de La Colmena que signan la visión histórica que tienen del tema y compartieron abiertamente.

- ***“A veces se separan y como el hombre sigue enamorado no soporta ver que tienen otra pareja”*** Compartió Ana, 84 años, en referencia a los femicidios.

- ***“Algunas compañeras árabes de trabajo cuando yo era joven eran obligadas a casarse y en la etapa de liberación de los '60 se separaron”*** (Juana, 70 años).

- ***“En Paraguay después de la guerra, no había hombres y el presidente mandó a que los hombres tuvieran hijos con muchas mujeres”*** (Ana, 84 años).

- **“Yo también me sorprendo de ver a mi sobrino cambiar pañales, pero ahora es así”** (Ana, 84 años).

- **“Yo interpreto ahora que los celos son mentira, son una gran mentira. Porque justamente los que matan son los celosos. Y eso no es querer ... (Juana, 70 años)**

- **“... Habría que ver qué es querer”** (Antonio, 68 años, en respuesta a Juana).

- **“¿Sabés la alegría que tenían las mujeres?. Yo lo vi en mi mamá y en mis tías... ¡eran libres!”** (Juana, 70 años, refiriéndose al amor que tiene por Evita Perón y la alegría que vio en su madre y tías cuando pudieron votar por primera vez).

El equipo coordinador entiende junto al mencionado autor, que el género es una categoría de identidad social que se construye. Las diferentes representaciones acerca de los roles de varones y mujeres, sus formas de expresión de emociones y sentimientos y los tipos de actividades que realizan están signados por una valoración social impartida por un poder hegemónico. Estos modelos de identidad son parte de una cultura que se transmite en cada generación aportando representaciones de género, los cuales a su vez envejecerán de modos diferenciales. La rigidez de los modelos “tradicionales” acerca de los roles de género pueden fragilizarse ante los nuevos contextos que plantea el envejecimiento (Iacub, 2011). La fortaleza o la “productividad” del varón puede caer dramáticamente cuando se trata de un varón viejo si se sostiene ese esquema rígido de valores “tradicionalmente masculinos”; del mismo modo, la mujer vieja puede encontrar que las demandas femeninas relativas a la seducción o a los roles maternales pueden resultar incompatibles con el envejecimiento (Neugarten y Gutmann, 1964; Livson, 1976; Troll y Parron, 1981; Sinnot, 1984).

4. Por último, se comparten dos diálogos surgidos en un taller donde se trabajó la comunicación no verbal a través de la proyección de imágenes; se propuso describir brevemente qué les transmitía cada una de ellas, compartiendo junto a los demás con pocas palabras.

- **“Sanos digo, por el lugar donde están... están con el mundo pero están felices, comunicados con el mundo”**. expresa María Leonor de 68 años, refiriéndose a una imagen de niños con computadoras portátiles en medio de una montaña. Por la vivencia compartida, pareciera que la imagen la trasladaba a su infancia donde esta “comunicación con el mundo” aún no era posible.

- **“No se aceptaron nunca como son”** expresa Juana (70), refiriéndose a una imagen de una mujer con cirugías estéticas, lo cual la lleva preguntarse sobre la necesidad de algunas personas de realizarse estas prácticas cuando tienen arrugas o el cuerpo empieza a envejecer.

Las apreciaciones surgidas en este encuentro permitieron ver que para estas mujeres comunicarse está estrechamente vinculado con la salud. Ser visibles, ser parte, es un bien vital. Y ser visibles con las marcas del tiempo en esta etapa rechazada por un imaginario social que aún no habita esa “adulthood mayor”, es todo un desafío.

En relación a la valoración del cuerpo joven y el rechazo a las huellas del “envejecimiento”, interesa destacar el concepto de “viejismo” como un conjunto de juicios estigmatizadores sobre la vejez, tanto negativos como positivos. El viejismo constituye una forma de prejuicio que involucra procesos psicosociales por los cuales los atributos personales son ignorados y los individuos se etiquetan de acuerdo con estereotipos establecidos en la afiliación grupal. Como todo prejuicio, el viejismo produce dos actitudes:

- Una dislocación social en tanto promueve una pérdida o redefinición de roles que resulta en la reducción de la participación social. Es ejemplo de esta dislocación social la tendencia a tomar decisiones por sobre la persona mayor limitando su espacio de decisiones (tratar “como si fueran chicos”).

- El uso de estereotipos generalmente negativos basados en características excepcionales o inexistentes atribuidas de manera categórica a todos los miembros del colectivo de adultxs mayores. Ejemplos de este elemento son la idea de que todo adulto mayor es frágil e independiente basada en que existe algún porcentaje que lo es. (Mc Gowan, 1996)

Los autores Levy y Banaki (2004) también explicitan esta categoría. Plantean que el viejismo es una forma de prejuicio particularmente complejo ya que, a diferencia de otros prejuicios en que victimarios y víctimas suelen ser claramente reconocibles y donde el repudio es explícito, el viejismo opera sin ser advertido, es decir, sin que exista intención certera de dañar de manera consciente. En este contexto, la ausencia de un odio fuerte y explícito hacia los viejos, por un lado, y una amplia aceptación de sentimientos y creencias negativas, por el otro, produce que el rol de las actitudes y los conocimientos implícitos acerca de la edad se torne especialmente importante. Dicho análisis puede revelar en qué medida las raíces del prejuicio pueden encontrarse en niveles no descubiertos o incontrolables (Levy y Banaki, 2004).

La reflexión de estos autores en diálogo con las frases emergentes de los talleres, permitió al equipo fortalecer la comunicación entre ellos, independientemente del tema abordado. Sin embargo, frente a los estereotipos que se tienen de la vejez (tema surgido a través de una de las imágenes trabajadas) fue muy rico escuchar la voz de todo el grupo, dando lugar a que opinen sobre ellos mismos. Estos prejuicios se convirtieron en tema transversal a la mayoría de los encuentros.

Conclusiones finales

Recuperar el recorrido histórico del grupo La Colmena ha permitido reconocer los interrogantes iniciales que dieron origen al grupo, para que el equipo pueda replantearse los actuales: ¿qué lugar tenía el centro de salud para los adultxs mayores del barrio en los inicios del año 2000? ¿Qué resignificaciones se encuentran hoy día en sus relatos?

Ampliar la escucha de los integrantes del grupo, estar atentos a sus temas de interés expresados de forma explícita o implícita, generar intercambio entre ellos y ponerlos en juego junto a conceptos teóricos es lo que permite redefinir la demanda en cara de fortalecer este espacio de promoción de la salud.

Frente a un colectivo signado socialmente por la pasividad donde se los asocia a los términos de quietud e improductividad, se promueve un envejecimiento activo donde se demuestra que aún se puede intercambiar, fortalecer la autoestima, generar vínculos, en definitiva, “producir salud”.

Son sus propios relatos y reflexiones los que dejan pistas por dónde seguir trabajando en este dispositivo grupal y el entusiasmo de un trabajo en equipo nutrido de la interdisciplina, fundamental para llevarlo a cabo.

Referencia bibliográfica

“Educación para el envejecimiento”. Clases del Seminario Virtual.

“Los derechos de las personas mayores”. Materiales de estudio y divulgación. Año 2011.

“Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria”. Segunda edición. Año 2006.

Calvette, Oliva Antonio. “Trabajo en Equipo de Salud. Teoría y Práctica”.

Conclusiones de la Conferencia de Envejecimiento Activo y Saludable. Logroño, 29 y 30 de abril, 2010. España.

Gundsdorf G. “Pasado, Presente y Futuro de la Investigación Interdisciplinaria y Ciencias Humanas”. Tecnos/UNESCO/Madrid 1983 OPS-OMS (2005) “Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas”. Washington.

Lacub, Ricardo. “Identidad y envejecimiento”. Primera edición. Buenos Aires: Paidós, 2011. Páginas 56-77.

Libro Blanco del Envejecimiento Activo. Año 2011. España.

Maglio, Francisco. “La dignidad del otro, puentes entre la biología y la biografía”. Segunda Edición. Año 2011. Buenos Aires: Libros del Zorzal.

Manual de Medicina Preventiva y Social I. Unidad N° 5. SALUD DEL ADULTO MAYOR - GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA. Año 2013.

Mazzáfero, Vicente Enrique y colaboradores. “Medicina y salud pública”. Primera Edición. Año 1999. Editorial Eudeba.

Muchnik, Eva. “Envejecer en el siglo XXI”. Editorial Lugar, Buenos Aires. Año 2006.

Ruiz, Elisa Dulcey. “Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana”. Centro de Psicología Gerontológica-CEPSIGER, Bogotá, Colombia. Cecilia Uribe Valdivieso. Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Revista Latinoamericana de Psicología. Año 2002. Volumen 34-Nos 1-2, pp 17-27.

Tajer, D. “Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud”. En Tajer D. Género y Salud. Las políticas en acción. Buenos Aires. Lugar Editorial (en prensa).

ADULTOS MAYORES, REDES DE APOYO Y TERRITORIO

Lic. D' Amore, Marina³⁹; Lic. Del Valle, Daniel⁴⁰; Lic. Pierini, Marina⁴¹,
Lic. Rimemberg, Bibiana⁴²; Lic. Soraire, María de las Nieves⁴³;
Lic. Sosa, Carolina⁴⁴
UGL XXIX INSSJ y P PAMI

RESUMEN

En el marco del “Curso de Posgrado en Gerontología y Seguridad Social”, las becarias y becarios, licenciados en Trabajo Social recibidos en la Universidad Nacional de La Matanza, concurren al curso teórico y a la UGL XXIX del INSSJP-PAMI y sus respectivas sedes.

El objetivo principal es reconocer las redes existentes y potenciales de las personas adultas y el rol del trabajador social como articulador en territorio, con la intención de promover un envejecimiento activo. Desde esta perspectiva conceptual, se realiza un relevamiento en territorio, implementando el instrumento de la entrevista, observación participativa, la cartografía social y el Mapeo de Actores Claves.

INTRODUCCIÓN

La elaboración del presente trabajo se llevó a cabo a partir de la inserción de los becarios en el INSSJP-PAMI y las diferentes agencias de la UGL XXIX: Morón, Ituzaingó, Hurlingham, Merlo y Moreno.

Se considera importante a las redes de apoyo, dado que es una práctica simbólica cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permite mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y, en consecuencia, evitar el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan al adulto mayor.

Desde esta perspectiva conceptual, se realiza un relevamiento para conocer las redes comunitarias que poseen los adultos mayores. Para ello se selecciona -considerando la cantidad de afiliados y las diferencias territoriales y de accesibilidad- el barrio San Luis de Mariano Acosta (Merlo) y Morón Sur.

³⁹ Correo electrónico: marinadamore@yahoo.com.ar

⁴⁰ Correo electrónico: dedelvalle@yahoo.com.ar

⁴¹ Correo electrónico: marinagpierini@gmail.com

⁴² Correo electrónico: bibianarimemberg@yahoo.com.ar

⁴³ Correo electrónico: maria_soraire@hotmail.com

⁴⁴ Correo electrónico: carolinasosa243@hotmail.com

Además, se identifican las estrategias de sostén que existen en su propio ámbito comunitario, los espacios de participación y el reconocimiento de los intereses socio-recreativos de los mismos. Reflexionando acerca del rol del Trabajador Social, como facilitador/articulador y un referente que trasciende su tarea institucional, interviniendo en el territorio y convirtiéndose en un actor clave; tanto desde el INSSJP-PAMI, como desde el resto de las instituciones.

Para la confección del mismo, se ha utilizado la cartografía social como herramienta metodológica, la cual posibilita un acercamiento al territorio y la participación de diferentes actores de la comunidad, implementando además el instrumento de la entrevista, observación participativa y el MAC (mapeo de actores claves). El mapeo de actores permitió conocer referentes institucionales, la articulación entre actores, vinculación entre organizaciones observando potenciales alianzas y conflictos. Se concurreó a los centros de jubilados de cada barrio, en el momento donde se realizaba alguna actividad (entrega de bolsones alimentarios o actividades grupales), y se reunió a un pequeño grupo de informantes con diferentes perspectivas y experiencias. Asimismo, se sistematizó la experiencia transcurrida en las UGL en diferentes áreas para poder realizar un análisis respecto al actuar del INSSJP con sus afiliados y el entorno comunitario, dado que es interesante conocer si el Instituto forma parte de estas redes y cuál es su nivel de inserción territorial.

Las preguntas que surgen para esta investigación, han sido las siguientes:

-¿Cuál es el objetivo del INSSJP respecto a la promoción de las redes sociales y culturales en el territorio de influencia?

-¿Las actividades propuestas están adecuadas a favorecer el Envejecimiento Activo?

-¿Existen instituciones en el territorio para la contención que promueva la integración social de vida del adulto mayor?

Problema:

Las redes de apoyo comunitarias, pertenecientes al área de influencia de la UGL XXIX del INSSJP, ¿Articulan promoviendo un envejecimiento activo para los adultos mayores?

Objetivo General:

- Reconocer las redes de apoyo comunitarias existentes y/o potenciales y si éstas brindan contención al AM para promover un envejecimiento activo.

Objetivos Específicos:

- Identificar las redes comunitarias y estrategias de sostén que poseen los adultos mayores.
- Indagar los intereses socio-recreativos de los adultos mayores.
- Describir la autopercepción del adulto mayor en relación a su participación barrial.

- -Conocer la geografía y cartografía social como proceso social.
- -Describir el rol del trabajador social como articulador en el territorio.

Hipótesis:

Las redes de apoyo comunitarias existentes en el área de influencia de la UGL XXIX, promueven un envejecimiento activo.

Intervención como campo problemático:

La intervención la analizaremos desde la categoría de campo problemático que nos propone la Dra. Margarita Rozas. Partimos de reconocer que la intervención se construye a partir de las manifestaciones de la cuestión social, y las mismas corresponden a las coordenadas que estructuran el campo problemático.

Pensar la intervención, es analizar las trayectorias vitales de aquellos sujetos con los que trabajamos, lo que nos permite recuperar la idea de dotación desigual y diversa de capital social, económico y simbólico.

El “ámbito gerontológico” se constituye en un espacio socio ocupacional emergente del quehacer profesional. Se constituye un elemento fundamental la reflexión sobre las concepciones que arraigamos de vejez a los fines de desatar interrogantes sobre la intervención. (Paula Danel, 2002: 29)

La recuperación de la construcción socio-histórica de la vejez se torna en un aporte central para los procesos de intervención profesional. Esto nos permite identificar, ciertas continuidades y rupturas en la forma de intervenir social.

Nombrar a los sujetos con los que trabajamos por sus dependencias, podría configurar cierta performatividad. Es decir, nuestras prácticas reiterativas y referenciales producen los efectos con los que se los nombra. Si nuestras intervenciones consideran al “otro” como incapaz, heterónomo, seguramente configuremos a los sujetos como dependientes de nuestras decisiones.

La idea de vejez frente a las homologaciones de idearios de vejez unívocos y el reconocimiento de la distribución desigual de bienes económicos, políticos, y simbólicos es imprescindible para iniciar procesos de intervención superadoras. La idea de acompañar al otro nos coloca la discusión sobre la autonomía del sujeto, si pretendemos avanzar en posturas superadoras.

El envejecimiento es una de las experiencias vitales a las que se enfrenta los seres humanos. La superación de una mirada clásica del trabajo social de caso, grupo y comunidad en los procesos formativos nos ha permitido entender que una profesión puede incrementar las estrategias de intervención, ser creativa en la puesta en juego de actividades y eso no implica pensarse como otro perfil socio profesional. La dinámica contradictoria que se genera en la relación sujeto-necesidad de la cuestión social, nos habilita a pensar la intervención. Nos separamos de miradas utilitarias de que hacemos, para incluir aquello del: Para qué, Por

qué y Cómo (hablamos de las dimensiones teórico – metodológicas; operativa/instrumental y ético-política).

Tomamos los aportes de Haley para identificar un trabajo social crítico como aquel que tiene: compromiso con las poblaciones oprimidas y empobrecidas; apunta al diálogo entre trabajadores y usuarios de servicios y genera análisis reflexivos en pos de generar transformaciones.

Servicio Social Gerontológico

Diversos autores consideran diferentes tipos de intervención; el principal modelo detectado es el asistencial, ligado a la práctica médica y legal. Luego, la práctica profesional en el tratamiento de la persona incorporó estrategias congruentes con el modelo psicológico. El conocimiento por parte de la profesión de la perspectiva social de la vejez, se ha limitado a la obtención e interpretación de datos que sirvan de insumos para instrumentar acciones paliativas.

“El fundamento de toda profesión se origina por la presencia de un campo de problemas que demandan soluciones efectivas. El Trabajo Social, se funda en una profesión que intenta devenir disciplina científica. Para ello limitan un objeto de intervención a partir del cual se estructura el “saber hacer” profesional.”(Cordero, L. et al, 2003:39). Lo específico del Trabajo Social, radica en intervenir sobre los efectos de las contradicciones coyunturales y estructurales de la sociedad que impactan en las condiciones de vida de los sectores más desfavorables, estableciendo el vínculo entre los recursos y satisfactores y las necesidades y las carencias involucradas en cada intervención. Se aboga por superar el carácter inmediateista de los paliativos y se apunta con cada intervención a recrear los fundamentos de la promoción y dignidad humana y justicia social.

Del mismo modo que en otras áreas, en el área de la tercera edad se hace imperioso evaluar los alcances de las formas de intervención, buscando un abordaje en el nivel individual como el grupal, institucional o comunitario, desde la historia de vida y el marco relacional de cada adulto mayor. En particular, examinando las confluencias económicas, sociales, culturales e históricas del contexto del que el adulto mayor y el profesional forman parte.

El adulto mayor -con el que trabajamos en nuestra práctica debe ser comprendida - en primer lugar, como el efecto de una cultura, que refleja el escenario del que proviene; preparándonos para la comprensión y abordaje de los conflictos detectados.

Cotidianamente, se presentan o detectan situaciones de pseudo-abandono, violencia, disfunciones familiares en las que el adulto mayor es partícipe o protagonista. El adulto mayor, para llevar una vida satisfactoria, depende de los sistemas de su entorno social más inmediato. El Trabajo Social debe enfocar su atención en éste contexto para detectar cuales son los elementos de las interacciones entre el adulto mayor y su entorno que provocan situaciones problemas objeto de la intervención profesional.

“La intervención profesional debe dar cuenta de un proceso de encuentro entre el Trabajador Social y el adulto mayor para establecer una relación de “ayuda” no sólo asistencial sino también promocional y autogestionaria.” (Cordero et al, 2003: 41)

El Trabajador Social deberá articular entre los adultos mayores y los recursos institucionales y sociales:

- La transformación de las interacciones entre los adultos mayores y su entorno social inmediato y mediato (familiares, amigos, organismos sociales).
- El establecimiento de redes de “ayuda práctica” y sostén social, como soporte del adulto mayor.
- En el nivel macrosocial, apoyando las reformas para el cambio y el desarrollo de una política social efectiva en Tercera Edad.
- Por último, dentro de las prácticas inherentes, las actividades de control o auditoría, respecto la vigilancia de los derechos en situaciones de explotación, abandono material o moral, abusos, violencia doméstica, física ó psicológica.

Uno de los desarrollos más importantes en la tercera edad, está constituido por las redes de apoyo. Centradas, en grupos de apoyo planificado y de cuidadores informales o naturales (amigos, vecinos, jóvenes y miembros de la familia). El tipo de trabajo puede ser individual, grupal, institucional o comunitario. Esto requiere que el profesional Trabajador Social, entrene a las personas auxiliares para estimular la fuerza psicológica y motivacional, a fin de mejorar su competencia. El aspecto comunitario, implica fortalecer las habilidades para emplear voluntarios y adultos mayores que puedan llegar a integrarse en una red y faciliten el acceso a los recursos, instrumentando acciones preventivas a la Tercera Edad. En el Trabajo Social tradicional, los adultos mayores son ayudados para “emigrar” de la red asistencial. Aunque algunos permanecen dentro del sistema para ayudar a otros. No se busca la independencia del adulto mayor, si se estimula la interdependencia. Los adultos mayores que componen ésta red, comprenden predilecciones por contextos ambientales, vecinales y comunitarios; colaborar en la adaptación más activa de sus congéneres para acompañar la senectud.

Georreferenciación

Para la presente georreferenciación, se han tomados los datos de los afiliados al INSS-JP-PAMI por distrito, siendo los dos con mayor cantidad Morón y Merlo.

Considerando la lejanía a la UGL de cada una de estas localidades, se selecciona el barrio Belgrano de Morón Sur y San Luis de Mariano Acosta. Asimismo, se toman en cuenta las diferencias socio-culturales de la población de cada barrio, a fin de realizar un análisis comparativo de cada zona.

El MAC (mapeo de actores sociales) es una metodología ampliamente extendida y vinculada con la teoría de redes sociales. Esta herramienta descansa sobre el supuesto de que la realidad social se puede ver como si estuviera conformada por relaciones sociales, donde participan actores e instituciones sociales de diverso tipo. El MAC es una herramienta metodológica de tipo ‘estructural’ que permite acceder de manera rápida a la trama de relaciones sociales dadas en una zona determinada.

Referencia bibliográfica

Aizen, Rosa (compiladora); "Adultos Mayores Somos Todos. Ejes de la gestión para la Tercer Edad", Subsecretaría de Tercera Edad. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2012.

Clemente, Adriana, Arias, Ana Josefina (compiladoras); "Conflicto e Intervención Social", Capítulo XII Adultos mayores sin cobertura previsional en la Argentina: de la negación de su visibilidad a la posibilidad de su construcción como problema social. Una mirada desde el trabajo social. Mariano Berberena. Editorial Espacio. Buenos Aires. 2003.

Clemente, María Alejandra, Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica [The relation between social supports networks and the process of human aging. Bibliographical review]. Interdisciplinaria [en línea] 2003, 20 (Sin mes): [Fecha de consulta: 3 de julio de 2016] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18020103>>

CORDERO, Liliana et al. (2003) Trabajo Social con Adultos Mayores. Espacio Editorial, Buenos Aires, Argentina.

Fernández Ballesteros, R. 1989. En "Adultos Mayores Somos Todos. Ejes de la gestión para la Tercer Edad", Aizen Rosa (compiladora). Subsecretaría de Tercera Edad. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2012.

Lacub, Ricardo; "El Poder en la Vejez: entre el empoderamiento y el desempoderamiento"; 1a ed. Buenos Aires: Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados- INSSJP, 2012.

Menéndez, J., Guevara, A., Arcia, N., León Díaz, E.M., Marín, C., Alfonso J.C. (2005). Enfermedades Crónicas y Limitación Funcional en Adultos Mayores: Estudio Comparativo en Siete Ciudades de América Latina y el Caribe. Revista Panamericana de Salud Pública, 17 (5/6), 353-361

OMS. (2002). Disponible en: www.who.int/hpr/ageing/publications.htm

DANEL, Paula (2002) "Envejecer en el actual contexto. Problemáticas y desafíos para la intervención profesional del trabajo social" en 2AS. JORNADAS DE TRABAJO SOCIAL EN EL CAMPO GERONTOLÓGICO, Carrera de Trabajo Social (FCS-UBA)

Regazzoni Carlos; Envejecimiento poblacional, impacto económico, modelo de atención y exigencias de calidad de vida. Fundación Sanatorio Güemes. 2015.

Sirvent, M.Teresa. *Poder, participación y múltiples pobrezas: La formación del ciudadano en un contexto de neoconservadurismo, políticas de ajuste y pobreza*. Instituto de investigación en Ciencias Sociales de la Educación. Facultad de Filosofía y Letras, UBA, 1998.

SLUZKI, Carlos E.(2002) La Red Social: Frontera de la Práctica Sistémica. Editorial Gedisa, España.

Walter, A. (2006). Active ageing in employment: its meaning and potential. *Asia Pacific Review*, 13 (1), 78-93.

CAPÍTULO 3
LA CONSTRUCCIÓN
DE POLÍTICAS ANTE
EL INCREMENTO DE
LA ATENCIÓN DE LA
DEPENDENCIA Y LA
PROFESIONALIZACIÓN
DE LOS SERVICIOS.

EL IMPACTO SOCIAL EN EL PROCESO DE ADECUACIÓN DE LA VIVIENDA PROPIA. PROGRAMA “PEQUEÑAS INTERVENCIONES PARA LA INDEPENDENCIA DE LOS ADULTOS MAYORES”

*Arq. Di Lucca Viviana*⁴⁵

UNLP

RESUMEN

En todos los ámbitos, hay quien pide y quien resuelve, quien compra, quien vende. En la arquitectura hay dos situaciones: el cliente, que pide y el arquitecto que propone o, el arquitecto que diseña sin tener el usuario predefinido en frente, y allí le toca imaginar, suponer, quienes serán los potenciales usuarios. Resulta que, en la mayoría de los procesos de diseño de edificios, productos y espacios construidos, los adultos mayores no son tenidos en cuenta como modelos, como parte activa, como usuarios con derechos porque las formas de proyectar un edificio y de hacer ciudad, por el contrario de incluirlos los expulsan.

El presente trabajo pretende ser la base de la reflexión para identificar la razón de la falta de inclusión dentro del grupo de potenciales usuarios del diseño de los espacios y objetos proyectados por los alumnos de la facultad de arquitectura y profesionales del diseño. Como objetivo se analizarán los impactos y resultados obtenidos en las clases donde se desarrollan los contenidos, midiendo la respuesta de los alumnos de la carrera de grado y de posgrado, comparando esta experiencia con la de transmisión sobre accesibilidad a los grupos actuales formándose en la tarea de cuidador domiciliario.

Impacto en el tiempo de adecuaciones en hogares de AM a través del Programa “Pequeñas Intervenciones para la independencia de las personas mayores”

Durante el año 2013 se ejecutó el programa “Pequeñas Intervenciones para la independencia de las personas mayores” en la localidad de San Francisco Solano, perteneciente a Quilmes, donde se trabajó en adecuaciones sobre 9 viviendas mediante un equipo interinstitucional (Municipio, Universidad, Escuela Técnica) e interdisciplinario (Arquitectos, Cuidadores, Trabajadores Sociales).

Mediante la formación social y técnica se abordaron las adecuaciones. Equipo, alumnos, el usuario y el barrio trabajando en un mismo objetivo. Pasado un año, se vuelve a territorio para conocer los alcances y resultados de dicho programa. Desde el impacto en el propio adulto mayor, las personas con quien comparte la vivienda, la familia directa y el barrio.

⁴⁵ Correo electrónico: vivianadilucca@gmail.com

Cada familia una historia diversa, huellas profundas quedaron marcadas, tanto en el espacio físico mediante el resultado de las adecuaciones, como en lo actitudinal, abriendo un camino lleno de pautas para seguir trabajando.

EL CAMINO RECORRIDO

Desde mis inicios en la formación académica pensaba que mediante la arquitectura uno posibilita al otro el espacio donde desarrollarse, tiempo después comprendí que tan lejos estaba de poder lograrlo. No se trataba de entender solamente sobre los espacios, sino de ir más allá con la mirada sobre el otro: quien es el otro, que necesita, cuáles son sus verdaderas necesidades...

Y la pregunta no termina allí, ese otro, tiene un entorno, cargado de otros, que son distintos de él...entonces, ¿el espacio diseñado para ser habitado, a que parámetros arquetípicos debería responder?

Desde ese entonces la búsqueda va por entender más allá de lo construido. Los proyectos de extensión universitaria marcaron los primeros pasos acercándome a la mirada sobre la discapacidad, luego los estudios sobre las temáticas de manera interdisciplinaria, ampliando aún más la visión, de los otros... para luego comprender que simplemente se trataba de un nosotros cargado de una pluralidad para la cual no había sido preparada académicamente.

Luego los trabajos concretos en la profesión independiente junto a los proyectos de investigación en la temática fueron haciendo foco cada vez más en esta cuestión de derechos con la que hoy hablo del espacio construido.

Ejercer la docencia en diversos ámbitos permitió aún más reforzar estos conceptos que fueron anclando de manera cada vez más profunda.

Desde este lugar es que me encuentro defendiendo la necesidad de un cambio de mirada sobre los espacios construidos, y como casi todos los cambios, van a poder instalarse en la sociedad si los adultos mayores se empoderan en cuestiones de derechos sobre sus viviendas y sus modos de habitar, y a través de este empoderamiento alzar su voz, para que todos los escuchemos.

Como sabemos el 15 de junio de 2015 se aprobó en OEA la “Convención Interamericana Sobre La Protección De Los Derechos Humanos De Las Personas Mayores”, y este documento permitirá reflexionar aún más en el capítulo IV, sobre Derechos Protegidos, en sus artículos 24 (Derecho a la vivienda) y 26 (Derecho a la accesibilidad y a la movilidad personal)⁴⁶

El objetivo de esta convención es exigir a los Estados parte a disponer recursos que garanticen el reconocimiento, pleno goce y ejercicio de los Derechos Humanos de los AM.

Tomando referencia a sus artículos preponderantes en el tema:

Art. 24 “La persona mayor tiene derecho a una vivienda digna y adecuada, y a vivir en entornos seguros, saludables, accesibles y adaptables a sus preferencias y necesidades... Las políticas deberán tener especialmente en cuenta: La necesidad de construir o adaptar progresivamente soluciones habitacionales con el fin de que estas sean arquitectónicamente-

⁴⁶ Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores

te adecuadas y accesibles a los adultos mayores con discapacidad y con impedimentos relacionados con su movilidad.... apoyo a las renovaciones de la vivienda y otras medidas pertinentes,... promover programas para la prevención de accidentes en el entorno y el hogar de la persona mayor”

Art.26 “ La persona mayor tiene derecho a la accesibilidad al entorno físico, social, económico y cultural, y a su movilidad personal. adoptarán de manera progresiva medidas pertinentes para asegurar el acceso de la persona mayor, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales.”

Desde aquí, y con este nuevo instrumento es que se partirá en el camino de búsqueda de mejoras de los hechos arquitectónicos consumados, como el del empoderamiento de los mayores y la educación de profesionales y futuros profesionales vinculado al diseño de los espacios.

Debe ser tema tocado desde la política pública, y en sintonía con los modelos académicos de los profesionales intervinientes.

ANTECEDENTES DEL PROGRAMA EJECUTADO

El presente trabajo surge sobre la reflexión a partir de un programa realizado en la Localidad de San Francisco Solano, en el año 2013, donde se implementaron adecuaciones y arreglos en viviendas de adultos mayores con alguna dificultad concreta (física, económica y/o psíquica).

La localidad es parte del Partido de Quilmes, en donde se encuentra la secretaría de Igualdad de Oportunidades y el área de AM. Se articuló entre ambos sectores, la UCA sede Bernal, carrera Arquitectura, la Escuela Técnica y los Cuidadores Domiciliarios formados por el municipio del lugar. Con este grupo interdisciplinario (arquitectos y estudiantes, docentes y futuros MMO, y cuidadores) se abordó una instancia teórica sobre envejecimiento por un lado y cuestiones sobre accesibilidad física al medio y la comunicación por otro.

La característica que hermanaba a los destinatarios del programa fue la vulnerabilidad económica y social por defecto de esta. Todos de ellos con algún grado de dependencia vinculada a la parte motora.

Tiempo después se visitó el lugar para conocer si el impacto fue positivo y en qué medida mejoro la calidad de vida de estas personas, siendo todas las fuentes primarias aquellas obtenidas de la participación del programa.

La toma de datos se realizó a través de visitas, entrevistas, relevamientos y el proceso de implementación de estos arreglos en donde se fue tejiendo una relación con cada uno de los destinatarios del programa y la familia que comparte con ellos la vivienda en cuestión.

A partir de la propuesta se realizan entrevistas semi estructuradas, y observación participante.

Mediante un instrumento que permitió marcar la diferencia de lo que no se podía hacer antes y lo que sí se puede hacer ahora, mediante la ganancia de la autonomía y la seguridad. Haciendo énfasis entre como era antes y como es ahora.

El grupo destinatario de este programa fue aprobado por los Adultos Mayores que concurrían al centro de jubilados del barrio, en donde la participación era su base de sustente. Entre todos se consensuó y surgió el listado de hogares a visitar.

La principal característica de este grupo destinatario era el grado de vulnerabilidad, entendiéndolos como viejos frágiles según el concepto de Mónica Roque

Según Roqué M., (SAGI, 2006) existen varios conceptos de fragilidad, la que se puede definir como:

1. El estado en que la reserva fisiológica está disminuida, llevando asociado un riesgo de incapacidad o a desarrollar efectos adversos para su salud. (Dra. Benítez, R.; Dra. Hoyl. M T. Universidad Católica de Chile)
2. Un síndrome clínico-biológico caracterizado por una disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas del adulto mayor causando mayor riesgo de sufrir efectos adversos para la salud como: caídas, discapacidad, hospitalización, institucionalización y muerte. (Ramos y Libre Rodríguez 2004)
3. La disminución de las reservas fisiológicas, sensoriales y motrices que influyen en la capacidad del individuo para permanecer en equilibrio con su entorno. Se considera también que, con el avance de los años es mayor la tendencia al proceso de fragilización y que la última etapa de este proceso de fragilización sería la dependencia, aunque este no sea un proceso necesario o universal. (Lalived'Épinay 1999)

“Los aportes de la OMS, a los conceptos de discapacidad y dependencia, nos muestran como se ha ido evolucionado desde una mirada unidimensional ligada a lo biológico y lo físico, hacia un concepto de naturaleza complejo, multidimensional que incluye muchas caras, en la que se encuentran la variable biológica, psicológica, social y cultural.” (Roqué, SAGI 2006)

Una vez comprendida por todos los integrantes del equipo esta mirada transversal respecto de la vejez y la discapacidad es que se pudieron abordar las respuestas para cada hogar de manera integral, con la fusión de la inter disciplina como base para sostener los cambios.

RESULTADOS

Como fue dicho anteriormente, cada familia una historia diversa, huellas profundas quedaron marcadas, tanto en el espacio físico mediante el resultado de las adecuaciones, como en lo actitudinal, abriendo un camino lleno de pautas para seguir trabajando.

Al volver un año después a cada hogar, nos encontramos con una realidad, todas las reformas estaban conservadas, y más aún, alguna de ellas con mejoras.

Conversamos con las familias que viven en los hogares adecuados y el denominador común es que estos productos de apoyo instalados fueron utilizados con gran aceptación por todos los miembros de la familia, aun por aquellos que no presentaban ningún grado de restricción física. Todos coincidieron que les habían aportado seguridad y confort.

El punto final, y a mi entender, el más destacado, es que pudieron visibilizar que el espacio está al servicio del hombre y no al revés.

Muchas veces las personas dan por sentado que el espacio construido es estático e imposible de recibir cambios o alteraciones en su concepción y esto los transforma en sujetos que simplemente se resignan a adaptarse a ese entorno edilicio.

Por tanto, es imprescindible educar en Autocuidados y derechos a los mayores y en normas y parámetros de accesibilidad a los profesionales de diseño y a los equipos técnicos que con mayores trabajan.

LA FORMACIÓN DEL ARQUITECTO

Si pensamos en el término Sociedad, vemos que se trata del pleno conjunto de habitantes con características y culturas particulares... y si nos detenemos en el significado de PLENO CONJUNTO se advierte que incluye los términos Intergeneracional y Diversidad. Estas incorporaciones son relativamente nuevas, ya que antiguamente en la sociedad no se incluían a las personas con discapacidad, es más... se las escondía. Y por otro lado la expectativa de vida no era tan larga, por lo cual tampoco estaban incluidas las personas mayores.

Como expresamos en la ponencia presentada en el XIX Congreso Ciudades Vulnerables. Proyecto o incertidumbre. ArquSUR 2015, de la cual soy parte... "Nuestro objetivo fue indagar acerca de la integración y del acceso a la educación, como derecho constitucional; impulsamos nuestro trabajo hacia la necesidad de pensar una educación donde todos estemos incluidos. El tema de la accesibilidad física se suma a la convicción de que educar en derechos es aportar al cambio de actitudes y miradas hacia lo diverso."⁴⁷, Accesibilidad, Educación y Derechos van de la mano.

Las personas mayores, los niños y las PCD (Personas con Discapacidad)⁴⁸ quedan excluidas mayormente de los parámetros estándar de diseño utilizados, por consiguiente con tienen igualdad de oportunidades de acceder a utilizar los espacios proyectados y concretados.

Cuando hablamos de Accesibilidad nos referimos a la posibilidad que tienen **todos** los ciudadanos de hacer uso de los diferentes espacios construidos, tanto a nivel privado como público. El Artículo 9° de la CDPD⁴⁹ señala: Accesibilidad:

1. A fin de que las personas con discapacidad puedan vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida, los Estados Partes adoptarán medidas pertinentes para asegurar el acceso de las

personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o

⁴⁷ Actas XIX Congreso CIUDADES VULNERABLES. Proyecto o incertidumbre. Facultad de Arquitectura y Urbanismo. Universidad Nacional de La Plata / ARQUISUR. ISSN: 2469-1305. Argentina. La Plata. Septiembre 2015. Disponible en: <http://congresos.unlp.edu.ar/index.php/CA/CA2015>

⁴⁸ PCD :“incluye a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (cf. Organización Naciones Unidas: 2006; p.4)

⁴⁹ CDPD; Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales. Estas medidas, que incluirán la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso, se aplicarán, entre otras cosas, a:

a) Los edificios, las vías públicas, el transporte y otras instalaciones exteriores e interiores como escuelas, viviendas, instalaciones médicas y lugares de trabajo;

b) Los servicios de información, comunicaciones y de otro tipo, incluidos los servicios electrónicos y de emergencia.

OBJETIVOS Y PROPUESTAS

Tomando los conceptos que pronuncia Francesco Tonucci, psicopedagogo italiano, una ciudad que permite el tránsito de un niño y un adulto mayor contempla todas las variantes.

Mirando nuestra realidad observamos que mientras que en el 2000 había en el mundo 600 millones de personas mayores de 60 aproximadamente, población que en 2050 se estima en casi 2000 millones (ONU, 2002). Por otra parte, se prevé que el aumento de la población de más edad será más acelerado en los países subdesarrollados estimándose que cuadripliquen su población mayor para el año 2050. (ONU, 2002).

Analizando los últimos datos y la tendencia

La composición de los Hogares y Viviendas:

✓ El 85% residen en viviendas propias, y el número de personas mayores en condiciones de hacinamiento es bajo 1,2.

✓ La composición de los hogares se ha modificado, produciéndose un aumento de los hogares unipersonales:

El 19% de los mayores de 65 años, viven solos.

El 55% del total de hogares unipersonales corresponde a personas mayores.

El 34,5 % de los hogares de nuestro país tienen una persona mayor de 60 años.

La Argentina es uno de los países más envejecidos de Latinoamérica mostrando signos de su envejecimiento desde 1970. Según cifras presenta un 15,4% de personas mayores de 60 años (4.871.957), representando las mujeres casi el 60%. No solo aumenta el número de personas mayores sino que, a partir de los 75 años, este crecimiento se acelera aún más. Las personas mayores de 75 años, en nuestro país, representan un 30% de la población mayor, denominando a este grupo “vejez frágil” o “vulnerable”.

En referencia a la situación de discapacidad, encontramos que el 28% de las personas de 65 años y más, presentan algún tipo de discapacidad, y el 37,8% (ENDI 2002) en los mayores de 75 años. Esta situación se extiende a medida que avanza la edad, siendo la esperanza de vida para los varones en nuestro país de 71 años, y para las mujeres de 77.

La mayoría de las personas mayores presentan una sola discapacidad (63%), un (28%) dos y un (9%) tres discapacidades.

Frente a esta inmensa realidad, y sin pensar en las demencias que a veces se combinan con las discapacidades físicas, el panorama es preocupante.

Se necesita de manera urgente escuchar lo que propone la convención, y más allá del estado vinculante de la misma en nuestro país, que por ahora solo adhirió, preparar rápidamente el escenario de la vida diaria para afrontar esta realidad.

Debemos propiciar ciudades amigables...para todos. Y para esto necesitamos:

1. Políticas públicas respecto de difusión de Autocuidados para los adultos mayores y dotar de equipos técnicos capacitados que bajen y controlen la accesibilidad de manera local, para prevenir en salud y aumentar la autonomía.
2. Plan de mejora y mantenimiento del espacio urbano con una ley marco nacional y las implementaciones a nivel municipal para llegar a cada sitio, para garantizar la plena participación e inclusión de las personas mayores.
3. Capacitación profesional para los profesionales ya egresados de las carreras
4. Incorporar la problemática desde las carreras de grado para que vayan surgiendo soluciones innovadoras.

Para lograr estas implementaciones es preciso fortalecer el tema ya instalado en la agenda pública, buceando cada día más profundo sobre las herramientas disponibles para la creación de un hábitat amigable.

CO- HOUSING UNA TENDENCIA PARA IMPLEMENTAR

Para dar alguna respuesta a la temática de como es el mejor espacio para envejecer es que nace cerca de 1990 un concepto innovador respecto del modo de habitar. Es un sistema de Viviendas Colaborativas que se las conoce como Co- Housing.

Esta tendencia de origen danés tuvo sus primeras aceptaciones, y concreciones en España y Estados Unidos, donde claramente la expectativa de vida se ha alargado y el modo independiente de vida, y sobre todo punto de vista autónomo, ha tomado fuerza en la voz de los mayores.

Según Mayte Sancho, (directora científica de Matia Instituto Gerontológico) esta tendencia va a ir a más a medida que aumenta este grupo poblacional.⁵⁰ ¿Por qué? Esta gerontóloga cree que las generaciones más jóvenes tienen más claro que el cuidado de la salud y la atención a sus necesidades son responsabilidades de cada uno, ni de la mujer o el marido, ni de los hijos, sino “de cada uno”. Y desde esa perspectiva, buscan otras soluciones no tradicionales para afrontar esa etapa de la vida en la que los amigos y los vecinos tienen una presencia muy importante.

En su encuesta sobre cuidados realizada a 4.600 personas, que fue promovida por LA CAIXA, una obra social que trabaja en estos temas sociales, da cuenta que:

✓ 42,3% de las personas les gustaría seguir viviendo en su propio hogar, incluso cuando necesiten ayuda,

✓ Mientras que tres de cada diez abren la posibilidad a trasladarse a una residencia de personas mayores.

⁵⁰ http://www.lavanguardia.com/vida/20160815/403931863213/convivencia.html?utm_campaign=botones_sociales&utm_source=facebook&utm_medium=social

✓ Un 3%, por su parte, responde que le gustaría vivir en un piso compartido con amigos, donde cuidar y ser cuidados.

✓ Sólo un 4,5% ve en el hogar de su hijo el lugar donde acudir cuando la salud y la fuerza se vayan deteriorando.

Las personas mayores eligen vivir solas, sosteniendo su autonomía e independencia, y eventualmente avanzada la edad y aumentadas las necesidades de recibir algún tipo o modo de apoyo, compartir espacios comunes que promuevan estos derechos pero que aporten seguridad sin invadir.

Cada mayor reside en su propia vivienda, con posibilidad de ejercer sus derechos a la participación y autonomía. Una de las principales características de estas tipologías es el espacio común para socializar, así como el área destinada al jardín, sea a modo de esparcimiento para compartir entre ellos o recibir visitas, así como también para realizar huertas.

El conjunto admite las instancias privadas y las combina con los ámbitos públicos, que favorecen la participación y la autorrealización.

El desafío que deja abierto es, cómo trasladar esta modalidad exitosa a los contextos socio económicos vulnerables...Un camino para seguir recorriendo.

CONSIDERACIONES FINALES

A la hora de pensar en los hogares de las personas mayores sea que vivan solas o en un sistema colaborativo se deben poder verificar estos 3 pilares fundamentales para garantizar la accesibilidad:

1. **Dotar a la vivienda o al sistema de:**

✓ **Seguridad**, en tanto a los materiales el mantenimiento, las instalaciones, la iluminación

✓ **Confiable**, que brinde tranquilidad y comodidad para realizar cualquier tarea

✓ **Integración**, que permita que la persona salga con comodidad y reciba a sus pares

✓ **Sostenibilidad**, incorporando el uso de energías renovables y fomentando espacios tales como huertas

2. **Garantizar Ayudas técnicas:** incluir en el diseño, de modo preventivo o de asistencia elementos tales como barrales y pasamanos, y dotar con entrenamiento a las personas para que puedan utilizar aquellos instrumentos que facilitan las actividades de la vida diaria, sean básicas instrumentales o avanzadas, que se ven impedidas de ejecutar por alguna dificultad física o psíquica. e **Incorporar Domótica:** pensar en la posibilidad de incorporar este conjunto de sistemas capaces de automatizar una vivienda, aportando servicios de gestión energética, seguridad, bienestar y comunicación, y que pueden estar integrados por medio de redes interiores y exteriores de comunicación, cableadas o inalámbricas, desde dentro y fuera del hogar.

3. **Ponderar la prevalencia de la Autonomía personal:** resaltando las capacidades para ejecutar efectivamente las conductas necesarias para manejar una situación, respetado deseos o decisiones que la persona tenga voluntad de tomar.

A través del espacio construido transmitimos cultura, una cultura que habla y que grita sobre un modo de habitar, sobre un modo de apropiarse de los espacios y esto da cuenta o no de los derechos puestos en ejercicio.

La Accesibilidad es un derecho y debe ser un hecho.

Referencia bibliográfica

- Savater, Fernando.(2004) El valor de educar. Cap. 4 La disciplina de la libertad, pág. 93 Barcelona: Ariel
- Terzaghi, M.C.; Schmunis, E.; Rodríguez, M. I. (2007) Fragilidad, Discapacidad y Vejez. Mar del Plata: Facultad de Psicología. U.N.M.D.P.
- Arias, C. & Scolni, M. (2007) El Apoyo Social en la investigación Comunitaria con Adultos Mayores. Mar del Plata: Facultad de Psicología. U.N.M.D.P.
- Touceda, M. A.; Rubin, R.; García, C. J. (2007) Salud, Epidemiología y Envejecimiento. Mar del Plata: Facultad de Psicología. U.N.M.D.P.
- Iacobucci, R. & Sabatini, B. (2012) 3ra edición. psicología de la Mediana Edad y Vejez. Mar del Plata: Facultad de Psicología. U.N.M.D.P.
- Convención de los derechos de las personas con discapacidad, 2006 (disponible en www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf)
- Argentina. LEY 27.044. Da valor constitucional a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Noviembre 2014
- Rosales, P (compilador) 2012 Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (ley 26.378) Buenos Aires : Alberto Perrot.
- Plan de Acción internacional de Viena sobre el envejecimiento, asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. viene , 26 julio a 6 Agosto 1982, en [Http://200.29.21.1/_gerontol/postnuke/docs/planviena.doc](http://200.29.21.1/_gerontol/postnuke/docs/planviena.doc), 6 de marzo de 2006.
- Coriat, S. A. (2002) lo urbano y lo humano - Hábitat y Discapacidad. Buenos Aires Fundación Rumbos : Universidad de Palermo.
- Di Veroli, D. & Schmunis, E. (2008) Arquitectura y Envejecimiento. hacia un hábitat inclusivo. Buenos Aires: Nobuko.
- Roqué, M. Carta de derechos de las personas mayores. - 1a ed. - Buenos Aires. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, 2011. 27 p. : il. ; 21x17 cm. ISBN 978-987-25954-7-0 1. Derechos Humanos. I. Título CDD 323 Fecha de catalogación: 17/01/2011.
- Ley 24314 - Honorable Congreso de la Nación Argentina. 15-mar-1994.Accesibilidad de personas con movilidad reducida. Modificación De La Ley N° 22431. Promulgada De Hecho El 8/4/94.
- Artículo 1: Apruébase la Reglamentación de los artículos 20, 21 y 22 de la Ley N. 22.431, modificados por la Ley N 24.314, que –como Anexo I- integra el presente decreto.
- Decreto Reglamentario 914 Decreto 914/97
- Ref. Normativas: Ley 22.431 Art.20 al 22
- CONADIS Comisión nacional asesora para la integración de personas discapacitadas. Plan Nacional de Accesibilidad.
- Libro Blanco de la accesibilidad. Autor: Enrique Rovira- Beleta Cuyás-ed. UPC- España
- Las barreras son sociales: y las soluciones también. Una visión comprometida (1992)- Eduardo Joly Ballesteros y otros, 1999, en “Que es la psicología de la vejez”
- Fuente: INDEC – <http://www.censo2010.indec.gov.ar/>
- Argentina. LEY 27.044. Da valor constitucional a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Noviembre 2014
- Eroles, C. / Ferreres, C. [comp.] (2002). La discapacidad: una cuestión de Derechos Humanos. Buenos Aires: Editorial Espacio.
- Fundación ONCE – “Análisis de las causas que dificultan el acceso del alumnado con discapacidad a la universidad y a la formación profesional”- Ed.:Real Patronato sobre Discapacidad - Estudio realizado por FETE UGT-Secretaría de Políticas Sociales FETE UGT-D. T.: Luz Martínez Ten-Sec. de Políticas Soc. FETE UGT-Equipo de Investigación: Andrea García-Santesmases Fernández, Carolina Herrero Schell
- Fundación ONCE/Fundación COAM (2011). “Accesibilidad universal y diseño para todos”. Arquitectura y Urbanis-

mo. Madrid: Ediciones de Arquitectura COAM.

Joly, E. (2011). *¿Qué le pasa a la ciencia, a la tecnología, y a la Universidad con relación a las personas con discapacidad? ¿Las ve, las escucha o es sorda y ciega?*. Ponencia presentada en Jornada sobre discapacidad. La Plata: UNLP.

Katz, S. / Danel, P. [comp.] (2011). *“Hacia una universidad Accesible”*. Buenos Aires: EDULP.

Palacios, A. (2008). *“El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”*. Madrid: Grupo Editorial CINCA.

Peiró Aparisi, Mabel - Andrea Mohr - María Emilia Pagni - Florencia Zaslasky - Viviana Di Lucca - Alejandra Sofía - Ana García Munitis - Braian Carluccio - Liliana Hornos

PONENCIA: *Relato de experiencias desarrolladas en el marco del proyecto de investigación “Accesibilidad urbana y arquitectónica, educativa y a la comunicación en personas con movilidad y/o comunicación reducida” 2012-2013. Actas XIX Congreso CIUDADES VULNERABLES. Proyecto o incertidumbre. Facultad de Arquitectura y Urbanismo. Universidad Nacional de La Plata / ARQUISUR. ISSN: 2469-1305. Argentina. La Plata. Septiembre 2015. Disponible en: <http://congresos.unlp.edu.ar/index.php/CA/CA2015>*

Convención Interamericana Sobre La Protección De Los Derechos Humanos De Las Personas Mayores disponible en: <http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/v/56678/4/innova.front/convencion-interamericana-sobre-la-proteccion-de-los-derechos-humanos-de-las-personas-mayores>.

“LA EVOLUCIÓN DE LA VEJEZ EN LA ESTRUCTURA SOCIAL ARGENTINA. UN RECORRIDO HISTÓRICO”

Lic. Ayelén Vicario⁵¹

Facultad de Periodismo y Comunicación Social UNLP

RESUMEN

El trabajo tiene como objetivo identificar y analizar tres modelos que se dieron a lo largo de la historia argentina en torno a la concepción de vejez, al rol social asignado a las personas de edad y a las políticas sociales que se destinaron a los Adultos Mayores en dichos momentos. El primero modelo tiene que ver con el desarrollo del paradigma “*asilar*”; en el segundo momento se da en el período desarrollista y va a postular a la vejez bajo el paradigma de la *modernización*; en la última etapa se comprende a la vejez como un asunto de derecho.

En el presente trabajo se desarrollará la tercera etapa. La misma sostiene un cambio de paradigma sustancial en la concepción de vejez, ya que se pone el énfasis en la *vejez como asunto de derecho*. Bajo esta línea se toma en cuenta la intervención psicosocial, se valora el enfoque interdisciplinario y principalmente hay una construcción social propiciada desde el Estado, en donde se reconoce al Adulto Mayor como sujeto de derecho.

Introducción

Este trabajo formará parte de uno de los capítulos del trabajo final de la Especialización en Políticas Sociales de la Facultad de Trabajo Social de la UNLP cohorte 2016, en donde voy a abordar la temática de la vejez.

El capítulo tiene como objetivo identificar y analizar tres modelos que se dieron a lo largo de la historia argentina en torno a la concepción de vejez, al rol social asignado a las personas de edad y a las políticas sociales que se destinaron a los Adultos Mayores en dichos momentos. El presente trabajo, uno de esos modelos: el período en que la vejez es conceptualizada desde el punto de vista de los derechos.

A modo de contextualización vale una simple caracterización de cada etapa. La primera tiene que ver con el desarrollo del paradigma “*asilar*”, surgido en Europa con el fin de “vigilar y castigar” e implementado en Argentina con los primeros gobiernos del Estado Moderno bajo la idea de orden y progreso. Aquí la vejez es comprendida en términos de pobreza y carencia, es por ello que a los viejos les quedara el lugar en las primeras Sociedades de Beneficencia,

⁵¹ Correo electrónico: ayevicario@hotmail.com

controladas por el sector femenino de la clase oligárquica dominante, con el fin de ocultar a los mendigos (viejos) que pululaban por las calles de Buenos Aires.

El segundo momento se da en el período desarrollista y va a postular a la vejez bajo el *paradigma de la modernización* dejando al Estado el papel de modernizador, desde donde se impulsa la modificación de las “costumbres desviadas” que obstruyan los cambios requeridos por el progreso. Las políticas hacia los Adultos Mayores en esta etapa tuvieron que ver con la expansión de la previsión social. A su vez, a nivel mundial, bajo la corriente de la “nueva gerontología”, se desarrollan las principales teorías de la gerontología social, como la teoría del apego, del desapego y de la actividad, de la mano de los aportes del funcionalismo y del interaccionismo simbólico.

La tercera etapa, que se desarrollará a lo largo de este trabajo, sostiene un cambio de paradigma sustancial en la concepción de vejez. En la misma, se pone el énfasis en la *vejez como asunto de derecho*. Bajo esta línea se toma en cuenta la intervención psicosocial, se valora el enfoque interdisciplinario y principalmente se reconoce al Adulto Mayor como sujeto de derecho.

Envejecimiento poblacional, estructura social y políticas sociales

Pensar en Argentina a la vejez como un asunto de derecho tiene que ver con diversos factores que tuvieron lugar en la última década, de la mano de un modelo de crecimiento con inclusión social que se dio a nivel regional impulsado por los gobiernos populares y que puso el énfasis en los derechos; se corresponde también con una problemática a nivel mundial que tiene como eje al envejecimiento poblacional, cuestión que se convirtió en un tema principal en la agenda de los principales organismos mundiales de derechos humanos (CEPAL, ONU, OMS). Otro de los factores a tener en cuenta es el avance de los estudios en el campo gerontológico (disciplinas que estudian la vejez) y que pone revaloriza en el plano cultural, social y simbólico del envejecimiento y propone a los Adultos Mayores como sujetos activos protagonistas de su propio envejecer.

El envejecimiento de la población argentina comenzó antes que en otros países de la región. Según datos del censo de 2010, las personas de 60 años y más representan un 13,4 por ciento de la población total. Actualmente se proyecta que la estructura de la pirámide poblacional para el año 2050 mantenga una inversión total en su forma, por lo que su base será más pequeña que la dimensión de su copa.

El fenómeno del envejecimiento, se produjo a causa de dos factores que se dieron de forma paralela: el aumento de la esperanza de vida y una marcada disminución en la fecundidad, cuestiones que trajeron como consecuencia, la reconfiguración de la estructura social. “Argentina pasó de tener una esperanza de vida de 52 años promedio a mediados de los años cincuenta a unos 75,2 en 2015”. (KESSLER 2016; 41)

La población Adulta Mayor forma parte de un colectivo heterogéneo y esta heterogeneidad se manifiesta en los aspectos individuales que se dan desde los simbólico y psicológico y en los aspectos sociales, que implican la posibilidad y el acceso a la salud, a la educación, al

sistema previsional, a la calidad de vida de cada individuo y su lugar de residencia. Por tanto, la clase social a la que cada sujeto pertenece, los cambios y transformaciones que se dieron en el tiempo dentro de la familia y los modos de vivir, entre otras cosas, son condicionantes para cada envejecente.

En el caso particular de nuestro país, la distribución de los Adultos Mayores en el territorio nacional es proporcional con la cantidad de habitantes que posee cada provincia. Es por ello que la provincia de Buenos Aires con un 16,4% posee una mayor cantidad de mayores en la actualidad que otras como por ejemplo Tierra del Fuego que promedia el 3,8%. (VICARIO 2012; 39)

Según datos del Banco Mundial, la esperanza de vida en Argentina se encuentra en niveles cercanos a los países de altos ingresos. Esto da señales de estándares de salud elevados aunque no deberíamos dejar de lado la heterogeneidad, puesto que al observar esa realidad a niveles de análisis más micro se destaca una marcada diferenciación en las condiciones sanitarias según el estrato de la estructura social como así también según la región del país.

Dicho de otro modo, la desigualdad social en nuestro país se puede medir por clase social y por territorio, por lo que existen marcadas diferencias entre envejecer en una provincia del interior o en la Capital Federal. Esta diferencia se basa en la desigualdad histórica que se mantiene entre la ciudad de Buenos Aires y el resto del país. Por ejemplo, “en el año 2001, la expectativa de vida de los residentes en la ciudad Autónoma de Buenos Aires (75,9 años) era seis años superior a la del Chaco (70,0) (...) Las diferencias sociales se expresan claramente en desigualdades en las políticas de supervivencia. Así las personas pertenecientes a estratos de ingresos altos tienen una expectativa de vida superior entre un 20 y 25% respecto de los estratos más bajos”. (KESSLER 2016; 48-49)

En cuanto al género, Argentina registra una amplia brecha entre los envejecentes femeninos y masculinos. “Argentina, Chile y el Uruguay tienen los índices más altos de feminidad en este grupo etario (entre 130 y 140 mujeres por 100 hombres)”. (HUENCHUAN 2009; 66) A su vez, las diferencias de género también se manifiestan de acuerdo al área de residencia, obteniendo como resultado un predominio femenino en las zonas urbanas y una preponderancia de hombres en las zonas rurales.

Al respecto, Sandra Huenchuan (2009) analiza:

“En la vejez los problemas de las mujeres se pueden agudizar, sobre todo, por una vida previa de desigualdad y de exclusión social. Su mayor longevidad implica que un alto porcentaje de ellas se encuentre en situación de viudez, lo que conlleva muchas veces soledad y abandono. Las mujeres mayores, por lo general, tienen menos años de estudio, reciben menores ingresos que los hombres durante su vida laboral y llegan a la vejez con desventajas económicas y sociales”.

Aun así, muchas mujeres mayores continúan desempeñando un papel importante en la familia -como jefas de hogar o encargadas de la crianza de los menores dependientes- e, incluso, en edades avanzadas, constituyen la única fuente de provisión de cuidados ante las situaciones de enfermedad y discapacidad en la mayoría de los países. (VICARIO 2012; 40)

No obstante, esta realidad también es cambiante y particularmente en los últimos años el rol de la mujer se ha ido transformando de manera acelerada. Se puede observar que, dentro de las clases medias y altas, la mujer busca mayor autonomía, profesionalizarse, trabajar y no sólo quedarse en la casa abocada a la crianza de los hijos y los quehaceres domésticos. Incluso optan por conformar la familia en edades más adultas y tener menor cantidad de hijos. Estos cambios dentro del núcleo familiar, donde la mujer como principal cuidadora ya no puede hacerse cargo del familiar adulto, obliga al Estado a repensar el cuidado de los Adultos Mayores dentro de la sociedad.

En cuanto al contexto político de la Argentina, en el año 2003 comienza una etapa de recomposición del Estado y del entramado social, luego de la crisis económica, político y social más profunda de la historia como consecuencia del estallido del modelo neoliberal. En este sentido se planteó la generación de empleo como una herramienta que permitiera la inclusión social y la expansión de las coberturas (ALONSO 2013). En este período se produce un cambio sustancial en las políticas de seguridad y previsión social, garantizando a más 2 millones de los Adultos Mayores del país, ingresar a la jubilación y al sistema de previsión social.

Si bien históricamente los polos niñez y vejez fueron considerados factores de riesgo por la mayoría de los gobiernos y se le dedicaron sinfín de políticas públicas, es a partir de los gobiernos kirchneristas que se le destina la mayor amplitud de cobertura e inclusión social a estos sectores. La seguridad social “se vuelve como un poderoso instrumento estatal para mejorar la calidad de vida de los sectores sociales más vulnerables” (ALLEGA 2015; 1)

El especialista en ciencia política Guillermo Alonso (2013) explica la mixtura de bases sociopolíticas precedentes y nuevas propuestas acordes a los tiempos que corren para entender la tensión entre conservación y transformación:

“La era kirchnerista puede ser vista como la transición hacia una nueva economía política de la política social, que en cierto modo recupera elementos de la vieja matriz sociopolítica argentina e incorpora importantes innovaciones. La estrategia que inicialmente pareció encaminada a restaurar simplemente la centralidad del seguro social contributivo sobre bases más amplias, innovó planteando rupturas significativas con la lógica del principio contributivo como articulador del sistema de protección social.” (ALONSO 2013; 3)

En materia previsional, en 2004 se sancionó la Ley 25.994 que tuvo vigencia hasta el año 2007. La misma establecía “el derecho de obtener una jubilación a aquellas personas que no cumplan con los requisitos de edad y no reúnan los años de aportes necesarios; y aquellos que habiendo reunido los años de aportes, les falten menos de cinco años para alcanzar la edad jubilatoria”. (ANSES 2011; 44) Con esta medida “más de 2 millones de personas mayores de 60 en el caso de las mujeres y de más 65 años en el caso de los hombres, pudieron acceder a la jubilación mínima pagando una cuota mínima durante cinco años. Estos nuevos jubilados representan más del 45% del total de jubilados y pensionados del sistema” (GOLBERT 2010; 152)

Esta disposición permitió la inclusión de muchos Adultos Mayores que se encontraban afuera del sistema de previsión, y junto con la Ley N° 26.417 de Movilidad Jubilatoria promulgada en el 2005 que estipula dos aumentos anuales en los haberes previsionales, sin ser sometidos al arbitrio del gobierno de turno, se les garantiza a los Adultos Mayores una cobertura social

estable. “Entre 2003 y 2010 se produjeron 12 aumentos sucesivos de la jubilación mínima. A partir de 2003 la jubilación mínima casi duplicó su poder de compra, pasando de \$150 a \$290 (en pesos de 2001)”. (ALONSO 2013; 13)

Otra de las políticas más importantes, que repararon una deuda histórica en especial con las mujeres fue la conocida “jubilación de ama de casas”, medida que a través del Decreto N° 1.454 incluyó a un millón y medio de personas, en su mayoría mujeres, ya que permitió que a partir de una moratoria aquellas personas que tuvieran edad para jubilarse pero no la cantidad de aportes requeridos que exige el sistema pudieran hacerlo.

La Ley 13.478 promulgada en 1948 fue modificada a través del Decreto N° 582/2003. La misma regula las pensiones asistenciales a Adultos Mayores y con la modificación se universalizan las pensiones para las personas mayores. (PAOLA 2011)

En 2008 a través de la Ley 26.425 se recupera definitivamente el sistema previsional, se pone fin a las Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones (AFJP) que entraron en vigencia con la reforma laboral de 1994 década del 90 de manos de capitales privados, y se vuelve a estatiza el sistema previsional.

A partir de todas estas medidas “el sistema previsional argentino en uno de los más igualitarios de América Latina”. (ALLEGA 2015; 2)

Sujetos de derechos. Cambio del paradigma sobre la vejez

El cambio de paradigma en la concepción de vejez se asocia con un proceso que se da en el campo gerontológico y que varios autores lo definen como un pensamiento propio de la post-gerontología, en donde se incluye al viejo en las políticas sociales como sujeto de derecho y no como mero receptor de políticas asistenciales. En este sentido se piensan políticas “con” Adultos Mayores y no “para” Adultos Mayores. Para el psicólogo especialista en gerontología Ricardo Iacub: “La perspectiva de derechos que se organiza más recientemente tiende a focalizarse en una mirada donde se reclama por un lugar de mayor especificidad a nivel del reconocimiento de las necesidades que les incumben, sin que por ello se lo considere como un otro tan lejano”.

Las medidas en el plano previsional a partir del gobierno de Néstor Kirchner, en el afán de incluir a los más desprotegidos, fueron acompañadas por políticas que se inscribieron en ver a la vejez como un asunto de derecho.

Esta visión tiene su raíz en los gobiernos peronistas y en la idea de justicia social. La vejez fue un aspecto abordado por políticas públicas en los dos primeros gobiernos de Perón, al punto que se redactó un apartado en la Constitución Nacional de 1949 con los derechos que debían tener las personas mayores. En el Decálogo de la Ancianidad se reconocían las obligaciones del Estado para con este sector. Al respecto, la Fundación Eva Perón, canalizando/motorizando la cuestión social, fue la encargada de gestionar los Hogares de Ancianos más grandes del país para ese entonces. Los mismos, suplantaron a los asilos y “se modificaron los modos de encarar la vida cotidiana dentro de los hogares estimulando el trabajo, el cual

era optativo y, a su vez, remunerado (...) Los hogares de ancianos pretendieron romper la tradición de “depósito” de viejos cuya vida útil había terminado” (MORENO 2009;170)

Desde 2003 en adelante, las políticas fueron articuladas y desarrolladas desde distintos Ministerios e instituciones del Estado para contribuir a la temática de forma interdisciplinaria.

De esta forma, Argentina se integra al Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, desarrollado en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en 2002 (ONU), cuyos ejes centrales fueron: observar la relación entre las personas mayores y el desarrollo, el fomento de la salud y el bienestar y la creación de entornos propicios y favorables.

En esta línea, desde la Dirección Nacional de Políticas de Adultos Mayores (DINAPAM) perteneciente al Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, se armaron diversos proyectos y estrategias dedicadas a la tercera edad que contribuyeron en el plano social, cultural y simbólico a la ampliación de derechos a las personas mayores. La DINAPAM fomentó con gran impulso la ampliación de derechos de los mayores. Los programas ejecutados se orientaron a fomentar la autonomía, promover el empoderamiento individual y la participación de los mayores. A través de la capacitación y los convenios con las Universidades públicas se promovió la actividad, el intercambio intergeneracional, lo que permitió el achicamiento de la brecha digital con los mayores y principalmente el acceso a la universidad pública de este sector, en su mayoría expulsado del sistema educativo.

La transversalidad del Ministerio de Desarrollo permitió articular programas y líneas de acción, como por ejemplo crear programas como el “Ellas hacen” con el fin, entre otras cosas, de capacitar a mujeres de sectores populares para dedicarse al “cuidado de los Adultos Mayores”.

Entre los programas propuestos por dicho Ministerio se destacan: la creación del Consejo Federal de Adultos Mayores, el Programa Nacional de Voluntariado Social de Adultos Mayores, el Programa de Prevención de la Discriminación, el Abuso y el Maltrato hacia los Adultos Mayores, el Programa de Transmisión de oficios “La experiencia cuenta”, la primer carrera pública de Especialización en Gerontología Comunitaria, el Curso para Responsables y Equipos Técnicos de Residencias y Centros de Día para el Fortalecimiento Institucional de Residencias de Cuidados de Largo Plazo, y el Programa Nacional “Cuidados Domiciliarios”, entre otros.

En tanto, el Ministerio de Salud, a través del PAMI “atiende a 4,5 millones de personas mayores. La cobertura de enfermedades crónicas pasó de atender a 10.000 personas por mes en el 2007, a atender 1.500.000 en la actualidad, lo que permitió acceder a las medicaciones para tales enfermedades a aquellas personas mayores que cobran la jubilación mínima”. (ALLEGA 2015; 13) Además se puso en marcha el Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud para mejorar la calidad de vida de las personas mayores desde una perspectiva activa y saludable.

Por su parte, desde el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos se creó el área de Protección de los Derechos Humanos de las Personas Adultas Mayores con el fin de promover el respeto, la protección familiar y la autonomía de los adultos mayores, para evitar la institucionalización en Hogares de larga estadía y buscando alternativas a las situaciones de encierro.

Cabe mencionar que también durante este período en un contexto de pensar a la comunicación como una herramienta fundamental de la vida humana es que se crea la Ley de Servicios de Comunicación Audiovisual (LSCA). Esta Ley que fue debatida de manera democrática en 25 foros en todo el país con alto grado de participación ciudadana, aprobada por amplia mayoría en el Congreso y declarada constitucional por la Suprema Corte de Justicia, se sanciona en 2009 con la fuerte oposición de los grupos mediáticos corporativos. En ese marco es que se crea el canal Acua Mayor, la primera señal en Latinoamérica con contenido exclusivo para adultos mayores, que se emite por la Televisión Digital Abierta (TDA). Acua Mayor tiene correlato con el proyecto institucional nacional de políticas pensadas para la tercera edad. Tiene como objetivo fundamental llegar a la mayor cantidad de hogares por pertenecer al sistema público y gratuito de señales de televisión y busca contribuir con sus contenidos a la promoción de un envejecimiento activo y saludable, a la vez que desmitificar los prejuicios sobre la vejez.

Conclusión

Múltiples políticas y de gran alcance tuvieron lugar durante la última década en relación a la vejez en Argentina. El cambio de paradigma en este campo con el aporte de las disciplinas que integran la gerontología y un Estado presente que se involucró de manera directa en la temática hicieron que las personas de edad tengan la posibilidad de ser incluidas en la agenda pública como un sector heterogéneo, en crecimiento, con derechos, valores e intereses propios.

El sistema previsional es cuestión de permanente debate en la mayoría sociedades del mundo, no hay una respuesta o modelo único a esta problemática dado que cada sistema y sociedad tienen características particulares en su demografía, economía y política que las hacen pensar en diversas estrategias.

Como se mencionó anteriormente, en Argentina a partir del gobierno de Néstor Kirchner se produjeron cambios estructurales en la previsión social, principalmente de la mano de la moratoria jubilatoria, la jubilación para amas de casa, los aumentos anuales en las jubilaciones y la estatización del sistema previsional en general. Además se implementaron programas y proyectos destinados a Adultos Mayores que buscaron propiciar la autonomía, fortalecer la identidad de estos grupos, estimularlos a un rol más activo y participativo en la comunidad. Si bien estas políticas fueron destinadas a la población mayor en general, lograron incluir y empoderar en mayor medida a personas de clases populares y medias.

Otro de los puntos a destacar, es el cambio en lo discursivo y en la nomenclatura de cómo denominar a la vejez, a los viejos, que se relaciona con una idea general de comprender a este sector de manera inclusiva, como sujetos sociales. Los asilos o geriátricos vuelven a llamarse “hogares de larga estadía”, los ancianos ya no son “gerontes” o “abuelos”, sino que se trabaja fuertemente para incluirlos bajo el nombre de “adultos mayores” y tratar de derribar prejuicios y estereotipos.

En esta línea, la psicóloga especialista en vejez, Graciela Petriz sostiene: “Nuestros envejecientes actuales se encuentran construyendo su modo de envejecer sobre la base de la revisión y cuestionamiento de los referentes identificatorios previos y generan estrategias que permiten transitar y superar los obstáculos que se les plantean desde sí o desde la realidad, logrando un buen nivel de satisfacción vital”. (Petriz 2007; 87)

Referencia bibliográfica

ALLEGA Leticia y VON ZESCHAU Juan Federico. “Las políticas públicas de Argentina destinadas a adultos mayores durante el kirchnerismo. Avances y desafíos”, conferencia en el marco del programa Estado y Sociedad, Dirección de Investigaciones, Instituto Nacional de Administración Pública, Presidencia de la Nación, Buenos Aires, 2015. Disponible en: http://www.inap.modernizacion.gob.ar/multimedia/files/DDI-CeEdeE/Adultos_Mayores.pdf

ALONSO, Guillermo V. y DI COSTA, Valeria. “Más allá del principio contributivo: cambios y continuidades en la política social argentina, 2003-2011”. En *Documentos de Trabajo de la Escuela de Política y Gobierno. Nueva Serie / Ricardo A. Gutiérrez*, UNSAM EDITA, Buenos Aires, 2013.

ANSES, Observatorio de la Seguridad Social. La inclusión social como transformación: Políticas Públicas para todos, Buenos Aires, 2011. Disponible en: http://observatorio.anses.gob.ar/files/subidas/La%20inclusi%C3%B3n%20social%20como%20transformaci%C3%B3n_Cuadernillo.pdf

Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en 2002 de la Organización de Naciones Unidas, 2002. Disponible en: <http://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>

GOLBERT Laura y ROCA Emilia Eugenia. *De la Sociedad de Beneficencia a los Derechos Sociales*, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, Buenos Aires, 2010.

HUENCHUAN, Sandra. *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Chile, 2009. Disponible en: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/4/36004/LCG2389-P.pdf>

IACUB, Ricardo. “La Post-Gerontología: hacia un renovado estudio de la gerontología” *Revista de Trabajo Social, perspectivas, Notas sobre la intervención y Acción Social*, Año 8 N° 12, Universidad Católica de Santiago de Chile, Santiago de Chile, 2003.

IACUB, Ricardo. “La nueva gerontología plantea la inclusión”, nota periodística *Diario El Telégrafo*, Guayaquil, julio 2016. Disponible en: <http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/palabra-mayor/17/la-nueva-gerontologia-plan-tea-la-inclusion>

KESSLER, Gabriel (compilador). *La Sociedad Argentina Hoy. Radiografía de una nueva estructura*, Siglo XXI, Buenos Aires, 2016.

MORENO José Luis. *Éramos tan pobres... De la caridad colonial a la Fundación Eva Perón*, Sudamericana, Buenos Aires, 2009.

PAOLA Jorge, SAMTER Natalia, MANES Romina. *Trabajo social en el campo gerontológico. Aportes a los ejes de un debate*, Espacio, Buenos Aires, 2011.

PETRIZ, Graciela M. *Ver y vivir la ancianidad. Hacia el cambio cultural*, Fundación Navarro Viola, Buenos Aires, 2007.

VICARIO, Viviana Ayelén. *Envejecer para seguir viviendo. Los Adultos Mayores como productores/reproductores sociales de cultura y comunicación*, Tesis de grado, Facultad de Periodismo y Comunicación Social- Universidad Nacional de La Plata, 2012.

LAS DIFICULTADES PARA ALCANZAR UNA POLÍTICA HACIA EL CUIDADO DE LAS PERSONAS CON ALZHEIMER EN URUGUAY

Mg. Sandra Sande Muletaber⁵²

Universidad de la República. Montevideo. Uruguay

RESUMEN:

Uruguay es un país, con una situación demográfica que lo coloca como el más envejecido de Latinoamérica. Esto en si es un dato, no dice otra cosa que la población mayor de 65 años representa un 14 % de la población total, y que ha tenido una temprana transición demográfica (descendieron las tasas de natalidad y de mortalidad). El aumento de la proporción de personas viejas implica que la sociedad ha sido capaz de regular los nacimientos y que el cuidado de la salud ha permitido alargar la vida de la población. En Uruguay se vincula a los singulares procesos de transición, con tasas estables de fecundidad que han presentado desde mediados del siglo pasado un descenso paulatino, llegando en la actualidad a estar por debajo del nivel de remplazo (Varela et. al., 2008).

Esta situación implica que se deba pensar en políticas específicas para los mayores, teniendo en cuenta la posible necesidad de cuidados, considerando que la posibilidad de tener algún tipo de discapacidad aumenta a mayor edad, siendo que del total de personas con discapacidad un 15.1%, son mayores de 80 años. (Nuñez 2014).

El Sistema Nacional de Cuidados (SNC) que ha implementado el Estado uruguayo se plantea la creación de un programa de cuidadores para personas que teniendo pensión de invalidez por discapacidad severa en el BPS, estén en situación de mayor dependencia, pero deja de lado a las personas portadoras de Alzheimer.

Para la consideración de la dependencia, la enfermedad de alzhéimer no es tenida en cuenta, sin advertir que actualmente existen en Uruguay más de 40.000 casos detectados de demencia, con una acumulación creciente de casi 3.000 nuevos casos cada año.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos de mayor impacto en la sociedad contemporánea. En términos demográficos se refiere al aumento relativo de personas de 60 años de edad y más y a una prolongación progresiva de la esperanza de vida al nacer. El envejecimiento de la población se ha asociado frecuentemente con los países más desarrollados,

⁵² Correo electrónico: sandrasande@hotmail.com

en los cuales una quinta parte de la población tiene más de 60 años de edad. Sin embargo, este proceso también ha ocurrido y está ocurriendo en los países menos industrializados.

Los mayores de 65 años a nivel mundial alcanzan a ser 660 millones, y el índice de envejecimiento mundial está en el orden del 7%, mientras que el de Uruguay es de 13.9%, ocupando el tercer lugar, luego de la Comunidad Europea y el Japón en su envejecimiento poblacional. Estos datos la colocan la sociedad más envejecida de América con un 19% de mayores de 60 años y de esta población ,35% de mayores de 75 (SABE-OPS, 2001, CEPAL-CELADE, 2009; Paredes, 2010; INE, 2011)

La expectativa de vida (EV) es un patrón de medida sanitario-social evaluado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Para Uruguay al 2016 la esperanza de vida al nacer es de 73,80 años para los hombres y 80,59 para las mujeres. Hay diferentes teorías sobre los cambios en la esperanza de vida, hasta los años sesenta, las tesis tenían que ver con las mejoras en la salud pública, en las condiciones de higiene, en el control de las enfermedades y el rol del Estado en la organización de la defensa contra la enfermedad. A partir de 1976, según Mckeown (1989) ,se ve modificada por el cambio en la virulencia de las enfermedades, el avance de la medicina, el control público de la salud y las medidas sanitarias, así como por la mejora de los niveles de vida (nutrición, sinergia, infección). En definitiva, tiene que ver con las determinantes clásicas: Salud Pública y desarrollo económico, pero también con los cambios culturales y sociales. Está relacionada a la tasa de mortalidad (instrumento para modelizar el comportamiento de la mortalidad en la población) y tiene correlato con la esperanza de vida al nacer. En cambio la expectativa de vida saludable (EVS) tiene que ver con cómo se viven esos años.

Lamentablemente no siempre van juntas, se ha logrado extender la vida, pero no la calidad de vida, en general se viven más años, pero estos años muchas veces se viven en situación de dependencia. Desde la concepción, el ser humano trae consigo una carga genética que plantea programar el envejecimiento. Cada persona cuando llega a una edad avanzada, comienza a experimentar cambios en la funcionalidad de sus órganos y se producen modificaciones en sus actividades. Por lo general, estos cambios no son considerados de manera positiva; por el contrario, se tiende a pensar y a hacer sentir a las personas mayores que ya no tienen nada que aportar, que ya cumplieron su rol en la sociedad, en su familia, etc. Esta situación desencadena que las personas tiendan a sentir cierto rechazo y resignación cuando comienzan a envejecer y a sentir y pensar que ya no tienen la misma energía y capacidad para hacer cosas.

Aparecen dificultades en la salud, en la movilidad, en la funcionalidad, los que son generalmente interpretados negativamente. Esto además se percibe como “típico”, como producto de la “vejez” y por tanto como “algo negativo”, principalmente porque hemos “aprendido” que envejecer es malo, que es un signo de inutilidad y estorbo y que se aproxima la muerte. No se prepara a las personas para envejecer de manera positiva y saludable, el establecimiento de una edad para la vejez es una construcción social, que sólo parcialmente está determina-

da por factores biológicos o psicológicos. La categoría viejo es, por consiguiente, un estado adscrito, aceptado por las personas, pero no elegido (Laslett, 1996).

Esta concepción de la vejez tiene su origen en la conformación de una suerte de “master estatus” que se construye a partir de una serie de estereotipos y prejuicios desde los cuales se asocia a la vejez con la dependencia y la enfermedad.

El proceso de envejecimiento presente a lo largo de todo el curso de vida nos habilita a configurar a la vejez como una construcción socio-cultural determinada por la historia personal y social, las condiciones materiales y el momento histórico donde se va configurando, por lo que no hay una única forma de llegar a viejos, sino que hay tantas vejezes como circunstancias personales y socio históricas.

Vejez y envejecimiento: Caracterización de la población uruguaya

El Uruguay es el país de América Latina con mayor proporción de adultos mayores. El número y el peso relativo de la población de 60 años y más, se ha incrementado en los últimos años. Según los datos del censo 2011, representa el 14 % de la población.

Los cambios demográficos que dan inicio a la primera transición ocurren en las últimas décadas del siglo XIX, a medida que los indicadores de mortalidad del país comienzan a mejorar sustantivamente. La fecundidad inicia su descenso pocos años más tarde. En conjunto, los cambios producidos en la mortalidad y la natalidad dan lugar a un nuevo régimen demográfico caracterizado por el lento crecimiento de la población. Este proceso, se ha acentuado debido a los bajos índices de natalidad, el incremento de la esperanza de vida y la existencia de tendencias migratorias —intensificadas en algunos períodos— que se concentran principalmente en sectores de población joven y de alta calificación.

Los datos del censo 2011 muestran que el 21,9% de las personas que habitan en Uruguay se encuentra entre 0 y 14 años, el 29,3% entre 15 y 34 años, el 34,9% entre 35 y 64 años y las personas de 65 años y más representan un importante segmento de la población total de nuestro país. La misma asciende a 463.726 personas y representa el 14.11% de la población total.

Dentro de la población de personas adultas mayores, el 52.61% tiene entre 65 y 74 años, en tanto el 27.19% de estas tiene 80 años o más (3.83% del total de la población). Hay un predominio de mujeres, entre el 60% al 73% viven en hogares multigeneracionales, el 27% en hogares unipersonales, 40% viven solos o con otra persona de la misma edad. Entre el 5 y el 7 % de los ancianos están institucionalizados (en residencias e instituciones públicas), lo que supone alrededor de 300.000 personas (el triple de las camas de agudos del país).

El índice de envejecimiento es de 72, esto significa que por cada 100 menores de 15 años hay 72 adultos mayores de 60 años, siendo mayor en el área metropolitana

La población de personas mayores es urbana en su amplísima mayoría (92,5% viven en áreas urbanas). Con respecto a los ingresos, un 86% de los mayores de 65 años percibe entradas propios por concepto de jubilaciones, pensiones, rentas o salarios. Un 14,6% pertenece a la población económicamente activa (PEA). Si bien este sector se ubica mayoritariamente

en los quintiles de menor ingreso, el número de mayores de 65 años con necesidades básicas insatisfechas decreció en los últimos años como efecto de los sistemas de ajuste de jubilaciones y pensiones. El 7,26% de los AM son pobres, y de este porcentaje, el 2,82% se encuentran en situación de extrema pobreza o indigencia.

Se trata de una población alfabetizada (91% de los mayores de 60 años saben leer y escribir), con un promedio de años de estudio aprobados de 6,4 en la población de entre 60 y 64 años y de 4,7 entre los mayores de 85 años.

Tiene cobertura de salud un 93%, ya sea a través de la afiliación mutua (59,5%) o de los servicios brindados por el Ministerio de Salud Pública. Si bien no hay datos precisos, algunos estudios estiman que un tercio de los mayores de 65 no son totalmente auto válidos, sobre todo debido a problemas de carácter físico.

En cuanto a las políticas de Estado referentes a la vejez, en nuestro país, desde la seguridad social, se han instrumentado distintas estrategias focalizadas a las personas mayores, determinadas por la situación de déficit económico de los distintos organismos ejecutores de en varios períodos de nuestra historia institucional. Desde mediados del siglo XX, Uruguay logra universalizar el sistema de Seguridad Social orientado a la protección de la vejez a partir de un dilatado proceso de incorporación de los distintos sectores de trabajadores, cubriendo prácticamente a todos los potenciales beneficiarios (Sienra 2007).

Para los ancianos auto válidos (80%) la medida más redituable ha sido la prevención (definida como la promoción de la salud y el envejecimiento saludable) a partir de algunos programas tanto nacionales como departamentales (fundamentalmente Centros Diurnos)

Pero en el caso de los ancianos vulnerables aparecen otras dificultades, vinculadas a la salud y al cuidado. Se pueden englobar en políticas sanitarias y sociales (Sistema Integrado de Salud, Sistema Nacional de Cuidados) que no logran atender la problemática en su totalidad.

Un dificultad vinculada, refiere a la feminización de los cuidados de la población dependiente envejecida “En el ámbito público, el déficit de cuidado se ve- entre otros indicadores- en la insuficiencia de atención que prestan las políticas sociales a la situación de las madres, de los ancianos, de los enfermos de los impedidos (...) En la situación actual del Uruguay, donde existe un déficit de cuidados importante, esta problemática no ha impactado aún con la fuerza que las cifras indican porque nuestro país tienen aún una generación de mujeres que amortiguan este impacto, es decir, mujeres de 60 y más años que no están involucradas al mercado de trabajo remunerado (amas de casa) y que de diversas formas responden a estas necesidades de cuidado insatisfechas” (Batthyany:2010,26) El cuidado de los mayores vulnerables recae fundamentalmente en lo que se denomina “apoyo informal”, es decir, en la familia, ergo: en las mujeres, éstas se incorporan al espacio público (mercado de trabajo, ámbitos políticos y sociales) sin abandonar el espacio privado, conservando la atribución de roles tradicionales en lo que concierne a los cuidados.

La vejez y la discapacidad

La previsión de que para el 2025 el 40% de los mayores carecerán de soporte familiar que los ayude en situación de enfermedad o dependencia exige una reflexión pública para la implementación de políticas sociales y de servicios de atención. Con el avance de la edad se pueden experimentar condiciones incapacitantes, sobre todo pasando los setenta y cinco años, que requieran del apoyo estatal. Generalmente estos viejos, están al cuidado de sus hijos que ya están en la “mediana edad”. El peso del cuidado como lo explicitan diferentes estudios (Batthiány; 2009 y 2011, Aguirre; 2009) está en la mujer, con un claro componente de género y una carga hacia las familias.

La emergencia de este binomio (vejez- discapacidad), es relativamente nueva en la sociedad. El aumento de la esperanza de vida de la población en general, ha provocado que las personas con discapacidad vivan más y lleguen a viejas. La calidad de vida de las personas adultas mayores está altamente relacionada con su capacidad funcional, sumada a las condiciones que le permitan cuidar de sí mismas y participar de la vida social y familiar.

Pero a su vez, y tal como lo plantea Papadópulos (2010) con respecto a las situaciones de riesgo para los adultos mayores se pueden enumerar las siguientes condiciones: 1- Los muy ancianos (80 años y más) 2- Los que viven solos en una vivienda; 3- Las mujeres ancianas, sobre todo solteras y viudas, 4- Los que viven en instituciones, 5- Los que están socialmente aislados (individuos y parejas), 6- Los ancianos sin hijos, 7- Los que tienen limitaciones severas o discapacidades, 8- Las parejas de ancianos en las que uno de los cónyuges es discapacitado o está muy enfermo y 9- Los que cuentan con muy escasos recursos económicos. Agregándose un factor no previsto en estas discusiones, que es la emergencia de la demencia en la vejez.

En Uruguay no existen datos comparables para medir la incidencia de la discapacidad, como tampoco los hay con respecto a América Latina. Las predicciones sobre la incidencia de esta población es que crecerá de manera considerable. Estas personas serán quienes necesiten ser cuidadas ya sea por algún familiar o por un cuidador domiciliario que les ayude en las actividades de la vida diaria. En tanto aumenta el tiempo de vida en discapacidad, más dificultades se tendrán en la funcionalidad física, medida a través de la capacidad de las personas mayores para desempeñar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) sin limitaciones. Dentro de las actividades básicas se puede considerar: bañarse, comer, vestirse, acostarse o trasladarse, estas dificultades aumentan con el pasar del tiempo.

Se puede definir a la discapacidad como “toda limitación y restricción en la participación, que se origina en una deficiencia que afecta a una persona en forma permanente para desenvolverse en su vida cotidiana dentro de su entorno físico y social” (INE, 2004). La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto/entorno social (OMS/OPS: 2001)

La visión que ha prevalecido a lo largo del siglo XX sobre la discapacidad estaba relacionada con una condición o función que se considera “deteriorada respecto del estándar general de un individuo o de su grupo”. El término “discapacitado” refiere al funcionamiento

individual, incluyendo la discapacidad física, sensorial, cognitiva, intelectual y varios tipos de enfermedades crónicas. Esta visión se asocia a un modelo médico de la discapacidad. Ésta, puede aparecer durante la vida de las personas o desde el nacimiento, pero puede acaecer a consecuencia del paso del tiempo, como sucede en el caso de la enfermedad de alzhéimer.

Miguez (2006) en su análisis sobre la construcción social de la discapacidad trabaja desde el par dialéctico inclusión-exclusión, planteando que los análisis sobre la discapacidad generalmente son unidireccionales “desde las personas consideradas normales hacia las personas con discapacidad”, de esta manera se “expropia al sujeto discapacitado de su derecho de autodeterminación” (Miguez; 2006: 82).

La Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad (1999), define la discapacidad como una deficiencia física mental o sensorial ya sea de carácter permanente o temporal que limita la capacidad de ejercer uno o más actividades esenciales de la vida diaria que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social. La discapacidad puede entenderse como la dificultad para desempeñar papeles y desarrollar actividades socialmente aceptadas habitualmente para personas de similar edad y condición (Puga, 2005).

Por lo tanto, se puede entender a la discapacidad como toda dificultad (o imposibilidad) para llevar a cabo una función social determinada en un contexto específico: “la discapacidad es la expresión de una limitación funcional, emocional o cognitiva en un contexto determinado” (Puga; 2005:328), es en definitiva, una brecha entre las capacidades de las personas y el medio y sus demandas. Como primera consecuencia, obligan a la persona que las tiene, a utilizar dispositivos o a solicitar ayudas para realizar actividades de la cotidianidad, lo que tiene su correlato en la dependencia.

La perspectiva médica ha sido la impronta en la definición de la discapacidad, aplicando criterios anatómico-clínicos y etiopatológicos para describir y clasificar a las personas con discapacidad, agrupándolas en tres grandes grupos, discapacidades físicas, mentales y sensoriales.

La Ley N° 16.095 (26/10/1989) establece un sistema de protección integral para las personas con discapacidad. Este sistema tiende a asegurar la atención médica, la educación, la rehabilitación física, psíquica, social, económica y profesional y la cobertura de seguridad social, así como también el otorgamiento de beneficios y prestaciones destinadas a compensar las desventajas relativas a la discapacidad. El artículo 10 de esa Ley, crea la Comisión Nacional Honoraria del Discapacitado (CNHD) dependiente del Ministerio de Salud Pública. Esta Comisión se integra con representantes del Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Facultad de Medicina, CO.DI.CEN, Congreso de Intendentes, Facultad de Odontología (Ley 16.169), INAME (Ley 17.296, Art. 546) y de las organizaciones de personas con discapacidad y otras instituciones relacionadas.

Nuestro país no tenía información fidedigna sobre la población con discapacidad. En el año 2003, la Comisión Nacional Honoraria del Discapacitado (CNHD) y el instituto Nacional de Estadística (INE) acuerdan la realización de la Primera Encuesta Nacional de Personas con

Discapacidad, que abarcaría los habitantes de todo el país. La muestra final fue de 18.300 hogares y 56.000 personas, distribuidos en forma homogénea en los doce meses de la encuesta (INE, 2004). La información recopilada durante el período de referencia (setiembre de 2003 a agosto de 2004) permitió realizar la estimación del porcentaje de personas con discapacidad para la cobertura geográfica de la encuesta.

Los resultados arrojaron que “la prevalencia de la discapacidad alcanza al 7.6% de la población total residente en hogares particulares urbanos de localidades de 5.000 o más habitantes (aproximadamente un 82% de la población total del país). En cifras absolutas la población con al menos una discapacidad se estima en 210.400 personas” (INE, 2004), según los datos, no existen diferencias significativas con respecto a Montevideo e interior (7,7% y 7,5% respectivamente) asimismo se verificó que las variables sexo y edad marcan “comportamientos diferenciales”.

La prevalencia de la discapacidad en la población total de mujeres es superior a la de los varones: 8.2% contra 7%. Sin embargo al considerar la edad, la población masculina menor de 30 años presenta mayor incidencia de la discapacidad que la femenina de esas mismas edades, situación que se equilibra entre los 30 y 49 años para luego revertirse en las edades adultas mayores” (INE; 2004) La encuesta realizada por el INE informa sobre el “aumento de la discapacidad con el avance de la edad y en particular a partir de los 65 años” lo que demuestra la incidencia de la discapacidad en el contexto del envejecimiento demográfico.

La cuarta parte de la población adulta mayor padece alguna discapacidad. Con el aumento de la esperanza de vida, aumentan también los años vividos con discapacidad de las personas que la adquirieron desde el nacimiento o a edades muy tempranas. Con los años agregados a la vida aumenta el riesgo de adquirir una discapacidad en las edades avanzadas, como secuela de alguna enfermedad o por el deterioro de las capacidades funcionales al envejecer (INE; 2004). Si a eso le sumamos que más de la mitad de la población con alguna discapacidad (en el entorno del 50.8%) tiene 65 años o más queda demostrado el vínculo estrecho que se puede generar entre ambas categorías.

Asimismo hay un porcentaje mayor de mujeres que presentan discapacidad visual y motora, acorde con una población envejecida en la que predominan las mujeres en la población adulta mayor. Si se avanza en la investigación, el 17.5% atribuyen el origen de la discapacidad en el envejecimiento, aumentando el porcentaje en las mujeres.

Un dato importante, surge en relación a la cobertura de las necesidades de asistencia o ayuda que las personas con discapacidad demandan para desarrollar algunas actividades funcionales del diario vivir, el desplazarse fuera del hogar concentra el mayor porcentaje (40%). Respecto a las otras actividades investigadas el 20% de la población con discapacidad requiere ayuda de otra persona tanto para cuidarse a sí misma como para integrarse al aprendizaje. Estas categorías no son mutuamente excluyentes por lo cual una misma persona puede necesitar ayuda para realizar una o más actividades funcionales (INE: 2004)Es necesario a la luz de estos datos, pensar en términos de dependencia.

La autonomía entendida como la capacidad de las personas para tomar decisiones que le afecten, así como para realizar las actividades de la vida diaria sin ayuda, es la contra cara de la dependencia. La discapacidad y la dependencia se hacen riesgosas a medida que avanza la edad, esto no es sólo un problema individual, sino por lo contrario, es un problema social. Desde el punto de vista individual la pérdida de la autonomía personal es uno de los mayores miedos, desde el punto de vista familiar implica una mayor carga de trabajo. La dependencia puede ser de tipo económica, emocional o física.

Ricoeur (1998) hace una distinción respecto de la autonomía considerada, por un lado, como un dato y por el otro, como lo que se desea. La autonomía es la capacidad y la posibilidad de ejercicio del derecho, pero es también algo que hay que conquistar. Para este autor, la autonomía es entendida como un triple poder: el poder de hablar, de obrar sobre los hechos y de construir de manera coherente la propia historia.

Si entendemos que la vulnerabilidad o fragilidad puede ser producto de las circunstancias en las que una persona o grupo se desarrolla, pero también, puede ser infligida por la sociedad en la que estas personas o grupo se encuentran, el binomio discapacidad- vejez, alcanza su conceptualización.

Al considerar los factores que inciden en el mayor porcentaje de personas viejas que tienen alguna situación de discapacidad se debería tener en cuenta la incidencia que tiene la enfermedad de alzhéimer y otras demencias graves, que agregan como factor de riesgo, la edad avanzada. Generalmente quienes las padecen, no son incluidos en las prestaciones que se otorgan a las personas con discapacidad (pensiones, asistentes personales) ya que no están consideradas en los baremos de los organismos prestadores.

La vejez con demencia

La Demencia es una de las enfermedades crónicas que afecta a la población vieja, tiene mayor incidencia a medida que aumenta la edad.

No existe un único factor, ni tiene un único origen epidemiológico. Es necesario realizar un diagnóstico para encontrar la causa de la demencia, ya que los síntomas varían de acuerdo a la etiología, pero constituye un problema para las personas, su familia y la sociedad, configurándose como un problema de salud pública. Con su aparición, se da una mayor necesidad de cuidados a largo plazo, tanto sanitarios como sociales, dado que la progresiva incapacidad para las actividades de la vida diaria que se producen en su evolución, demanda de la intervención de recursos que van más allá de los familiares.

Existen estimaciones que plantean que alrededor de 35.6 millones de personas en el mundo padecían de demencias en el año 2010 y se prevé que podría duplicarse en pocos años más. Según estas estimaciones, el 70% de quienes la padecen residen en países de renta media y /o en vías de desarrollo, esperándose que en los siguientes 20 años se incremente en un 77% en América del sur (Kmaid, 2015).

En las demencias hay un deterioro progresivo de las funciones mentales que se asocian a alteraciones en la memoria, conjuntamente con trastornos afectivos, que impiden a las perso-

nas desarrollar sus actividades cotidianas y se traduce en una paulatina pérdida de autonomía. La evolución de la enfermedad permite identificar diferentes estadios, donde la persona en un principio puede mantener su independencia, pero que ven afectadas sus capacidades cognitivas y que paulatinamente presentan un deterioro neuropsíquico que afecta no solo las funciones cognitivas (memoria, capacidad de pensamiento y raciocinio) sino también el lenguaje y la capacidad de juicio, así como el control de las emociones. La demencia es un síndrome clínico que responde a diversas etiologías caracterizada por un deterioro cognitivo global y progresivo a consecuencia de un daño o sufrimiento cerebral, cuyo inicio, curso y síntomas varían dependiendo de sus motivos.

Estas demencias de tipo irreversible pueden originarse por:

1. Procesos Degenerativos: Enfermedad de Alzheimer, Enfermedad De Parkinson, etc.
2. Procesos Vasculares: Demencia multiinfarto, infartos cerebrales
3. Procesos anóxicos: Intoxicación con carbono, post paro cardio respiratorio.
4. Procesos post traumáticos por traumatismo de cráneo
5. Procesos Infecciosos: Enfermedad De Creutzfeld-Jacob.

En las personas con enfermedad de Alzheimer se añade una progresiva dificultad para realizar las tareas cotidianas e incapacidad cada vez más manifiesta de tomar decisiones sobre su vida y sus cuidados. Esta enfermedad no se reduce a esas “pérdidas de memoria puntuales de las personas mayores” es una patología que afecta tanto al enfermo como al cuidador, su sintomatología comprende desde crisis de ansiedad, agresividad, descontrol de esfínteres y pérdida espacio temporal para quien lo padece, hasta depresión y ansiedad para el cuidador. No solo se ven afectados los aspectos emocionales, vinculares y de cuidado (en tanto ejercicio de un trabajo), sino también económicos (reformas en la vivienda, incremento de los gastos).

Es la enfermedad crónica que provoca mayor dependencia incidente, por encima de otras como la enfermedad de Parkinson o las enfermedades cardiovasculares. Dado que su diagnóstico conlleva necesariamente a una pérdida de la capacidad funcional del individuo, este comienza pronto a depender de los cuidados de otra persona, habitualmente un pariente cercano (85% de los casos), lo que extiende el ámbito de afectación de la demencia.

Representa un claro exponente del concepto de enfermedad socio-sanitaria, en el que están incluidos no sólo el enfermo y el entorno cuidador/familia, sino también las instituciones sanitarias y sociales, públicas o privadas, implicadas en el proceso de atención a la persona con demencia. La enfermedad de Alzheimer, que representa entre un 60% y un 70% de los casos de demencia, no tiene cura específica hasta el día de hoy. Su tratamiento se basa en mejorar la calidad de vida del enfermo y retrasar el progreso de la enfermedad mediante tratamientos farmacológicos como los inhibidores de la acetilcolinesterasa y no farmacológicos como la práctica de actividades físicas e intelectuales estimulantes para mejorar la capacidad de retención.

El diagnóstico de una demencia tipo alzhéimer, es una suerte de “condena a muerte” para el enfermo que la padece y de “una condena sin sentencia” para sus familiares, la que puede durar muchos años. Es una de las principales causas de maltrato y negligencia (por sobrecarga del cuidador) y de mayor incidencia en la institucionalización de los viejos en centros de larga estadía.

La institucionalización en centros de cuidados, implica varias facetas, por un lado, cuando es económicamente viable, para muchos familiares es una respuesta a la demanda de cuidados, que implica un costo emocional, el separarse de la persona, pero también una solución al desgaste que produce el cuidado en la demencia. También puede involucrar el abandono y el “olvido” de su carácter de “persona”. Pero también se media por la posibilidad económica de hacerlo. No todos pueden costear una residencia y entonces las alternativas se reducen al cuidado familiar y sus precios (afectivos, laborales, económicos).

- Costos para las familias

Los cuidadores principales dejan de vivir sus vidas para atender al paciente y su enfermedad, lo que genera depresión y ansiedad. La enfermedad repercute en la economía familiar, no solo por los gastos médicos, de pañales, etc., sino por las consecuencias en el desempeño laboral de los cuidadores. El Alzheimer es una enfermedad con alta carga sanitaria, social y económica, que afecta de manera dramática a las familias y al ambiente del hogar. Con respecto a los costos económicos se pueden dividir en tres tipos: sanitarios, no sanitarios e intangibles.

Los costos sanitarios directos son aquellos gastos cuantificables: farmacéuticos, utilización de otros recursos sanitarios, tales como atención médica y estudios complementarios, atención domiciliaria reglada, institucionalización, remodelación de las viviendas, transporte sanitario, pañales, pomadas, jabón especial, cubre cama, suplemento alimenticio, entre otros.

Los costos en la remodelación de vivienda son muy amplio e incluyen: 1- Las ayudas técnicas (camas adaptadas, cinturones de sujeción, colchones y almohadones antiescaras, andadores, barras para la cama, sillas de ruedas, etc. Y 2- Las reformas edilicias: baños adaptados, adaptación de la cocina, etcétera.

Los costes no sanitarios indirectos son principalmente una valoración del tiempo dedicado al cuidado del paciente por parte de su entorno familiar –como salario de sustitución o como costo de oportunidad- así como los problemas de salud que afectan fundamentalmente al cuidador principal. Estos costos intangibles no son fácilmente cuantificables, implican entre otros:

- Patologías del cuidador sin que pueda recibir tratamiento: trastornos de sueño, estrés, problemas gastrointestinales, musculares y esqueléticos, cansancio, agotamiento.
- Conflictos en la dinámica familiar, aumento de divorcios, problemáticas intergeneracionales.
- Problemas económicos.
- Pérdida de tiempo para el autocuidado, ocio y relaciones sociales del cuidador y su familia.

- Abandono de proyectos vitales por parte del cuidador principal

Estos costos son asumidos por las familias, generalmente por uno de sus miembros, que la mayoría de las veces es mujer. En el proceso de desarrollo de la enfermedad, la familia y los amigos se van alejando poco a poco y van cediendo la responsabilidad a una sola persona. La consecuencia para el cuidador es el sentimiento de incompreensión por parte de “los demás, que no quieren saber nada del problema”.

Son diversas las circunstancias familiares que propician que una persona asuma el rol de cuidador. Generalmente el perfil responde a un hijo/a soltero/a, o a la persona que vive más cerca, incluso en la misma vivienda. Se hace referencia también a la actitud de “esa persona:”, en el sentido de que sólo “Ella lo va a ejercer el cuidado de la forma adecuada”.

Respuestas necesarias a la problemática: El papel de las políticas públicas

El adecuado abordaje de la vejez con demencia, implica necesariamente la evaluación de las redes locales, los recursos individuales y familiares, es decir, con qué apoyos sociales cuenta la persona. Es una situación que genera crisis en las familias, desorganización de la cotidianidad y necesidad de ayuda.

Las respuestas implican estrategias que incluyen la atención sanitaria, las intervenciones desde los servicios de salud, el diagnóstico precoz (detección de los factores de riesgo), información y atención de cercanía. Si se tiene en cuenta que en la mitad de los casos diagnosticados de Alzheimer los factores de riesgo son conocidas (la edad avanzada, se duplica el riesgo cada 5 años luego de los 65, el género) se entiende la necesidad de que exista una adecuada atención desde el sector salud, como una política nacional.

A este respecto, son pocas las estrategias desde el Estado. Si bien se cuenta con el Sistema Integrado de Salud (SIS) con cobertura nacional, no siempre es efectivo. Las personas mayores son generalmente atendidas de acuerdo a cada patología presentada, por diferentes servicios y disciplinas, produciéndose una multiplicidad de diagnósticos y sobre todo la incidencia de la polifarmacia. No hay suficientes geriatras en el país y aún no se generaliza la propuesta del médico de familia o médico de cabecera. Muchas veces el diagnóstico de Alzheimer no se discute con la persona ni su entorno, no se explican las consecuencias ni los tratamientos.

Cuando aparece la demencia se produce un quiebre en la dinámica familiar, es un evento estresante que sorprende a las familias y las desajusta. Un diagnóstico precoz habilita a la toma de estrategias para atenuar el impacto y prevenir la sobrecarga de los cuidadores.

La atención recibida en el Sistema de Salud (tanto público, como privado) se basa fundamentalmente en el cuidado agudo. Si se considera que entre el 66 y el 12% de las personas mayores usan fármacos que producen trastornos cognitivos y que muchas veces su discontinuación implica mejoras clínicas (Savio, 2016) la atención con un médico de referencia que pueda conocer al paciente representan una eficaz medida preventiva. Esto no sucede, toda vez que el sistema no lo prioriza. En el año 2014 se suprimió la meta prestacional que establecía que los mayores de 65 años tenían derecho a recibir una consulta anual y los

mayores de 75 años a tener dos controles al año, constituyéndose en única población para la cual no se desarrolla ninguna meta prestacional.

La vejez no aparece como población prioritaria para el sistema, lo que llevo a que incluso se suprimiera la propuesta de indagar cuando la persona presentaba trastornos cognitivos. No existen metas propuestas por el Ministerio de Salud (MS) ni aparece como población priorizada en el marco de los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020. .

Es entonces que la prevención queda en manos de las personas y sus familias y va a depender de “la suerte” que en caso de diagnóstico de demencias, si lo hay, se le informe y se tomen las medidas sanitarias necesarias.

En cuanto al cuidado, sigue siendo un tema de las familias, si hay posibilidades económicas se puede acudir al mercado para la “compra de ayuda” en forma de cuidados rentados o a través de la institucionalización en algún residencial.

Hay un único hospital público (y sin contraparte en el sector privado) para la atención socio-sanitaria de la vejez uruguaya, que cuenta con una capacidad de 70 camas para personas con Alzheimer y otras demencias graves. Es la única alternativa que se da desde el Estado para la institucionalización, cuando no es posible su cuidado por parte de las familias.

Desde la comunidad se ofrece como respuesta a esta problemática, un único centro de día, que funciona en un horario reducido en la mañana y en la tarde. Está a cargo de la Asociación uruguaya de alzhéimer y similares (Audas) organización de la sociedad civil, que lleva muchos años en el país brindando cursos y apoyo a familiares de personas con alzhaimer y otras demencias graves. Configurándose en el único recurso de este tipo que existe en el país.

Frente a esta situación vital las personas solo cuentan con sus recursos propios, con sus redes de cercanía, que no incluyen las políticas sociales ni la intervención del Estado.

La creación del Sistema Nacional de Cuidados (SNC) por la ley 19353 del 27/11/2015 y reglamentada por Decreto N° 117/016 el 25/04/2016, implicó poner el punto final de un proceso de debate que le llevó años a la sociedad y que involucró a organizaciones del Estado, de la sociedad civil y de la academia. El SNC generó expectativas en la ciudadanía y fue el buque insignia de la propuesta electoral del actual gobierno. Se trata de una propuesta de acciones y medidas orientadas al diseño e implementación de políticas públicas que constituyan un modelo solidario y corresponsable entre familias, Estado, comunidad y mercado

En su artículo 2 plantea el objeto de la ley, el cual esboza la promoción del desarrollo de la autonomía del as personas en situación de dependencia, su atención y asistencia. El decreto reglamentario diseña la propuesta de la incorporación de asistentes personales para personas con dependencia severa, pero en cuyo baremo no se incluye a las personas con alzhéimer.

Reflexiones finales

La aparición de la enfermedad de alzhéimer es una familia genera una situación de angustia que interpela a todos sus miembros. La persona afectada, en caso de un diagnostico precoz, que deberá ajustar sus circunstancias a este evento vital, sus familiares quienes deben incorporar estrategias para apoyar a la persona para que pueda preservar el mayor

tiempo posible su autonomía, los equipos de salud aportando estrategias que enlentezcan el deterioro y los servicios sociales trabajando en conjunto.

Pero el alzhéimer es una enfermedad degenerativa y el progresivo deterioro es hasta ahora inevitable. Con la progresión de la demencia, aparecen incapacidades para las actividades de la vida diaria y una mayor carga de cuidados. Este trabajo, que implica el cuidado, suele recaer sobre uno de los miembros de la familia a quien se le asigna como cuidador principal.

Este es quien asume las principales labores y responsabilidades del cuidado y generalmente es el único encargado de esa tarea. Esto trae múltiples dificultades, para el cuidador, generalmente una sensación de cansancio de soledad y de aislamiento, un peso afectivo y una carga de trabajo. En la mayoría de los casos no cuenta con la información necesaria, ni sobre la enfermedad, sus síntomas y su desarrollo, así como tampoco sabe como asumir la tarea. Es generalmente no remunerado y principalmente recae sobre las mujeres de la familia.

Para la persona que lo padece, generalmente implica una pérdida de calidad de vida, una suerte de pérdida de derechos y la posibilidad del maltrato. Porque las consecuencias de la enfermedad aunadas al desgaste del cuidador principal, único y muchas veces solitario, posibilitan que se den recurrentemente estos episodios.

Esto nos deja una pregunta preocupante ante la orfandad de los “padecientes” y sus familias ¿Qué hacer? ¿Qué hacen los servicios sociales y de salud cuando se enfrentan a situaciones de negligencia o maltrato? ¿A dónde derivar?

Muchas veces las situaciones de maltrato se dan por cansancio, ignorancia sobre la enfermedad, sumatoria de factores estresantes, dificultades económicas, depresión. ¿Se denuncia y judicializa? Y ¿entonces? Se institucionaliza a la persona ¿Dónde? El Piñeyro (única respuesta estatal) tiene cupos limitados y nuevamente... ¿entonces?

La literatura especializada plantea que las intervenciones dirigidas al cuidador se pueden englobar en tres grupos principales; las de atención psicoterapéutica, tanto individual como familiar, las dirigidas a programas de intervención psicoeducativa como los grupos de apoyo y los llamados Programas de respiro, como los son las ayudas domiciliarias y los centros de día. Pero en Uruguay no existen centros de día públicos para personas con alzhéimer, y el mercado tampoco los brinda, con la única excepción ya comentada de AUDAS. Los programas de ayudas domiciliarias, de tipo asistentes personales creado por el SNC no incluyen a esta población. El Estado uruguayo se encuentra omiso en lo que respecta a la atención a estas personas.

Posibilitar una mejor calidad de vida en la enfermedad es un trabajo que debe enfrentarse en conjunto. Un proverbio africano plantea que para educar a un niño se necesita una aldea, lo mismo sucede con el cuidado a las personas que están padeciendo esta enfermedad.

Referencia bibliográfica

- Batthyány, K (2010 "Envejecimiento, cuidados y género en América Latina", Cepal
- De los reyes, M. (2007) "Familia y Geriátricos. La relatividad del abandono" Buenos Aires: Espacio Editorial.
- INE (2011) Censo 2011- <http://www.ine.gub.uy/censos2011>
- Ludi, M. (2005) "Envejecer en un contexto de (des)protección social" Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Míguez, M.(2009) "Construcción social de la discapacidad" Montevideo: Trilce.
- Núñez (2014) Propuesta para un modelo solidario y corresponsable de cuidados en Uruguay, Mides
- Paredes, M. (2010) "Indicadores socio demográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay: Una perspectiva comparada en el contexto latinoamericano" Montevideo: Lucida ediciones.
- Piña, M. (2004) "Gerontología social aplicada- visiones estratégicas para el Trabajo Social" Buenos Aires: Espacio editorial.
- Puga Md, Abellán A (2004) "El proceso de discapacidad. un análisis de la encuesta de discapacidades, deficiencias y estado de salud" España: Fundación Pfizer.
- Sande, S. (2012) "Envejecer en Uruguay: Políticas y olvidos. Una Lectura desde el Trabajo Social", Udelar
- Savio, I., Kmaid, A, Dornell, T. (2015) "Recomendaciones para el Abordaje Integral de la Demencia". MSP
- Varela, C. (2008) "De una transición a otra: la dinámica demográfica del Uruguay en el siglo XX" Udelar

CAPÍTULO 4
LOS CENTROS DE
JUBILADOS Y LA NUEVA
SITUACIÓN SOCIAL

CARACTERIZAÇÃO DE IDOSOS DE UM GRUPO EDUCATIVO: A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO ENVELHECIMENTO

Dayara da Silva Ferreira⁵³; Maria Helena de Jesus Bernardo⁵⁴

RESUMO

O presente artigo é resultado de trabalho de conclusão de curso da Faculdade de Serviço Social (FSS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Brasil. Constitui pesquisa realizada em uma unidade de saúde pública especializada no atendimento a idosos, e realiza estudo sobre o perfil sociodemográfico de idosos participantes do grupo educativo Roda da Saúde no período de 2007 a 2014. Para a coleta de dados realizamos pesquisa documental em banco de dados do serviço supracitado.

O envelhecimento populacional no Brasil vem exigindo respostas mais efetivas às novas demandas colocadas, e, por conseguinte reforça a necessidade de um modelo assistencial que assegure o pleno acesso à saúde. Consideramos ainda as discussões contemporâneas no âmbito da Promoção da Saúde e da Educação Popular em Saúde, bem como o potencial estratégico da dimensão educativa na reorientação dos serviços, no sentido de garantir a integralidade da atenção e favorecer a consolidação de uma lógica ampliada e participativa dos usuários. A integralidade é compreendida neste trabalho como um olhar abrangente sobre as necessidades de saúde e cuidados, viabilizando práticas democráticas que possam considerar os determinantes sociais do processo saúde-doença e estabelecer ações que promovam saúde nos diversos níveis de expressão.

Os resultados da pesquisa demonstram a predominância de mulheres idosas, entre 70 e 80 anos, com escolaridade variada e que moram nas adjacências do serviço. Avaliamos que as ações educativas na saúde e o fomento à participação visa, principalmente, criar ambientes de reflexão sobre temas de saúde e envelhecimento, bem como garantir um efetivo protagonismo dos idosos, problematizando as formas de atenção, as políticas públicas, os estereótipos do envelhecimento e as melhores estratégias para o autocuidado. Assim, o estudo buscou contribuir para a sistematização do trabalho desenvolvido e consequente qualificação da intervenção profissional do assistente social junto ao referido grupo.

⁵³ Correo electrónico: dayara.ferreira@hotmail.com

⁵⁴ Correo electrónico: helenabernardo@uol.com.br

INTRODUÇÃO

O presente artigo constitui resultado de trabalho de conclusão de curso da Faculdade de Serviço Social (FSS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e faz um estudo do perfil dos idosos que participaram do grupo educativo denominado **Roda da Saúde** durante o período de 2007 a 2014. O grupo, desenvolvido desde 2005, é uma das modalidades de ações educativas do Projeto de Promoção da Saúde do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), unidade ambulatorial de saúde situada nas dependências da Universidade. Além de ser um grupo de educação e saúde, sua proposta principal é o fomento a participação e a reflexão sobre temas de saúde e envelhecimento no sentido de favorecer o protagonismo dos idosos e o seu efetivo envolvimento nas questões contemporâneas que atravessam o processo de envelhecimento brasileiro.

Atualmente a atenção para as questões sobre o envelhecimento tornou-se um fato comumente discutido entre a população. A mídia e as pessoas em geral estão debatendo mais sobre o ser que envelhece, em razão, sobretudo, do aumento das taxas de longevidade da população.

Segundo Veras (2002 apud BERNARDO e ASSIS, 2014, p.318):

“A velocidade do envelhecimento populacional no Brasil alerta para a necessidade de planejamento social amplo, pois viver mais sem qualidade de vida não é uma vitória e sim um motivo de preocupação”.

A partir dessa visão, tratamos a ação educativa como um dispositivo potencializador para a melhoria da qualidade de vida do público que envelhece. Trata-se de uma estratégia de aprendizagem que possibilita a reflexão crítica e a sociabilidade entre os idosos interferindo na autoestima e nas relações do cotidiano. Deste modo, este estudo torna-se relevante, pois além de elaborar o perfil dos idosos do grupo, tendo em vista conhecê-los e atuar de forma mais qualificada perante as suas demandas, busca contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho realizado pelos profissionais envolvidos no projeto, possibilitando não apenas a ampliação e multiplicação das ações, mas, sobretudo favorecendo positivamente para que as demandas dos idosos sejam efetivamente concretizadas.

O percurso metodológico foi orientado pela pesquisa bibliográfica sobre a temática e análise documental através da sistematização das fichas de “primeira vez”, totalizando trezentos formulários. Esse documento é preenchido pelo idoso quando o mesmo chega ao grupo e permite identificar dados referentes às variáveis: sexo, idade, bairro de residência, naturalidade, escolaridade, com quem mora, se é aluno da UnATI/UERJ ou usuário do NAI (Núcleo de Atenção ao Idoso) e como chegou ao grupo Roda da Saúde. Para complementação do estudo do perfil, foram analisados também relatórios semestrais e relatos das reuniões elaborados pela equipe multiprofissional. Os dados e informações obtidos foram submetidos a análise quantitativa e qualitativa, de caráter documental, à luz da literatura atual que trata das questões sociais do envelhecimento.

O Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) e o Projeto de Promoção da Saúde (PPS)

O Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) é um ambulatório de atenção integral a saúde do idoso criado em 1990. É uma unidade docente-assistencial do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ), atualmente situado nas instalações da UERJ, no 10º andar, onde se encontra a Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI).

O NAI foi implantado “a partir da necessidade de se criar respostas sociais para enfrentar as questões do envelhecimento populacional brasileiro, tendo como objetivo a formação de recursos humanos e o desenvolvimento de políticas e de novas metodologias no trabalho em saúde com a população idosa” (MOTTA et al., 2006), e tem como filosofia atender a esse segmento pela via da integralidade no âmbito da saúde, utilizando-se da abordagem multiprofissional e interdisciplinar.

Atualmente o ambulatório tem em sua composição, profissionais de diversas áreas. Estes profissionais são: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas e nutricionistas, os quais realizam ações nos níveis de prevenção, reabilitação e promoção da saúde.

O Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) é ainda um programa que inclui modalidades de ensino e treinamento aos estagiários e bolsistas de projetos de extensão e da graduação, da especialização em geriatria e gerontologia da Universidade Aberta da Terceira Idade (UNATI/UERJ), e residentes de primeiro e segundo ano das áreas mencionadas acima, supervisionados por preceptores e docentes da universidade, responsáveis pelo processo ensino-aprendizagem.

A equipe multiprofissional encontra-se inserida em diversos cenários de atuação, que expressam diferentes níveis de atenção à saúde. Os projetos assistenciais e de ensino seguem a lógica da integralidade da atenção, incluindo ações de acolhimento, assistência ambulatorial, hospitalar, domiciliar e de promoção da saúde.

O Projeto de Promoção da Saúde (PPS) é uma dessas ações, e vem desenvolvendo suas atividades desde o ano de 1996. É uma iniciativa da equipe interdisciplinar do NAI e tem como proposta o trabalho através do prisma referencial do envelhecimento ativo e da promoção da saúde no processo de envelhecimento. “O objetivo é desenvolver modelos que possam ser implantados nos serviços de saúde e em outros espaços da sociedade, em resposta às demandas sociais geradas pelo envelhecimento populacional brasileiro” (BERNARDO E ASSIS, 2014. p.320).

Suas ações estão direcionadas a educação em saúde, inspirada pela perspectiva do educador Paulo Freire, isto é, da educação popular. As atividades desenvolvidas por esse projeto são:

- **Grupo Encontros com a Saúde (GES)** - que tem como característica o planejamento antecipado das ações, com um grupo de participantes pré-estabelecido desde o seu início. O GES tece reflexões sobre a saúde e envelhecimento, tem na sua composição dois preceptores e a equipe de profissionais que atua no serviço, cujas áreas envolvidas são: serviço social, fisioterapia, medicina, enfermagem, psicologia e nutrição. Os

encontros acontecem uma vez na semana e tem uma duração de duas horas. Sua duração é de seis meses, portanto temos duas turmas a cada ano, onde a turma que participou encerra a atividade quando completa os seis meses e inicia-se uma nova turma. Nele, os profissionais trabalham temas como: estresse, memória, hipertensão, direito dos idosos, alimentação, sexualidade, dentre outros, e tem em média a participação de 10 idosos.

- **Grupo Roda da Saúde**, objeto de análise desse estudo, é uma estratégia de educação permanente ao garantir a possibilidade do idoso que participou do Grupo Encontros com a Saúde (GES) continuar participando de uma ação educativa.
- **Grupo sala-de-espera** – atividades realizadas na sala de espera do ambulatório, com periodicidade quinzenal, abordando temas sobre a saúde e o envelhecimento com a proposta de compartilhar conhecimentos e experiências. A metodologia utilizada eram breves dinâmicas, bem como a utilização de recursos visuais.
- **Mural interativo** - tem como objetivo democratizar as informações no espaço institucional e estimular a reflexão dos idosos sobre saúde e qualidade de vida. O mural é elaborado pelos profissionais residentes da instituição cuja proposta principal é articular as discussões com os atendimentos do ambulatório, dialogando, por exemplo, sobre a prevenção de doenças e a promoção da saúde.
- **Produção de materiais educativos** - atividade de comunicação e saúde que envolve a elaboração de folheto, folders, cadernetas de saúde, os quais são distribuídos aos idosos com o propósito de ampliar as informações para a comunidade de forma geral.

Entendemos que as ações desenvolvidas pelo Projeto Promoção da Saúde (PPS) contribuem de forma conjunta com o que prevê a legislação voltada a população idosa, pois essas ações abarcam os princípios e diretrizes de integralidade, participação na comunidade, socialização das informações, bem como o reconhecimento do ser idoso enquanto sujeito capaz de produzir e compartilhar suas experiências.

O grupo em questão: “Roda da Saúde”

O grupo Roda da Saúde foi criado em 2005 e tem como proposta a discussão sobre temas relacionados à saúde e a qualidade de vida no envelhecimento, bem como outros temas emergentes e demandados pelo próprio grupo. Essa modalidade de ação educativa caracteriza-se como “chá da tarde”, é um grupo aberto, isto é, não exige inscrição prévia, nem tampouco a participação assídua do idoso e ocorre uma vez por semana com duração de duas horas.

Os encontros do grupo Roda da Saúde são planejados tendo por objetivo o seguinte desenvolvimento: o momento de acolhida, que ocorre no início do encontro, onde a equipe apresenta os participantes novos, como também incentiva um participante veterano a explicar o que é o grupo, e aproveita o momento também para dar informes gerais.

Na chegada, o idoso quando novo no grupo é recebido por um profissional da equipe, este lhe fornece um crachá, sem nada escrito, para que ele mesmo confeccione da sua maneira, o que tem facilitado muito a comunicação entre os participantes. Ademais, o novo participante recebe ainda uma ficha de primeira vez, para preencher com o auxílio de algum membro da equipe, contendo seus dados pessoais e a forma de inserção no serviço. Vale ressaltar que este instrumento serviu de base para essa pesquisa.

Após a acolhida, temos o **aquecimento**, que, na maioria das vezes, inicia-se indagando aos idosos o que eles conhecem sobre o assunto que será tema da reunião, visando o levantamento das diferentes vivências sobre o tema. Nesse tópico, a proposta principal é problematizar o tema a partir das questões trazidas pelos idosos, deixando-os à vontade para prosseguir com a discussão. No processo de discussão, o coordenador aproveita essas questões trazidas para incrementar o debate, não se utilizando do seu conhecimento para assumir uma postura impositiva, ou seja, ditando o que é certo ou errado e sim recorrendo ao diálogo, como forma de possibilitar a troca entre os participantes envolvidos no processo educativo.

Em seguida temos o **desenvolvimento do tema**, que é guiado muitas vezes por uma dinâmica de grupo, cujo objetivo é estimular a participação do idoso e aprofundar a discussão. A dinâmica escolhida pode servir de estratégia para reflexão crítica, portanto é bastante utilizada nos espaços sócio ocupacionais, possibilitando aos usuários, voltarem-se à realidade e agir sobre ela. O coordenador nesse processo tem a função de provocar a participação do idoso que ao expor sua questão permite coletivizá-la, uma vez que estamos tratando de um grupo e a demanda de um pode ser a mesma do outro.

Prosseguindo, temos o **resumo** do encontro, momento em que refletimos sobre o que foi exposto, fazendo articulação com a vida cotidiana. Nesse aspecto pensamos na possibilidade de mudanças e no compartilhamento do aprendizado que nos foi propiciado. E para finalizar, temos o **encerramento** com o chá, que é uma maneira de aproximar equipe e usuários. Nessa ocasião, os participantes tiram dúvidas, trazem questões e demandas específicas e a equipe, se necessário, oferece o suporte.

Temos ainda a produção de boletins mensais. O boletim caracteriza-se como um instrumento que propicia a informação para a comunidade em geral, uma vez que se trata de um meio de comunicação. Ao levar o boletim para casa, os idosos socializam com a família sua experiência vivenciada no grupo e permite a troca de conhecimento.

Análise e Perfil dos Idosos do Grupo “Roda da Saúde”

No que se refere ao sexo foi possível observar que há maior prevalência de mulheres inseridas no grupo. Esse fator pode estar relacionado a múltiplas questões, uma delas pode ser o fato de a mulher ter uma perspectiva de sobrevivência maior que o homem. Segundo dados do IBGE (2010) 8,9 milhões (62,4%) das mulheres vivem em média 7,8 anos a mais que os homens. As mulheres constituem a maioria da população idosa em todas as regiões do mundo. Em 2002 existiam 678 homens para cada mil mulheres idosas no mundo. É bem

maior o número de mulheres e este índice aumenta nas últimas faixas etárias da vida. Ou seja, quanto mais alta a faixa etária, maior será a proporção de mulheres.

Outro motivo que contribui para um maior interesse das mulheres em ocupar os espaços de participação social na terceira idade, se deve ao fato delas se preocuparem mais com a saúde, se cuidarem mais que os homens. Dessa forma, procuram meios de prevenir e promover a saúde, e um dos caminhos é a inserção em grupos por ser considerado como um espaço de troca de conhecimento que possibilita as pessoas idosas concretizar seu desejo de participar de uma ação educativa que antes não era possível realizar.

Os dados da pesquisa corroboram as afirmativas de autores especialistas na área do envelhecimento sobre a alta proporção de mulheres idosas no Brasil. Observa-se que entre os anos de 2007 a 2014, dos trezentos idosos que participaram do grupo Roda da Saúde, duzentos e sessenta e quatro (264) representa o sexo feminino, o que corresponde a 88%, e trinta e seis (36) representa o sexo masculino, o que corresponde a 12%.

No que concerne à faixa etária, observamos que, no período analisado, as idades entre setenta e oitenta anos são prevalentes, correspondendo a 51% dos idosos do grupo. Este dado vai ao encontro dos dados do IBGE onde a média de idade dos brasileiros, em 2012, era de 74.6. Condiz, assim, com os resultados desse estudo, em que a média de idade dos idosos relaciona-se ao que Minayo (apud PEIXOTO, 2000) chama de quarta idade. É válido ressaltar que os autores chamam de terceira idade o grupo dos que têm de 60 a 69, que nesse estudo representou um índice de 34% e denominam de quinta idade, aqueles que têm acima de 80 anos, o que corresponde a 15%.

Os dados apresentados se devem ao fato de que a longevidade da população idosa no Brasil vem aumentando gradativamente. Esse crescimento é um fenômeno mundial relacionado à queda da fecundidade e ao aumento da longevidade, em função de avanços tecnológicos e sociais.

Quanto ao local de moradia, observamos que 74,33% dos idosos residem em sua maioria na área geográfica de abrangência da instituição. Esse fator pode estar associado à facilidade de acesso dos moradores idosos à instituição, já que moram no entorno da mesma. No geral, os idosos não são moradores das favelas existentes na região, o que permite inferir, juntamente com os dados de escolaridade destes idosos mencionado mais adiante, que o grupo Roda da Saúde atende a população menos empobrecida.

No que concerne à zona central da cidade, tivemos durante o período de 2007 a 2014, um número de idosos correspondente a 8,33% nesta área, já na zona oeste e zona sul, observamos que os idosos representam 8% e 6,33% respectivamente.

Sabemos que o processo de envelhecimento, às vezes, vem carregado de doenças e ou limitações que podem dificultar a acessibilidade do idoso aos locais mais distantes, esse fato pode dificultar ou impedir a participação de idosos que residem mais distante da instituição.

Por outro lado, a má qualidade do transporte público é um bom exemplo e também pode ser considerado um entrave para que a participação do idoso no Roda da Saúde se torne mais efetiva. Muitas vezes o idoso depende de alguém que o acompanhe e como isso nem

sempre é possível, o idoso fica impedido de participar de espaços de sociabilidade. Outro elemento que pode dificultar essa participação é a questão da violência urbana, que tem trazido insegurança para esse segmento.

A participação reduzida de idosos que moram distante da instituição pode ser observada nesse estudo. Foi possível perceber através da amostra uma pequena parcela de idosos, correspondente a 3%, que residem em outros municípios. Talvez esse fato possa relacionar-se aos entraves elencados acima.

É importante analisar a participação dos idosos de outras cidades, mesmo que represente um número reduzido. Isso talvez demonstre que os municípios não estão conseguindo oferecer atividades direcionadas à terceira idade, ou que essas não sejam de qualidade como outras instituições de referência.

Quanto à naturalidade, 54% dos idosos são naturais do Rio de Janeiro, 12,67% da região nordeste, 27% dos demais idosos são advindos do sul, norte e centro-oeste do país, sendo este percentual dividido entre as regiões e 6,33% são naturais de países como: Angola, Portugal e Itália, sendo os portugueses a maioria. Esse último dado representa nesse estudo a imigração de estrangeiros no Brasil, que tem muito a ver com a história do nosso país, ou seja, com sua colonização. Um dos fatores que contribuíram para a vinda dos imigrantes ao Brasil pode estar associado também às crises que esses países vivenciaram, tal fato fez com que as pessoas saíssem do país em busca de trabalho, para viver dignamente e aqui estão envelhecendo, buscando dar um novo significado à velhice, através da sociabilidade, o dado acima pode representar este fato.

No que se refere à escolaridade, verificamos que 25,67% possuem nível superior. Este número vem crescendo nos últimos anos segundo notícia veiculada em 24/03/2014 num programa de TV, onde aponta os dados do MEC (Ministério da Educação e Cultura) um crescimento de 40% de idosos no ensino superior.

Nesse estudo podemos verificar que a faixa etária dos idosos com ensino superior varia entre 65 a 75 anos, na maior parte. Observamos ainda que 36% dos idosos possuem ensino médio completo e os demais apresentam escolaridade primária completa e incompleta, sendo dois idosos analfabetos. Esses dados nos mostram que se somarmos o número de idosos com ensino médio completo e superior, teremos uma amostra de nível de escolaridade maior do que a média da população brasileira.

O elevado nível de escolaridade dos idosos participantes do grupo Roda da Saúde, em geral muito diferente da realidade da população que acessa os serviços públicos de saúde, nos permite inferir que boa parte do grupo advém das camadas médias da sociedade, muito embora também se verifique a presença de dois participantes analfabetos.

Quanto ao número de idosos morando sozinhos, observamos nesse estudo que esse número chega a 41,33%. Berzins (2003, p.32), afirma que há evidente aumento do número de idosos morando sozinhos. Diz a autora: “Em 1991, a proporção de idosos brasileiros que residiam sozinhos era de 15,4%; no último Censo, a proporção subiu para 17,9%, sendo a maioria mulheres, representando 67%”. Nesta direção, Camarano (2010) afirma segundo

dados da PNAD, que a tendência atual é que pessoas morem sozinhas, havendo, assim, um aumento de “ninhos vazios” (domicílios com idosos sem filhos).

Essa análise da autora pode estar relacionada à saída dos filhos de casa ao se casarem, ou quando adquirem alguma estabilidade. Do mesmo modo, o aspecto da viuvez também pode influenciar essa condição, atingindo na maior parte às mulheres. Entretanto, morar sozinho pode significar um risco social para o idoso, dependendo do seu grau de dependência.

No entanto, Berzins (2003, p.32) afirma que “o fato de muitas mulheres viúvas morarem sozinhas não deve ser encarado exclusivamente como sinônimo de solidão e abandono”.

Já a análise sobre idosos que moram com a família representou nesse estudo 55% e os 3,67% representam outros, ou seja, que moram com parentes ou amigos. Esses idosos que moram com a família muitas vezes são os provedores da mesma. Dados do IBGE (2010) mostram que “a maioria destes chefes de família da terceira idade é do sexo masculino (62,4%), tem idade média em torno de 69,4 anos e vive sob o mesmo teto com filhos ou enteados maiores de idade”.

Com base nos resultados apresentados, consideramos essencial destacar a importância que as práticas educativas têm na vida nos idosos. Como podemos observar nesse estudo, alguns avanços que vem ocorrendo estão relacionados com o investimento em programas e projetos voltados à saúde do qual o Roda da Saúde faz parte. Hoje o conhecimento e a informação têm relevante contribuição para a emancipação dos indivíduos enquanto cidadãos históricos e os espaços de socialização têm destaque nesse processo que, diga-se de passagem, é bastante positivo.

O Serviço Social e as Práticas Educativas

No âmbito do Serviço Social destacamos que o conhecimento do perfil da população usuária possibilita que os assistentes sociais apreendam as demandas referidas ao Serviço Social de maneira crítica, pois as questões referentes ao processo de envelhecimento não são isoladas, mas fazem parte de um contexto de desmonte de direitos e ações focalizadas por parte do Estado.

Nas práticas educativas o assistente social deve refletir junto com o usuário para que este consiga captar, na medida do possível, o movimento da realidade social e, conseqüentemente, participar, de forma consciente do processo de transformação dessa realidade enquanto ser histórico.

Para lutar por melhores condições de vida e de trabalho, não basta somente estar organizado. É necessário que os usuários tenham acesso a um saber que possa servir de base para instrumentalizá-los. Um ser humano crítico que saiba reivindicar e sabe o que está reivindicando torna-se mais capaz de apreender o movimento da realidade social e, assim, torna (mais) possível a viabilização de suas demandas.

Num espaço de trabalho como o grupo, o assistente social tem maiores condições para ampliar a sua prática, ou seja, tem condições de ampliar sua atuação do âmbito individual para o coletivo. Às vezes o que um usuário traz como demanda a ser respondida pelo as-

sistente social, ao mesmo tempo pode servir de esclarecimento ao outro e, assim, pode ser trabalhada coletivamente, tendo como finalidade a criação de alternativas para sua concretização. Para isso a prática do assistente social deve ser planejada, questionada e avaliada para que se desenvolva qualitativamente e coerente com os pressupostos éticos, teóricos e políticos que norteiam a profissão.

Nessa lógica, os indivíduos ao trazerem suas questões ao grupo, permite ao assistente social provocar a auto-reflexão. Como se pode fazer isso? Problematizando o que foi exposto, fazendo com que o sujeito se pergunte, questione sobre o seu cotidiano e de forma consciente e crítica reflita sobre suas condições de vida, bem como as formas coletivas de enfrentamento das desigualdades.

O fato de os usuários adquirirem conhecimento através da participação em grupos, possibilita ao mesmo uma maior segurança para a resolução de suas questões na busca de acesso aos direitos nos serviços disponíveis. Dessa forma o processo grupal através das informações e trocas de experiência pode favorecer ao usuário tornar-se mais engajado e desvendar determinada realidade.

Segundo MIOTO (2009), as ações socioeducativas realizadas no âmbito da intervenção profissional estão colocadas sobre dois pilares. Um diz respeito à socialização de informação no seu sentido mais amplo, considerando o direito do usuário a ter acesso e usufruir de todo o conhecimento socialmente produzido necessário para a melhoria das suas condições de vida. O código de **ética dos assistentes sociais de 1993, em seu 10º princípio afirma que é nosso dever enquanto profissionais exercer a ação cotidiana tendo** “Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional”, o outro se refere ao processo reflexivo desenvolvido no percurso da relação estabelecida entre profissionais e usuários, pautando-se no princípio de que as demandas trazidas à instituição por ações individuais ou através de grupos são matéria-prima para formação de consciências críticas.

Para isso é importante que o assistente social, enquanto profissional crítico e propositivo, questione constantemente à sua prática, tendo como responsabilidade a definição dos seus objetivos profissionais, baseando-se no conhecimento sobre a população usuária, conhecimento este que envolve os componentes da ação profissional, como por exemplo, o perfil geral desses usuários e as demandas explícitas pelos mesmos.

Acreditamos que para uma prática de qualidade e comprometida com os interesses da população usuária, é necessário que o assistente social articule as dimensões constitutivas da profissão, visando à criação de estratégias de enfrentamento das desigualdades sociais na qual os usuários estão inseridos. Por isso, os autores insistem tanto em enfatizar a necessidade de o assistente social estar em permanente processo de qualificação, ou seja, sempre em busca da decifração e desvendamento da realidade.

Considerações Finais

O aumento progressivo de idosos no país vem demandando dos profissionais da área da saúde, principalmente, qualificação teórica e técnica para atuar diante das questões do envelhecimento. Acreditamos que o conhecimento da população usuária do serviço contribui muito para a qualidade das ações. Dessa forma, torna-se essencial ampliar e garantir os espaços de participação social desses indivíduos, motivando-os cada vez mais a manter os direitos já conquistados através de muita luta ao longo dos anos, bem como a conquista de novos direitos.

Esperamos que este modelo de promover saúde, que visa à integralidade da atenção, a intersetorialidade e a interdisciplinaridade, inclusive presente nas legislações, se expanda nas demais esferas da sociedade, tendo em vista atingir um número maior de idosos, permitindo a eles possibilidades para efetivação da participação social e da cidadania.

Por fim, as ações socioeducativas amparadas pelas dimensões ético-políticas, teórico-metodológicas e técnico-operativas contribuem para que os usuários do Serviço Social também apreendam a realidade de maneira mais crítica e consciente, e dessa forma, possam exercer o protagonismo de suas próprias vidas.

REFERÊNCIAS

- BERNARDO, M. H. J.; ASSIS, M. Saúde do Idoso e a integralidade da atenção. In: Marco José de Oliveira Duarte; Carla Cristina Lima de Almeida; Giselle Lavinias Monnerat; Rosimary Gonçalves de Souza. (Org.). Política de Saúde Hoje: Interfaces & Desafios no Trabalho de Assistentes Sociais. 1ª ed. Campinas: Papel Social, 2014, v. 1, p. 317-333.
- BERZINS, M.A.V.S. Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada. *Serviço Social e Sociedade*. 2003; 24(75 esp. Velhice e Envelhecimento). São Paulo: Cortez, 19-34
- CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica, Rio de Janeiro, 2002.
- FERREIRA, D. S. Perfil dos idosos participantes do Grupo Roda da Saúde: uma análise dos últimos dez anos de existência do grupo. Trabalho de Conclusão de Curso - Faculdade de Serviço Social /UERJ, janeiro, 2016.
- MINAYO, M. C. de S. & COIMBRA JR, Carlos Everaldo Álvares. Introdução: entre a liberdade e a dependência – reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: MINAYO, M. C. de S. & COIMBRA JR., Carlos Everaldo Álvares (orgs.). Antropologia, Saúde e Envelhecimento. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.
- MIOTO, R.C.T. Orientação e acompanhamento social a indivíduos, grupos e famílias. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.
- VERAS R.P, País jovem com cabelos brancos: a Saúde do Idoso no Brasil, Relume-Dumará/UERJ, Rio de Janeiro, 1994.

Sites consultados:

WWW.IBGE.GOV.BR (dados do censo de 2010 e PNAD) acesso em 22/11/2015.

REFLEXIONES EN TORNO AL EMPODERAMIENTO DE LOS ADULTOS MAYORES: RELATO DE UNA EXPERIENCIA.

Lic. Ferraris, Luciana⁵⁵; Lic. Guzzetti, Marina⁵⁶;
Lic. Portaluppi, Valeria⁵⁷ ; Lic. Torrez Soledad⁵⁸

RESUMEN

El presente trabajo tendrá como objetivo la problematización de la noción de empoderamiento en el campo del trabajo con Adultos Mayores a la luz de una experiencia de un taller de reflexión implementado en un Centro de Salud y Acción Comunitaria del barrio de Floresta, dependiente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, enmarcado en las propuestas de talleres del Programa de Salud para Adultos Mayores.

Contemplando el empoderamiento como un proceso de reconstrucción de las identidades de los Adultos Mayores, se analizarán los objetivos del proyecto que da forma al taller de reflexión en vistas de establecer si los mismos contribuyen al desarrollo de empoderamiento, y en qué niveles del mismo, es decir personal, de relaciones próximas y colectivo.

Con este fin, se explorará la forma en la que la participación y la reflexión sobre cuestiones ligadas al proceso de envejecimiento contribuye al fortalecimiento de las redes, a la construcción de nuevas significaciones de la realidad y del ciclo vital, y genera herramientas para transitar activa y protagónicamente la vejez.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene la finalidad de problematizar la noción de empoderamiento en el campo del trabajo con personas Adultas Mayores. Nos serviremos para ese fin de la experiencia del Grupo de Reflexión, un taller orientado a adultos mayores de 60 años llevado a cabo por la Residencia Posbásica Interdisciplinaria en Gerontología (RPIG)[1], dependiente del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (GCABA).

La RPIG forma parte del equipo del Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 36 (CeSAC), perteneciente al área programática del Hospital General de Agudos Dr. D. Vélez Sarsfield, ubicado en la región noroeste de la CABA. El área del CeSAC se corresponde con la comu-

⁵⁵ Correo electrónico: Luciana_ferraris@hotmail.com

⁵⁶ Correo electrónico: marinaguzzetti@hotmail.com

⁵⁷ Correo electrónico: valeriaportaluppi@hotmail.com

⁵⁸ Correo electrónico: soltorrez1984@gmail.com

na 10, una de las más envejecidas de la CABA, ya que su porcentaje de personas adultas mayores asciende a 25,4%, es decir, uno de cada cuatro individuos es mayor de 60 años.

El Grupo de Reflexión funciona desde el año 2012, coincidiendo sus inicios con el momento en el que la RPIG se integra al CeSAC. El mismo se incluye dentro del conjunto de talleres ofrecidos enmarcados en el Programa de Salud del Adulto Mayor (ProSAM) que funcionan en el Centro de Salud con la particularidad de que se trata del único dispositivo que no se desarrolla dentro de la institución. El Grupo de Reflexión tiene una frecuencia semanal y su modalidad de ingreso es abierta, permitiendo la incorporación permanente de nuevos integrantes en cada encuentro.

El objetivo del taller está orientado a favorecer procesos crecientes de autonomía (Czeresnia, 1999)[2] de los participantes, problematizando temáticas relacionadas al proceso de envejecimiento, intercambiando puntos de vista y experiencias. Asimismo, se propone contribuir al desarrollo de un modelo de cuidado de carácter integral, procurando la democratización de los vínculos entre el equipo de salud y la comunidad. Pretende generar un espacio donde abordar cuestiones ligadas al proceso de envejecimiento y dar lugar a la construcción de nuevas significaciones de la realidad y del ciclo vital y co-construir herramientas para transitar activa y protagónicamente dicho proceso. A su vez, se busca propiciar que lo reflexionado en cada encuentro pueda exceder los límites del taller y generar nuevos posicionamientos en diferentes ámbitos cotidianos.

El grupo y las redes en el trabajo con adultos mayores

Más allá de los objetivos explícitos del grupo de reflexión, existe un objetivo implícito, común al resto de los talleres del ProSAM, que es el de propiciar un espacio de pertenencia grupal y fortalecimiento de redes sociales desde una perspectiva de salud integral con el fin de favorecer un envejecimiento activo. Partiendo de este objetivo, nos interesa abordar en el presente trabajo los efectos producidos en la conformación de las redes sociales de quienes participan en el Grupo de Reflexión.

En la actualidad la relación entre Redes Sociales y Adultos Mayores se aborda desde diversos ámbitos (tanto académicos como asistenciales) y teniendo en cuenta diversos factores. Entre las dimensiones que dieron lugar a esta articulación podemos ubicar los siguientes: crecimiento demográfico de personas adultas mayores; caracterización de la vejez como etapa susceptible de experimentar un debilitamiento de las redes sociales debido a pérdidas; resultados de investigaciones que ponen de manifiesto que la existencia de una red social no necesariamente implica apoyo y contención.

Si bien la conceptualización de las redes sociales ha atravesado diferentes etapas y líneas teóricas, en el marco de este trabajo nos basaremos en la línea propuesta por Elina Dabas quien refiere que la noción de red social “implica un proceso de construcción permanente, tanto individual como colectivo. Es un sistema abierto, multicéntrico, que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo (...) y con integrantes de otros colec-

tivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades” (Dabas, 1998).

Al referirse a las características dominantes que debe tener una red, la autora menciona las siguientes: adaptabilidad, flexibilidad, apertura, horizontalidad, fluidez y espontaneidad de las relaciones. Teniendo en cuenta estas características, desde la coordinación se promueve que el ambiente generado en el Grupo de Reflexión cuente con dichos atributos, donde la palabra pueda circular en un marco de respeto y escucha mutua apuntando a construir posicionamientos flexibles y tolerantes respecto de las diferencias. A su vez Carlos Sluzki, define a las redes de la siguiente manera: “una red social personal es la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad” (Sluzki, 1996), refiere, además, que la misma contribuye al reconocimiento de la persona como individuo y constituye un factor fundamental para la experiencia de identidad, bienestar, competencia y protagonismo.

En línea con lo que plantean los autores citados, el Grupo de Reflexión es un taller pensado desde la perspectiva de promoción de la salud donde se considera que los espacios grupales actúan como un factor que favorece el bienestar donde el establecimiento de vínculos entre pares puede promocionar una experiencia enriquecedora. De este modo, se trabajan diferentes temas de interés que los participantes proponen, constituyéndose así en una práctica subjetivante y en un espacio donde se pueda poner en juego el reconocimiento de la persona en tanto individuo protagónico de su experiencia. Estas temáticas, generalmente, están atravesadas por la condición de ser personas adultas mayores, entre ellas se destacan: la jubilación, las redes y los vínculos entre pares e intergeneracionales, la sexualidad, las búsquedas de deseos y proyectos, entre otros. En este sentido, Sluzki refiere que “existe evidencia comprobada de que una red personal estable, sensible, activa y confiable protege a las personas de las enfermedades, actúa como agente de ayuda y derivación, afecta la pertinencia y la rapidez de la utilización de los servicios de salud, acelera los procesos de curación y aumenta la sobrevivencia, es decir es salutogénica. Podemos afirmar que existe una correlación directa entre calidad de red social y calidad de la salud” (Sluzki 1996).

Desde esta conceptualización respecto a la importancia de las redes sociales, y advertidas de los beneficios positivos que reporta a la subjetividad el formar parte de un grupo y contar con una red social, incluimos en la planificación distintas actividades que apuntan a la conformación de redes. Por un lado, intentando propiciar un espacio cálido e interesante, que renueve cada vez las ganas de seguir siendo parte de este grupo, por otro lado, proponiendo actividades que necesariamente impliquen reunirse por fuera del horario del taller (por ejemplo, ver una película sobre la cual se trabajará en el próximo encuentro, realizar una consigna grupal, etc). Nos servimos de estas actividades con la intención de generar un encuentro que vaya más allá de las mismas. Hasta el momento, dichas intervenciones, han sido exitosas en su objetivo de generar redes entre los miembros del grupo. Efectivamente, los encuentros han trascendido la tarea propuesta y comenzaron a configurarse, en algunos casos, lazos de amistad y realización de planes de esparcimiento organizados entre ellos.

Dicho proceso de enriquecimiento de la red implicó que los participantes comenzaran a brindarse apoyos mutuos, desde aquellos de tipo emocional como la compañía y el consejo, como otros más instrumentales, desde acompañarse a hacer un trámite o informarse acerca de cómo conseguir un recurso o servicio determinado.

De este modo, el Grupo de Reflexión se configura como un dispositivo, que si bien parte desde una intervención institucional y formal, apunta a que se conformen redes de orden informal, que se sostengan más allá del grupo y la tarea que los convoca. A pesar de que es imprevisible saber cuáles son los encuentros que se producirán, nuestro interés radica en habilitar las condiciones para que los mismos se produzcan, sostengan y sean un factor de enriquecimiento subjetivo de quienes participan de este espacio, al decir de Elina Dabas y Néstor Perrone: “Lo importante es que los propios actores involucrados en esas organizaciones tomen conciencia de la existencia de esas redes, al igual que los administradores que generan intervenciones para su mayor efectividad” (Dabas, Perrone: 1999, 4).

Repensando el concepto de empoderamiento

Consideramos que una red social es fundamental para promover procesos de autonomía, de bienestar y calidad de vida, en esta perspectiva, destacamos la conceptualización de Arias (2013) quien sostiene que “la formación de redes, la participación en variadas organizaciones y la integración comunitaria tienen estrecha relación con los procesos de empoderamiento en los adultos mayores”[3]. Asimismo, sostenemos que no es sólo a través del enriquecimiento de la red social que se contribuye al empoderamiento sino que dicho proceso requiere de otras dimensiones.

Durante la vejez se producen ciertos cambios en el ámbito social y subjetivo de las personas, propias del proceso de envejecimiento. Sin embargo, más allá de las transformaciones a nivel personal, existe una dimensión relacionada con las representaciones sociales, ya que estas actúan como factores condicionantes de las posibles maneras de sobrellevar esta etapa de la vida. De esta manera, las ideas referidas a la improductividad laboral, la actitud pasiva, la pérdida de capacidad intelectual y física generan en el imaginario social la concepción de que las personas adultas mayores ya no pueden desempeñar determinados roles. En consecuencia, se puede afirmar que los estereotipos y prejuicios actúan de manera negativa sobre la actitud de los adultos mayores mientras que las miradas positivas sobre la vejez representan una herramienta que habilita mayores posibilidades.

Teniendo en cuenta estas concepciones, el trabajo planteado con los adultos mayores que acuden al Grupo de Reflexión toma en consideración la noción de empoderamiento. Al respecto, Iacub (2010) plantea que este concepto cobra relevancia al permitir develar las relaciones de poder inscriptas en los estereotipos y prejuicios en relación al envejecimiento. El autor sostiene que determinados usos del poder pueden repercutir de manera negativa o positiva en la construcción social de la identidad durante la vejez, por ello, es importante poder deconstruir las ideas plasmadas en el imaginario social. De este modo, el empoderamiento se plantea como un proceso que implica la revisión y problematización de ciertos códigos

culturales que produce un cambio de orden ideológico y social; conlleva el incremento de la autonomía y del auto concepto, permitiendo un mayor ejercicio de roles sociales y también de derechos.

Consideramos entonces que el empoderamiento es un proceso que se debe favorecer desde los equipos de salud, contrarrestando los estereotipos negativos sobre la vejez, favoreciendo representaciones positivas, promoviendo la participación comunitaria a partir de espacios que permitan a los adultos mayores expresarse, impartir sus opiniones y experiencias. En esta línea, Chapela Mendoza (2007) sostiene que el concepto de promoción de la salud es clave para el fomento del empoderamiento en la comunidad ya que la promoción de la salud emancipatoria[4] considera a los seres humanos como sujetos éticos capaces de construir conocimiento independientemente de los expertos o instituciones, y en base a ese conocimiento, dar significado, valor y sentido a su mundo y práctica.

Si bien desde los equipos de salud se pueden generar espacios que posibiliten un proceso de empoderamiento por parte de los adultos mayores, también es cierto que las posibilidades muchas veces son limitadas ya que la trama social conlleva ciertas representaciones negativas sobre la vejez difíciles de deconstruir. Desde los espacios de poder las representaciones relativas a la edad que se matizan como positivas son aquellas que destacan a la juventud como un ideal, imponiendo ciertos modelos a las personas adultas mayores que los condicionan y actúan, en definitiva, como un proceso desempoderante. En relación con esto, uno de los objetivos del Grupo de Reflexión es el de problematizar temáticas relacionadas al proceso de envejecimiento. Encuentro tras encuentro se intentan desarmar los mitos, prejuicios y estereotipos relacionados a la vejez, que no sólo se sostienen “desde afuera” sino que muchas veces son sostenidos por los mismos adultos mayores. Se trata de propiciar que en lugar de las creencias “viejistas”, que tal vez nunca antes habían sido problematizadas, emerjan otras acordes a la realidad efectiva de los Adultos Mayores del grupo. Consideramos que este trabajo genera efectos de empoderamiento, ya que al decir de Iacub, “empoderar implica deconstruir un discurso para volverlo a conformar desde otra ideología y, fundamentalmente, intentando que aquello que era marginal se vuelva central”. Esto permite entender al empoderamiento como proceso de reconstrucción de las identidades ya que supone la atribución de un poder, sensación de mayor capacidad y competencia para promover cambios en los niveles personal y social.

Entendemos que la concepción de empoderamiento que se sostiene en el presente trabajo difiere de la concepción tradicional, que lo piensa con alcances más amplios a nivel sociopolítico, pero consideramos, a partir de los desarrollos de Iacub[5], que el proceso de empoderamiento que se propicia en el Grupo de Reflexión se expresa en los niveles personal, ya que tiene efectos en la autoestima, la confianza, y el sentido de capacidad de las personas y de relaciones próximas, ya que promueve nuevos posicionamientos en la red de relaciones de cada integrante.

Si bien es difícil dar cuenta de qué grado de empoderamiento puede producir la participación en este espacio, hay ciertas actitudes que podrían ser índice del proceso de deconstrucción

de sentidos: los participantes se definen como “generación bisagra”, lo explican diciendo que su generación es testigo de dos momentos históricos, a los cuales nombran como “antes” y “ahora”, muy diferenciados respecto de determinadas coordenadas que organizan el contexto social: posición de la mujer; tipos de familia, modalidades de experimentar la sexualidad, formas de vivir la propia vejez. Al debatir respecto de estos puntos, hacen énfasis en el contexto que habilitó o no determinadas elecciones. En este sentido, entendemos que esta posición refleja la deconstrucción de un discurso que “antes” fue hegemónico.

CONCLUSIONES

Consideramos que el concepto de empoderamiento representa uno de los pilares fundamentales a la hora de planificar proyectos destinados a las personas adultas mayores ya que ello implica la intención de propiciar un proceso creciente de autonomía que repercuta de manera positiva y salutogénica sobre los mismos. Asimismo, reconocemos las dificultades y limitaciones que muchas veces tienen los equipos de salud debido a prácticas institucionales, representaciones sociales que devienen en prejuicios y estereotipos respecto a las personas adultas mayores, al proceso de envejecimiento y a la vejez como etapa de vida. Por ello, planteamos que para poder tener al proceso de empoderamiento como horizonte de nuestras intervenciones es necesario contemplar espacios de debate, diálogo e intercambio al interior de los equipos en donde se reflexione respecto al envejecimiento.

Derrumbar las creencias negativas respecto a la vejez no es tarea fácil ya que los equipos de salud deben dialogar con sus propios prejuicios y estereotipos sobre esta población. La deconstrucción, y en definitiva, la transformación, requieren un proceso activo por parte de los profesionales de la salud que den cuenta de nuevas miradas sobre el envejecimiento, que puedan ser capaces de debatir con aquellas ideas que consideran a la vejez como una etapa vulnerable. En esta línea, es importante destacar que la intervención, pensada como dispositivo, no puede desprenderse de la sociedad en la que se enmarca, e implica una serie de acciones, mecanismos y procesos que construyen representaciones y construcción de ese “otro” sobre el que se interviene. Es por eso que se vuelve fundamental tener los ya mencionados espacios de debate y reflexión donde repensar la práctica a fin de que los preconceptos sobre la vejez y las ideas arraigadas no condicionen nuestras intervenciones y no se contradigan con el objetivo que intentamos promover. Por supuesto, abogamos por la planificación de una política pública que intente transformar las creencias sociales negativas por otras positivas, integradoras y participativas.

Teniendo en cuenta la perspectiva de una práctica empoderante, promovemos una participación activa por parte de los adultos mayores que forman parte de este taller mediante la evaluación de los módulos trabajados y la propuesta de nuevas temáticas a abordar. De este modo, ellos mismos proponen los tópicos para los siguientes encuentros y votan cuál de ellos les interesa más. Esta es una manera posible que encontró el equipo coordinador para que estén realmente representados sus intereses y evitar caer, así, en posiciones que promuevan la asimetría entre el equipo de salud y la comunidad, también para evitar una

supuesta posición de profesionales “expertos” que saben sobre aquello que les sucede a los adultos mayores. Somos conscientes que existen muchas otras modalidades, esta es una posible. Nuestro objetivo es que se pongan en juego sus voces y que el intercambio entre los adultos mayores tanto con sus pares como con el equipo coordinador, puedan generar un proceso de enriquecimiento mutuo, partiendo de la concepción de que el encuentro con otros propicia necesariamente un proceso de empoderamiento.

Referencia bibliográfica

Arias, C. J.; Iacub, R.; (2010). El empoderamiento en la vejez. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, Noviembre-Abril, 25-32.

Arias, C. (2013b). El apoyo social en la vejez: la familia, los amigos y la comunidad. *Revista Kairós Gerontología*, 16(6), 25-40.

Arias, C. y Soliverez, C.; (2009) “VII Jornadas de psicología de la tercera edad y la vejez. Desafíos y logros frente al bien-estar en el envejecimiento. Aportes de la Estrategia a un trabajo interdisciplinario en Gerontología”. Eudeba; Buenos Aires

Czeresnia, D. (2006) “El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción”. *Cuadernos de Salud Pública*, 15(4): 701-710.

Dabas, E., & Perrone, N. (1999). *Redes en salud*. Córdoba, Argentina, Escuela de negocios FUNCER, Universidad Nacional de Córdoba, 3.

Sluzki, C.; “La Red Social: frontera de la práctica sistémica”. Editorial Gedisa; Barcelona 1998

Chapela Mendoza, M. (2007); *Promoción de la salud. Un instrumento de poder y una alternativa emancipatoria. Temas y desafíos en Salud Colectiva*. Buenos Aires, 2007.

[1] La RPIG consiste en un programa de capacitación en servicio de dos años de duración dirigido a profesionales egresados de todas las residencias del equipo de salud. La misma surge como consecuencia del progresivo envejecimiento poblacional de la CABA y la necesidad de formar profesionales que respondan a esta nueva demanda, basándose en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS).

[2] Czeresnia, D. (2006) “El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción”. *Cuadernos de Salud Pública*, 15(4): 701-710.

[3] Arias, C. (2013b). El apoyo social en la vejez: la familia, los amigos y la comunidad. *Revista Kairós Gerontología*, 16(6), 25-40.

[4] Chapela Mendoza utiliza el concepto de apoderamiento distinguiéndose de la concepción de empoderamiento ya que sostiene que este último deviene de los organismos oficiales donde existe un predominio de dominación sobre la población y no un verdadero sentido de autonomía y autocepto.

[5] Arias, Claudia Josefina; Iacub, Ricardo; (2010). El empoderamiento en la vejez. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, Noviembre-Abril, 25-32.

¿ENVEJECIMIENTO DEPENDIENTE O EMPODERAMIENTO?

Emilio Luis Gaviria Lareo⁵⁹
Lic. en Servicio Social

RESUMEN

A los 82 años basado en hechos cotidianos y experiencias personales vividas, interactuando con pares al transitar junto a ellos el proceso de envejecimiento, “normal”, “exitoso”, “acelerado” o “lento” dentro del campo de la salud, el enfoque de problematización dado a los condicionamientos dominantes en decadencia, permite una aproximación crítica al tema.

Su objetivo es destacar las ventajas al potenciarse la capacidad de decisión de un viejo y de los viejos organizados por su salud y vidas, superando limitaciones propias y provenientes del medio socio-cultural para transformarse en actores sociales, con derechos, obligaciones y responsabilidades, de acuerdo con sus necesidades, que hasta ahora no han podido lograr por ser dependientes de la política, las corporaciones, los medicamentos y las creencias.

La propuesta está dirigida: 1. A mis pares, ningún poder que domina permite empoderamiento real, habrá que luchar. 2. Al colectivo de trabajadores sociales, “descubrir la dirección de los acontecimientos”, según Mao, sin hegemonismos, en contradicción, (el resultado electoral de 2015 con injerencia de los viejos en favor de la diversidad es un indicador) y “acompañar” a los protagonistas del envejecimiento, estimulándolos a autoafirmarse. 3. A las instituciones que ofrecen talleres de la memoria, recreación y similares, reservar el tiempo necesario para que se compartan saberes, quejas, temores, fantasías, esperanzas, proyectos, utilizando a la reflexión y práctica de las acciones necesarias, de manera tal que los viejos puedan “recrearse” a si mismos, con la autonomía que resulta de “equilibrar pérdidas con ganancias” por aprendizaje constante.

INTRODUCCIÓN

Se ha invitado a los profesionales y a los mayores a participar, socializando experiencias y sus producciones. Como trabajador social viejo presento la mía con enfoque singular, cotidiano, resultado del hacer personal que permita leer los hechos teniendo presentes estos anclajes para convalidar o no las teorías críticas actuales. Como trabajador social viejo presento la mía con enfoque singular, cotidiano, resultado del hacer personal que permita leer los hechos teniendo presentes estos anclajes para convalidar o no las teorías críticas actuales.

⁵⁹ Correo electrónico: egaviria2000@gmail.com

Me expreso en primera persona, como recurso terapéutico en catarsis literaria y utilizo el término objetivo de “viejo” para no emplear a otros eufemísticos o negadores.

Por pérdida de salud aceptada destaco la importancia del saber, la actitud personal y lo desarrollado en grupos de pares, con la finalidad de enfrentar problemas que son la vida misma, sin ceder a la angustia, miedos ciertos o ficticios, negatividad, así como a optimismos compulsivos. Siendo el conocimiento imprescindible, en su adquisición conviene aplicar la duda metodológica cartesiana, unida al apotegma de Buda: “No creas nada por el simple hecho de que muchos lo crean o finjan que lo creen, creerlo después de someterlo al dictamen de la razón y a la voz de la conciencia”.

Aquí expongo mi tránsito en envejecimiento, compartido con muchas personas dentro del sistema de salud vigente. ¿Qué hacemos los “pacientes” con nosotros mismos, inmersos en el orden impuesto. ¿Participamos en el proceso?. No puedo discutir los paradigmas médicos, psicológicos y conexos por ignorancia, que se transforma en ventaja al no estar condicionado por ellos, recurriendo a la observación, escucha, preguntas, participar, registros, de manera tal que en el relato de las vivencias se dan aspectos objetivos, interpretaciones subjetivas, conocimientos instituidos, (verdad oficializada) y cuestionados, (su crítica), en exposición heterodoxa libre, reflexionando sobre los resultados y qué hacer para vivir con la mejor calidad de vida posible y una especulación acotada sobre morir, “en trabajo anticipado de duelo por la propia finitud”. (Zarebski, G. pág. 159). Adhiero a que “La población mayor de 65 años es funcionalmente sana cuando ha podido oponer su peculiaridad de sujeto deseante a la determinación cultural”. (Salvarezza, La Vejez. Cap.10).

ENCUADRE

Envejecimiento progresivo de la población del país en aumento, reconocido y aceptado pacíficamente, sin previsiones de planificación de estado. Reparación de la pobreza oculta estadísticamente y su crecimiento. (UCA. Tiempo de Balance...pág. 11 y sig., julio 2016).

Datos del ANSES, sin verificar, señalaban que el número de jubilaciones y pensiones para el mes de diciembre/2015 era de 6.617.587 beneficiarios.

Se estima que la cifra actual, más de 6 millones de personas mayores de 60 años (5.7 millones en el Censo de 2010), para el año 2025 superará los 8 millones”. (UCA. El desafío... Año 2016, pág. 15).

En las elecciones nacionales del 25 de octubre de 2015 se encontraban habilitados para votar 32.130.853 habitantes y votaron 26048,446. (Dirección Nacional Electoral). De ellos, el 92,62% lo hicieron en favor de tres partidos políticos mayoritarios, el ganador con 55,54% y los opositores 43,56%, conformados en unión transitoria inestable.

Desde la restauración de los gobiernos constitucionales toman fuerza los derechos humanos, con inclusión especial de los viejos, concediéndose jubilaciones, pensiones, subsidios, extensión de prestaciones del PAMI y otras. Más “No basta que la política social garantice los derechos de los mayores, dado que gran parte de las mismas no cumplen lo que disponen”. (Paola, J. Reflexiones...pág. 22). Agrego, continuidad histórica de la tradición vigente

en país colonizado que iniciaron los conquistadores hispanos con las normas de la corona: se acatan, pero no se cumplen.

Para las elecciones de 2017 y las sucesivas, de no mediar actos ilegales, es necesaria la numerosa población de viejos dependientes, razón para otorgar beneficios a los mismos y conseguir sus votos de suma importancia, como colectivo amorfo manipulado con, (terminología polisémica), drogas = medicamentos = mentiras, que no ha podido alcanzar su auto organización en beneficio propio hasta el presente, aunque haya dado muestras distintas en 2015, cuyo alcance es conocido por quienes acceden a estadísticas ciertas, no difundidas.

Comparto la opinión de los autores que acercan la gerontología al trabajo social, por la falta de teorías generalizadas sobre sus actividades y en todos los esfuerzos críticos por correr los velos que ocultan a los aspectos políticos, de poder, de disciplina, control y vigilancia sobre el grupo etario al que pertenezco. (Iacub, R. La postgerontología..., pág. 156).

¿Y los trabajadores sociales qué rol tenemos?. En mail público, del 08/07/2016, el colega Norberto Alayón hizo público un interrogante. ¿El trabajador social es un político?. Algunas respuestas de Pablo Freire nos ilustran, “es un político por la objetividad de su práctica, aunque no lo sepa”, “...actor político que opera sobre lo social”. Realidad que acepto y comparto.

Educadores lo somos, es indudable, entre muchas otras actividades “líquidas”, que por su plasticidad penetran ejerciéndose con personas y grupos en distintas áreas de la sociedad.

Pero la palabra político es otra polisémica y cabe corporizarla como la persona que interviene en los asuntos públicos, con arte, capacidad, habilidad, para tratar a la gente. Por las circunstancias actuales, los personajes representativos del término se encuentran desacreditados, bajo sospecha, no es prudente confundirnos con ellos, ya que también arrastramos los asistencialismos: caritativos, filantrópicos, humanitarios, asépticos, capitalistas, militantes, que aún están presentes, sin superarse.

EXPERIENCIA:

1. Individual (aislado, una nada en lo político, actitud con voluntad de supervivencia.)

Al jubilarme, (66 años), la salud comenzó a declinar, paso por PAMI, una prepaga, luego me asocio a un hospital de comunidad de buen nivel y cuotas razonables. Dependo de la medicina, con intervenciones variadas, explicadas o no, exitosas, sin resultado, seguidas con obediente rigor.

Las características institucionales visibles están dadas por la organización cuasi industrial de servicios para un muy alto número de pacientes, profesionales con carencia de tiempo, sobrecarga de tarea, con turnos fijados y sobre turnos agregados, que los han transformado en “trabajadores de la salud” asalariados de gobiernos y empresas de todo tipo, por la imposibilidad de acceder a la tecnología compleja que exige recursos elevados. En su propio decir “estamos peor que un obrero”.

A fines de 2012, ACV isquémico hiper agudo con deterioro multidominio amnésico, déficits en atención, memoria, espacio- visual, funciones ejecutivas, aprendizaje. El tratamiento iniciado para Alzheimer fracasa. Al año siguiente, por iniciativa propia, se descubre bloqueo bifascicular de 1° grado. Los daños son irreversibles, no tienen medicación, sólo control periódico y ejercicios para mantenimiento cognitivo.

En el ACV interactúan distintos especialistas de neurología, clínica, psicología, geriatría, psicopedagogía, pero no trabajan en equipo interdisciplinario coordinado, ya que “el abordaje moderno de los fenómenos cerebrales es global, desde lo terapéutico no, está especializado en cada área”. (Argibay P. Notas de clase, 2013). Se le agrega la carencia de tiempo y otros factores individuales que entorpecen a lo multidisciplinario.

Durante las esperas escucho y converso con los otros pacientes preguntando por sus medicinas, sólo muy espaciadamente alguien responde que no toma, los demás lo hacen.

Se plantea un interrogante ¿Necesitan la medicación y/o la quieren, actuando los médicos en consonancia?. Salvarezza expresa que “La medicina no es una ciencia pura, sino que forma parte de un sistema económico y de poder...existe una cultura que favorece la utilización de los fármacos y que consiste en crear los hábitos de la enfermedad..., los médicos como simples distribuidores de medicamentos y medicación”. Por haber trabajado en un laboratorio internacional supe que las corporaciones controlan de modo cartelizado los mercados, influyendo sobre consumidores y profesionales. Así en el imaginario social inducido las medicinas aparecen como el mejor medio para proteger la salud y prolongar la vida. En 1999, se afirma: “Esta sociedad en la que vivimos es esencialmente patógena y ha producido una población fundamentalmente enfermiza”. “Los viejos son los mayores consumidores de drogas, mayores de 65 años que son el 12% de la población total, consumen el 37% de las drogas”. (Salvarezza, L. La Vejez. Cap. 7). Pregunto ¿cuál será el consumo de los jóvenes y los “kidults”? ¿En nuestra sociedad decaída hay correlación entre ellos y los viejos?.

Aplicando la valiosa enseñanza recibida en el curso de Psicogerontología (Escuela de Ciencias del Envejecimiento, Universidad Maimónides, 2010) y asesorado por profesionales fui reduciendo lentamente la ingesta de fármacos, hasta su completa supresión, utilizándolos de ser prescritos por necesarios. Diseño mi propio plan de vida tardío, - inicio recomendado entre los 40 y 50 años-, para hacer más lento el envejecimiento con la mejor calidad posible, en base a un esquema aquí simplificado, pero de desarrollo complejo, sobre cinco áreas:

- a. Alimentación;
- b. Movimiento, ejercicio, descanso;
- c. Pensamientos, sentimientos, emociones;
- d. Sociabilidad y
- e. Medicina.

Las cuatro primeras (95%) dependen de uno mismo y la quinta de los médicos, (Hitzig, J.F. Notas de clase. Bases del Programa Longevus de prevención gerontológica. Maimónides, 2010), conservando el poder de decisión, previas consultas orientadoras y el empleo de los

recursos institucionales programados, más otros, natación por artrosis generalizada y Chi Kung-Tai Chi por pérdida de la estabilidad.

2. Grupal (Interrelación, red de vínculos).

En Hospital de comunidad, pacientes con dependencia del sistema médico, a causa de funciones cerebrales afectadas. Por primera vez me integro como miembro a grupos cerrados, 4/7 personas, edades diversas, realizando ejercicios de rehabilitación específicos por deterioro cognitivo, desde 2013, en series y actividades establecidas, con rotación de un grupo a otro.

Predominio femenino, con pocas excepciones, personas de clase media, buen nivel de educación, individualistas, con preocupación por su salud. Los especialistas tratantes, (psicólogos, psicopedagogos) son jóvenes, con influencia positiva sobre el grupo y controles de neurología. No hay posibilidades de tiempo ni físicas para la interacción espontánea sostenida entre los asistentes, ni está prevista.

Los psicodiagnósticos son espaciados por su índole. Tuve que pedir uno porque percibí desmejoramiento, necesitando comprobar si la apreciación era correcta o no. Se verificó lo negativo autoevaluado.

Decido incrementar mis actividades, consulto, recibiendo advertencia psicológica por “hiperestimulación”. Concurro a dos Centros de Salud, dependientes de hospitales públicos de la Ciudad, (2014 al presente),- en el primero me aconsejaron ingresar también al segundo-, con grupos dedicados a: 1° Estimulación cognitiva en la tercera edad”, de ingreso libre y 2° “Taller de la memoria para adultos mayores”, con test previo sobre funciones mentales.

En los dos grupos, compuestos por 15 a 30 personas, entre los 60 y 90 años, hay predominio femenino, con presencia masculina, nivel sociocultural medio, medio bajo, la mayoría con tratamientos medicados, realizando ejercitación física, cognitiva, recreativa, bajo el liderazgo de profesionales jóvenes, médicas, psicólogas, trabajadora social y otros, con muy buena aceptación. La asistencia es fluctuante, con altas y bajas. En el grupo a cargo de dos neurólogas, continuo pedido de recetas. Cabe señalar que “Los efectos adversos de la medicación se incrementan con la edad y su incidencia es de 3 a 10% antes de los 30 años y del 22/23 % a los 70 años”. (Monczor, M. Notas de clase, Maimónides, 2010).

Los integrantes cumplimos las tareas asignadas, nos reconocemos en edad y limitaciones, en ambiente amistoso, con predominio de las individualidades.

Las actividades responden a planificación previa, ejercitación y dirección conforme a la misma. No hay tiempo para intercambiar experiencias entre los miembros, expresar sus ideas, sus temores, reflexionar en conjunto. En lo recreativo como diversión hay mayor flexibilidad, sin dar lugar a “recrearse”, como construcción personal compartida a fin de cubrir la necesidad de ser estimado por otros para reforzar la autoestima, sin exagerar, si se recuerda a Sartre, quien advirtió que “el infierno son los otros”.

Con cuidado los miembros evitan lo referido a la política, salvo bromas ligeras y a pesar que algunos tienen posturas firmes, no avanzan sobre los demás. Lo destaco porque difiere

del medio social agresivo, a fin de pasarla bien o lo expuesto por lacub más abajo. Se perfilan dos tendencias principales opuestas de los miembros en las reuniones: alegría con euforia juvenil y lentitud de expresión y movimientos.

No hay posibilidad de tratar inquietudes personales compartidas, aspecto interesante para develar pues se afirma que los mayores utilizan estrategias de "...enfrentamiento pasivo o evitativo...incapacidad de tener proyectos personales...creencia en el control externo...falta de convicción en la eficacia de la propia conducta...volvería al sujeto más influenciado a la coerción social..." (Iacub, R. UCA. Condiciones...Año 2015, pág. 151). Otro autor lo sintetiza: "Docilización social". (Salvarezza, L. El Envejecimiento, Cap. 11).

Los trabajadores sociales franco canadienses, por 1970 y los años siguientes, en su país de inmigrantes, tenían visión clara sobre movimientos sociales, partidos políticos, acciones comunitarias, movilizaciones, luchas, militantes, grupos, intelectuales, rol del estado, dentro del sistema y su actuación propia.(Lamoureux, H...pág. 19, 117 y sig.).

Las actividades frente a frente tienen efecto espejo, se ven con claridad las dificultades de los otros y con esfuerzo reflexivo, no exento de pesar, las propias, más conocimiento y aprendizaje práctico para desenvolverse adecuadamente. Pero "La critique fait peur à la plupart; l'autocritique encore plus". (Lamoureux, H. –et al-. L'Intervention, pág.182).

En sencillos juegos infantiles compartidos, con estímulos emocionales entre compañeros, conjugando capacidades y déficits pudimos encontrar estrategias y tácticas para resolver los ejercicios que se planteaban. Se generan relaciones de confianza mutua, valor fundante para la acción conjunta productiva y terapéutica.

Edgardo Rolla señala: "...el grupo de gente de edad: técnica profiláctica más eficaz para evitar que se descontrolen las ansiedades, tanto depresivas como paranoides...pero hay que incluir personas de edades variadas". (En Salvarezza, L. Psicogeriatría. Cap. 6).

En esta exposición cabe mencionar a los "hogares para ancianos", que aumentan con el incremento en la cantidad de los mismos y su aceptación por la sociedad. Un especialista manifestó que "los controles en los geriátricos son laxos, porque en caso contrario los viejos quedarían en la calle". (Apuntes de clase, Maimónides, setiembre/2010).

CONCLUSIÓN Y PROPUESTA

El número de pobres y de viejos sujetos dependientes de las políticas se incrementa sin que se diseñe planificación de estado firme, partiendo del presente hacia el futuro.

No hay cierre aquí sino recomienzo sostenido en el análisis y tratamiento de los problemas por medio del diálogo, la reflexión y el trabajo consiguiente. Por ello propongo:

1. A mis pares en edad

- a. Enfrentar de manera personal, y con ayuda, los problemas cotidianos de envejecimiento y de salud, con capacidad de decisión propia.

- b. Mantener el dominio sobre su vivienda, bienes, amistades, medio circundante, asistencia, tomando las disposiciones necesarias, en forma legal, con previsión a futuro.
- c. Reflexionar retrospectivamente haciendo balance como sujetos de las políticas gubernamentales, acerca de los derechos - beneficios concedidos y lo logrado por esfuerzo propio.
- d. Validar el número creciente de sus votos, apropiándose como colectivo organizado de su fuerza electoral, sobre la base de sus necesidades e intereses, ya que el esfuerzo individual es indispensable pero no suficiente para resolver los problemas comunes.

2. A mis colegas

- a. Reconocer que siempre hemos sido “asalariados”, el compartir esta denominación es un avance que convive con los asistencialismos caducos y los reclamos “militantes”.
- b. Reflexionar acerca de las tendencias en la marcha de nuestra sociedad conservadora, decadente, desorganizada por conflictos de poder, ya que: se mantiene en esta declinación fluctuante o se instala un orden nuevo liderado por un extremo de las opciones ideológico-económicas en pugna.
- c. Trabajar con los viejos grupalmente, en espacios amigables, dejando de lado las técnicas directivas y de liderazgo que refuerzan la dependencia y el control sobre ellos.
- d. Acompañarlos emocionalmente, estimular el ejercicio de las capacidades individuales y de conjunto, para que los mismos actores del proceso resignifiquen la vejez, asociada a la enfermedad y carencias, con confianza en si mismos y en sus pares.

3. A las Instituciones

- a. Evaluar los resultados de sus tareas con viejos, programadas por los gobiernos, que uniformizan, y otras entidades religiosas, sociales, culturales, políticas, económicas, donde se pueden diversificar o seguir al poder dominante.
- b. Ampliar el alcance de las actividades que desarrollan, extendiéndolas a la producción propia de los participantes, con diálogos, debates sobre situaciones de vida, que puedan aclarar dudas, comentar experiencias, accionar con errores y aciertos en libertad.

Referencia bibliográfica

- Argibay, Pablo. Notas de clase. Curso de Post Grado Cerebro Humano y aprendizaje: la plasticidad cerebral. Escuela de Medicina. Hospital Italiano. Bs.As. 2013.
- Hitzig, Juan F. Notas de clase. Curso de Psicogerontología. Bases del programa Longevus de Prevención Gerontológica. Escuela de Ciencias del Envejecimiento. Universidad Maimónides. Buenos Aires. 2010.
- INDEC. Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de los Adultos Mayores. 2012. ENCAVIAM. Serie Estudios INDEC n° 46.
- Iacub, Ricardo. La Postgerontología Revista Latinoamericana de Psicología. Vol. 34 n° 1-2. Colombia. 2002.
- Iacub, Ricardo. Reflexiones, pág. 150-152. CONDICIONES DE VIDA E INTEGRACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES ¿DIFERENTES FORMAS DE ENVEJECER O DESIGUALES OPORTUNIDADES DE LOGRAR LA VEJEZ DIGNA?. UCA. ODSA. Buenos Aires, 2015.
- Lamoureux, Henri; Mayer Robert; Panet-Raymond, Jean. L'Intervention Communautaire. Ed. Saint-Martin. Montréal. (Québec). 1992.
- Monczor, Miriam. Notas de clase. Curso de Psicogerontología. Escuela de Ciencias del Envejecimiento. Universidad Maimónides. Buenos Aires. 2010.
- Paola, Jorge. [et al]. Reflexiones en torno al trabajo social en el campo gerontológico: tránsitos, miradas e interrogantes. 1ra. Ed. Bs. As. Universidad de Buenos Aires. 2012. E-Book.
- Salvarezza, Leopoldo. El envejecimiento. Psiquis, poder y tiempo. Eudeba. Bs.As. 2001.
- Salvarezza, Leopoldo. La Vejez. Paidós. Bs. As. 1998.
- Salvarezza, Leopoldo. Psicogeriatría. Teoría y Clínica. Paidós. 1999.
- UCA. ODSA. CONDICIONES DE VIDA E INTEGRACIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES. ¿DIFERENTES FORMAS DE ENVEJECER O DESIGUALES OPORTUNIDADES DE LOGRAR UNA VEJEZ DIGNA?. Serie del Bicentenario (2010-2016). Año IV. Bs.As. febrero de 2015
- UCA. ODSA. EL DESAFIO DE LA DIVERSIDAD EN EL ENVEJECIMIENTO. Familia, sociabilidad y bienestar en un nuevo contexto. Serie del bicentenario (2010-2016). Año V. Bs. As. Mayo de 2016.
- UCA. ODSA. TIEMPO DE Balance: Deudas Sociales Pendientes al Final del Bicentenario. Necesidad de atender las demandas del desarrollo con mayor equidad e inclusión social. Serie del bicentenario (2010-2016). Año VI. Bs. As. Julio de 2016.

CAPÍTULO 5
EXPERIENCIAS EN
EL TERRENO DE LA
FORMACIÓN PARA LA
INTERVENCIÓN CON
PERSONAS MAYORES

PRÁCTICAS PRE-PROFESIONALES EN EL CAMPO GERONTOLÓGICO. ENTRE DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES”

Patricia Pavón Rico⁶⁰; Pamela Rearte⁶¹; Micaela Farre⁶²; Javier Núñez; Martin Calabrese⁶³; Alberto Trigilli⁶⁴; Mariza Rico⁶⁵; Laura Reyes⁶⁶; Sandra Robledo⁶⁷; María Zarza⁶⁸; Griselda Correa⁶⁹; Alejandra Giménez⁷⁰

(Equipo docente de la materia Practica I y Práctica II de la Universidad Nacional de la Matanza)

RESUMEN:

El presente trabajo tiene por objetivo describir y analizar los procesos de investigación acción en los que participaron los diferentes actores que intervienen en las prácticas pre profesionales: [u1] Práctica I (Individual y familiar) y Práctica II (Grupo y comunidad), de la Lic. en Trabajo Social, de la Universidad Nacional de la Matanza.

Asimismo, se considera a este espacio una oportunidad para socializar el impacto que es posible generar desde la intervención del Trabajo Social como disciplina comprometida con la defensa y promoción de los derechos humanos, con la situación territorial, con las necesidades de la ciudadanía en general, y de los adultos mayores en particular. Asumir dicho reto en un proceso de formación profesional, implica el desarrollo de estrategias pedagógicas específicas, flexibles a las permanentes transformaciones que la misma población promueve y demanda. Un Trabajo Social crítico que interviene desde la perspectiva de la complejidad.

Para arribar al objetivo mencionado, luego de un trabajo de recupero y sistematización de las distintas experiencias de prácticas desarrolladas por los estudiantes en las mencionadas materias, entre los años 2011 y 2016, se focalizó en dos instituciones que presentan trayectoria de trabajo con las prácticas antes mencionadas, con adultos mayores: el “Hogar San Martín” ubicado en el Barrio La Paternal (institución dependiente de la Subsecretaría de Tercera Edad del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) y el Centro Integral

⁶⁰ Correo electrónico: patriciapavonr@yahoo.com.ar

⁶¹ Correo electrónico: pamexuno@yahoo.com.ar

⁶² Correo electrónico: micaelafarre@gmail.com

⁶³ Correo electrónico: amcalabre@gmail.com

⁶⁴ Correo electrónico: albertotrigili@hotmail.com

⁶⁵ Correo electrónico: mariza.rico@gmail.com

⁶⁶ Correo electrónico: reyesla04@yahoo.com.ar

⁶⁷ Correo electrónico: sanrobledos@yahoo.com.ar

⁶⁸ Correo electrónico: ml_zarza@yahoo.com.ar

⁶⁹ Correo electrónico: griseldacorrea2@gmail.com

⁷⁰ Correo electrónico: gimenez.alev@gmail.com

San Gerardo (Asociación Civil sito en la Localidad de Rafael Castillo, Partido de La Matanza, Pcia. de Buenos Aires).

INTRODUCCIÓN:

Se considera que el espacio de las prácticas profesionales debe ofrecer a los estudiantes de la carrera de Trabajo Social la posibilidad de integrar, de forma paulatina y progresiva, los conocimientos teóricos – metodológicos e instrumentales adquiridos en las diversas asignaturas que componen el Plan de Estudios, con las enseñanzas prácticas de los mismos para un desempeño eficaz e integral del rol profesional. El contenido de las enseñanzas debe estar orientado a que los estudiantes logren aplicar la metodología del Trabajo Social en el abordaje de las problemáticas que emergen en el contexto institucional en el que realizan la práctica. Si bien se considera a la intervención profesional como una práctica socialmente construida, complementando la diversidad de métodos, técnicas y niveles de abordaje, es a los fines pedagógicos que en cada cuatrimestre (tal como lo prevé el diseño del actual plan de estudios) se procurará el conocimiento y entrenamiento de aquellas herramientas que resulten específicas a cada nivel (individual-familiar; grupo-comunidad; organizaciones; proyectos).

Para tal fin, la cátedra evaluará preliminarmente las demandas y expectativas que presentan las instituciones que se proponen como centros de práctica, identificando y acordando los niveles en los que resulte pertinente actuar. Entre docentes, referentes y practicantes se definirá si específicamente resulta posible un abordaje personalizado / familiar / grupal y/o comunitario, formulando y ejecutando una propuesta de intervención y evaluando sus resultados.

Se articulará con el Área de Prácticas a fin de consensuar objetivos, estrategias y acciones para el desarrollo de las Prácticas Pre-profesionales. Asimismo se articulará en forma permanente y sistemática entre ambos niveles de prácticas (I y II) que dependen de esta cátedra, con encuentros entre ambos equipos de cátedra a fin de ir generando acuerdos con los centros de prácticas que favorezcan el establecimiento de una relación dialógica entre los actores involucrados. Asimismo, se articularán acciones con los subsiguientes niveles de prácticas (III y IV) con los talleres que preceden y con la materia teórica complementaria, que para este caso es Trabajo Social III (Individuo y Familia) y Trabajo Social IV (Grupo y Comunidad).

Estas prácticas debieran llevarse a cabo en el marco de dispositivos institucionales gubernamentales y no gubernamentales, dedicados a la promoción, la asistencia, la protección, el abordaje socio-terapéutico, de personas, familias, grupos y comunidades, particularmente aquellos que presentan indicadores de riesgo, vulnerabilidad y exclusión social.

Pensar la especificidad del Trabajo Social con personas, familias, grupos y comunidades nos lleva a destacar: 1) la intervención social como composición de tramas de relaciones, que procurará recorrer posibles caminos recuperando el pensar y sentir, las atribuciones de sentido y la identidad de quienes reclaman de nuestra actuación; 2) la vida cotidiana como espacio concreto, como realidad interpretada fenomenológicamente, y como punto de par-

tida de la construcción social del conocimiento; 3) el desarrollo de la capacidad reflexiva y creativa en el trabajador social y en el sujeto de la acción.

Se proponen como objetivos estructurales para que logren los estudiantes, la capacidad para analizar el contexto social, atendiendo a todas sus dimensiones (cultural, política, económica, ambiental, etc.) y su interrelación con los procesos personales y familiares en la intervención del Trabajo Social.

También que logren en la práctica I aplicar en forma progresiva y sistemática conocimientos adquiridos por la vía curricular y experiencial, a fin de contribuir a que egresen con entrenamiento básico para el desempeño futuro de su rol con personas y familias

En la práctica II se propone contribuir a que egresen con entrenamiento básico para el desempeño futuro de su rol en grupos y/o comunidades.

Asimismo adquieran experiencia de trabajo con las problemáticas sociales a partir de su inserción y desempeño pre-profesional con abordaje personalizado y/o familiar, grupos y comunidades, en contextos institucionales específicos

Como objetivos específicos, se espera que los estudiantes logren recuperar de los trayectos formativos los insumos teóricos, metodológicos e instrumentales, a fin de participar activamente en la construcción de estrategias de intervención, mediante la metodología de investigación-acción participativa.

Identificar los problemas sociales que afectan a personas / familias / grupos y comunidades, y construir el objeto de intervención disciplinario en dicho marco.

Implementar en forma integrada el método de intervención en las diversas problemáticas que presentan los sujetos, ya sea con abordaje personalizado / familiar / grupal o comunitario, reconociendo especificidades metodológicas de cada nivel de intervención.

Entrenarse en el diseño y ejecución de técnicas de intervención y documentación propias del quehacer profesional en cada nivel de intervención personalizado y familiar.

Problematizar los enfoques interdisciplinarios, transdisciplinarios y holísticos en el en el marco de los procesos de inserción e intervención.

Fomentar aptitudes investigativas como parte del proceso de construcción colectiva del perfil profesional.

Modalidades del proceso de orientación del aprendizaje

En los espacios áulicos se desarrolla la metodología de taller por considerar que es una modalidad pedagógica que facilita la integración de la teoría y la práctica. Se pretende una orientación a la comunicación constante con la realidad social y con el equipo de trabajo constituido por estudiantes, docentes y referentes institucionales. Para el desarrollo de esta modalidad pedagógica se propone que los estudiantes se dividan en grupos de trabajo de entre 3 y 4 estudiantes - según centros de práctica - acompañados por un docente supervisor a cargo, propendiendo a la estabilidad en la conformación a lo largo de la experiencia.

A lo largo de los encuentros, se utilizan técnicas de dinámica grupal, expresivas, de evaluación participativa, de selección bibliográfica pertinente, de recupero de aprendizajes previos (ya sea curricular o experiencial), de co-visión y de supervisión, entre otras; y también se incorporan exposiciones teóricas (con sus consecuentes ejercicios de aplicación) a partir del diagnóstico grupal, es decir de las necesidades y demandas de los procesos particulares de prácticas, lo cual se modifica de un cuatrimestre a otro. Asimismo, se estimula la participación en todas las instancias de capacitación que la institución promueva, en relación al área temática implicada.

La tarea desarrollada en el espacio áulico se basa en un esquema propuesto conjuntamente entre el profesor a cargo de la asignatura y los docentes a cargo de la coordinación / supervisión de los grupos; estos últimos resultan corresponsables y protagonistas activos en el ejercicio del rol docente por lo que su acción trasciende a la tarea de supervisión de grupos, estimulándose así en forma permanente la investigación educativa.

Se opta metodológicamente por la Investigación Acción Participativa, la cual requiere de la participación activa de todos los actores involucrados, por lo que se diagraman estrategias de vinculación, comunicación, intercambio y construcción en el proceso de enseñanza – aprendizaje, haciendo partícipes a docentes, alumnos, referentes institucionales y la carrera propiamente dicha. Se entiende que la responsabilidad en las prácticas pre-profesionales implica el contacto y articulación permanente con las otras materias y espacios curriculares y extra-curriculares que promueva la carrera (como es el caso de esta jornada, por ejemplo). Ello implica el diseño y aplicación de diversas estrategias pedagógicas en la que los actores mencionados se vean involucrados, propendiendo a una participación real y activa.

De este modo, los temas a trabajar surgen del programa de la asignatura y de las necesidades surgidas de la realidad de los centros de práctica. En este sentido, los temas propuestos en las unidades didácticas son abordados sin seguir un orden cronológico, pues se tratan en forma dinámica acompañando y sustentando todo el proceso de enseñanza-aprendizaje. En consonancia con lo planteado, se promueve la vinculación con la bibliografía de manera profesional, es decir en base a criterios de selección y pertinencia que el estudiante (con acompañamiento docente) debe ir aplicando.

Se propende a la generación de espacios de Ateneos y Psicodrama (entre otras herramientas pedagógicas) entre docentes y estudiantes, a fin de realizar supervisiones colectivas de los procesos de abordaje en situaciones complejas y conflictivas. Dicha herramienta es utilizada en el espacio de los centros de prácticas, con la participación de los referentes institucionales, recurso que es evaluado por cada supervisor.

A su vez, y para momentos que lo ameriten, se le sugiere al grupo de practicantes, dentro de las posibilidades institucionales y / o grupales, el registro fotográfico, como insumo a ser presentado en los diferentes ámbitos de encuentro – articulación - difusión que se vayan creando (por ejemplo reuniones con referentes / alumnos, con Área de Prácticas, Exposición

de Prácticas Pre – profesionales de Trabajo Social, Instancias de intercambio y evaluación en el aula, Jornadas organizadas por las propias instituciones, por la Universidad, etc).

Gestión de cátedra

El equipo de las asignaturas Práctica I (Individuo y Familia) y Práctica II (Grupo y Comunidad) cuentan con el mismo docente (Jefe de Cátedra) a cargo, por lo que la articulación entre ambas resulta estrecha. Desde el año 2006 y hasta la fecha se desarrolla un proceso de Investigación-Acción que tuvo como objeto de estudio tres ejes: los estudiantes, las instituciones - centros de prácticas, y los docentes. De dicho proceso vale destacar algunos de los resultados obtenidos:

- Conformación de dos equipos docentes (uno para cada materia) que sin embargo de consideran parte de una misma cátedra, en tanto comparten objetivos de enseñanza-aprendizaje, metodología, modelo pedagógico y criterios de evaluación, entre otros. Los docentes pueden rotar de una materia a otra en la medida en que se detecte la necesidad y los perfiles de cada uno puedan aportar algún componente específico al proceso. La docente a cargo es quien coordina el proceso.
- Aplicación de instrumentos de registro y recolección de información tendientes a diagnosticar en forma permanente los procesos de cursada, lo cual permite la toma de decisiones en tiempo y forma. Construcción de un Sistema de información digitalizado.
- Generación de espacios de evaluación intra-cátedra, debate, planificación, investigación y extensión.

Asimismo, la cátedra ha participado activamente desde hace unos 10 años en la vinculación y articulación con la coordinación de la carrera, el Área de Prácticas y otras materias de la oferta curricular, a fin de colaborar en la mejora continua de la oferta educativa desde la Lic. en Trabajo Social en la UNLaM. Por su parte, ha generado espacios de intercambio con colegas docentes de la carrera en otras universidades.

Año a año se establecen metas al interior de la cátedra, con el fin de avanzar en lo que algunos denominan el “camino hacia la excelencia”, pero que nosotros preferimos llamar “la conciencia sobre la Responsabilidad Social Universitaria”, en tanto co-participamos en la formación de futuros profesionales. En este sentido, el intercambio permanente con las instituciones (centros de prácticas) y sus actores, resulta vital para que dicha conciencia sea permanentemente actualizada, enriquecida y reciba nuevas demandas del campo de acción del Trabajo Social. Del mismo modo, se realizan vinculaciones con organismos que nuclean al colectivo profesional.

El equipo de práctica se propone fortalecer los vínculos con los centros de prácticas y sus referentes. Como así también afianzar el trabajo en equipo, destacando, recuperando, compartiendo y profundizando los saberes de cada docente.

Encuadre teórico-metodológico para el presente trabajo:

Como resultado de un trabajo de recupero y sistematización, el siguiente cuadro expone en su interior las prácticas realizadas con adultos mayores según centro y período temporal comprendido entre 2010 y 2016. Para su elaboración se han considerado instituciones enclavadas en el conurbano bonaerense (La Matanza) y CABA donde el Nivel I y Nivel II de prácticas pre profesionales han desarrollado su hacer. Los resultados arrojados por el mismo han permitido ponderar entre todas las instituciones involucradas al Hogar San Martín y la Asociación Civil San Gerardo de manera referencial para la elaboración del presente escrito, dada su recurrencia y continuidad como espacio de prácticas, permitiéndonos así visibilizar los resultados de un real proceso de investigación acción participativa.

Practica I		
cuat	año	centro de práctica
2	2011	Hogar San Martín –B° SAN NICOLÁS, SAN JUSTO-
2	2011	Hogar San Martín –CENTRO DE SAN JUSTO-
2	2013	Hogar San Martín –CABA-
1	2014	Asoc. Mutual de Protección Familiar –CABA-
1	2014	Hogar San Martín –CABA-
2	2014	Hogar San Martín –CABA-

Practica II		
cuat	año	centro de práctica
2	2010	Caritas –VIRREY DEL PINO-
2	2010	A.C. San Gerardo – R. CASTILLO-
1	2011	Caritas –VIRREY DEL PINO-
2	2011	A.C. San Gerardo – R. CASTILLO-
1	2014	Hogar San Martín grupo 1 –CABA-
1	2014	Hogar San Martín grupo 2 –CABA-
1	2014	Centro Integral Monteagudo – CABA-
2	2014	A.C. San Gerardo – R. CASTILLO-
1	2015	Centro Atención Migrantes –I. CASANOVA-
2	2015	Centro Atención Migrantes –I. CASANOVA-
2	2015	Hogar San Martín –CABA-
2	2015	A.C. San Gerardo – R. CASTILLO-
1	2016	Centro Atención Migrantes –I. CASANOVA-
2	2016	A.C. San Gerardo – R. CASTILLO-

Es importante destacar que el proceso de trabajo que realizan los alumnos es a través de la metodología investigación acción participante, procurando en los espacios de práctica el respeto mutuo e intentando arribar a una relación horizontal, en la que se valore el sentido común y la experiencia de vida como saber (Ander Egg, 2009). Al mismo tiempo que se posiciona e interviene desde el paradigma de la complejidad para entender estas realidades sociales tan diversas.

La intervención desde el paradigma de la complejidad direcciona la praxis profesional partiendo de la consideración de la totalidad del fenómeno, que no siempre emerge explícito en la demanda. Desde este lugar el “caos”, es el punto de partida para comenzar la problematización de la situación; caos que es necesario ir “desenmarañando”, develando los nudos,

las rupturas, discontinuidades, en conjunto con el sujeto que presenta la demanda para luego ir pensando líneas de acción y modos de intervención. (Gimenez - Pavón Rico; 2016)

La práctica pre- profesional se direcciona bajo el paradigma del envejecimiento activo. En este, se concibe a las personas de tercera edad como sujetos activos con potencialidades para transformar su realidad y se define a los adultos mayores como sujetos de derechos, en contraposición del rol pasivo que le atribuye el paradigma tradicional en el que se relaciona a dicha franja etaria a carencias económicas, físicas y sociales. De esta manera, se los limita en sus oportunidades con respecto al trabajo, a la formación académica, a las actividades recreativas, etc. El paradigma emergente pone de manifiesto la necesidad de impulsar la autonomía de los adultos mayores mediante oportunidades reales de desarrollo tanto individuales como sociales para los mismos; considerando a la vejez no solo sujeta a parámetros cronológicos y fisiológicos sino principalmente como una construcción social e histórica. Este paradigma se concibe como *“(..) proceso de aprovechar al máximo las oportunidades para tener un bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida. El objetivo es extender la calidad y esperanza de vida a edades avanzadas.”* Consideramos que a los Adultos Mayores no sólo se les debe garantizar el bienestar físico, sino que también se debe fomentar el bienestar emocional y mental. Para ello, es necesario promocionar actividades recreativas, culturales, y así lograr su participación e integración social ya que entendemos que la vejez no sólo es una etapa de pérdida, sino también de plenitud.

En la misma línea, consideremos que la edad de los actores es la de su espíritu, debido a que uno envejece realmente cuando cree que está envejeciendo. Sobre ello trata la perspectiva de Juventud Acumulada, la cual plantea que tenemos la edad de nuestros pensamientos. El envejecimiento comienza por la mente, en ella fijamos nuestra edad y el subconsciente la va cumpliendo. Por ello, si el sujeto se reprime se colma de pensamientos pesimistas y negativos consiguiendo la obstrucción de sus capacidades y potencialidades. En oposición a ello sentimientos como el amor, la alegría, la bondad, la generosidad, la sabiduría, el poder mental, la felicidad, la lucidez ayudan a mantener a una persona sana, joven, productiva dentro de su entorno. Para llegar a parecer joven es necesario sentirse joven y en consecuencia no se acumulan años sino juventud⁷¹. De esta manera, el concepto de “activo” en esta etapa de la vida se aleja de la “actividad productiva” dentro del sistema capitalista (economía de mercado), para pasar a relacionarse más bien al sentir, pensar y hacer de un modo diferente, de acuerdo a sus posibilidades, capacidades y preferencias.

En relación al marco normativo vigente sobre personas de la Tercera Edad, es pertinente mencionar a la Declaración Universal de los Derechos Humanos, ya que se asienta como prioridad, que el ser humano pueda gozar plenamente de sus derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos, sin distinción alguna.

Es específicamente en la “Convención Interamericana Sobre La Protección De Los Derechos Humanos De Las Personas Mayores” (OEA, 2015), en donde se propone que los adultos mayores tienen los mismos derechos y libertades fundamentales que otras personas, y que estos derechos, incluido el de no verse sometido a discriminación fundada en la edad

⁷¹ Extraído de: <https://pensamientosycosasdelcorazon.blogspot.com.ar/2011/09/juventud-acumulada.html>

ni a ningún tipo de violencia, provienen de la dignidad y la igualdad que son inherentes a todo ser humano. Reconoce además, que la persona, a medida que envejece, debe seguir disfrutando de una vida plena, independiente y autónoma, con salud, seguridad, integración y participación activa en las esferas económica, social, cultural y política de sus sociedades.

Hogar San Martín:

El Hogar San Martín fue creado en abril de 1978, ubicado en el Barrio de La Paternal de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, dependiente de la Dirección General de la Tercera Edad, a cargo de la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Los días y horarios de atención del Hogar y el Servicio Social en particular son de lunes a viernes de 8 a 19 horas, y se dispone de una guardia administrativa los fines de semana.

Es una institución de puertas abiertas, por lo tanto los adultos mayores que residen en la institución se manejan de manera independiente y autónoma de acuerdo a sus condiciones o limitaciones físicas y cognitivas. También se permiten las visitas de personas externas al Hogar. Tomando la conceptualización que Goffman (2009) realiza respecto a las “instituciones totales”, el Hogar San Martín, en tanto institución o establecimiento social, se enmarca en la primera categoría de institución total: aquellas erigidas al cuidado de personas que parecen ser, a la vez, incapaces e inofensivas.

El Hogar aloja a adultos mayores de 60 años, que se encuentren en situación de vulnerabilidad social, con cobertura social nula o insuficiente y bajos ingresos económicos, y cuya capacidad para la ejecución de las actividades de la vida diaria no se encuentre altamente comprometida. Ofrece residencia permanente a ambos sexos, y atiende las necesidades cotidianas del adulto mayor, en forma integral y continua, promoviendo e incrementando la calidad de vida y evitando situaciones de marginación y exclusión social.

Los adultos mayores ingresan por los programas PROTEGER y B.A.P. -Buenos Aires Presente-, por derivación de otras instituciones (hogares, hospitales) la admisión es realizada por la Dirección General de la Tercera Edad.

Estimadamente en la institución hay 280 residentes, alojados en diferentes salas según sus capacidades y género

- Sala auto-válidos, Tita Merello y Victoria Ocampo para mujeres, y Sala Susana Guas para hombres.
- Sala semi-dependientes, Niní Marshall para mujeres y Joaquín V. González para hombres.
- Enfermería, dividida en residentes crónicos y agudos.
- Sala matrimonios, Remedios de Escalada, es una sala vincular en la que se alojan matrimonios, parejas, hermanos/as, amigos/as, tío/a y sobrino/a, padres e hijos, etc. Es la única sala en la que pueden convivir mujeres y hombres.

Cada sala cuenta con un equipo interdisciplinario conformado por psicólogo, médico clínico y trabajador social, siendo este último el referente encargado. Cada Trabajador Social, tiene

asignadas salas de alrededor de cuarenta y cinco residentes, con quienes lleva a cabo un proceso de intervención desde su ingreso al hogar, relacionado a las distintas demandas y problemáticas que puedan surgir con los recursos y posibilidades que el residente presente. Un profesional médico interviene con la misma cantidad de residentes, una vez a la semana. Ejercen, dentro de las posibilidades, dos psicólogos para toda la población del Hogar. En cada sala hay dos o tres cuidadores que se encargan de la atención cotidiana de los adultos mayores, distribuidos en turno mañana, tarde y noche.

La institución cuenta con la Dirección General del Hogar y cuatro Departamentos:

Médico, Enfermería, Administrativo y Servicio Social, este último se encuentra a cargo de la Dra. Stella Maris Pappalardo, y subdivide sus tareas entre, Asistencia y Orientación, Coordinación Técnica, Asistencia Inmediata, y Laborterapia.

El Departamento Administrativo posee la División de Servicios Generales y se divide en siete secciones: Compras, Patrimonio, Despacho, Personal, Valores, Ropería y Móvil. El Departamento Médico está integrado por la división de Guardias y el Departamento de Enfermería.

Entre los servicios que la institución brinda a los residentes se pueden mencionar, clínica médica, odontología, farmacia, kinesiología, talleres de laborterapia, sala de computación, peluquería y voluntariado de Caritas.

El Hogar cuenta con una cocina general que ofrece a los residentes un menú diario con cuatro comidas y una cocina por sala, la cual está a disposición de los adultos mayores durante todo el día.

El Servicio Social es el encargado de llevar adelante el ingreso de los residentes, realizar informes periódicos y de seguimiento de cada caso, también atiende la demanda espontánea tanto de los residentes como de sus familiares, articula sus acciones con otras instituciones –PAMI, PROFE, ANSES, RENAPER, etc., como también orienta al residente, y tramita las derivaciones y traslados a otras instituciones.

El Hogar San Martín se encuentra regulado por la Ley 661/01.⁷² de Establecimientos Residenciales y Servicios de Atención Gerontológica, y también por la Ley 1003, la cual tuvo una modificación en la que se incluyó la figura del Trabajador Social como personal indispensable en los hogares, centros de día, geriátricos.

Los estudiantes de la Práctica I trabajan de forma directa con la población de la institución junto a las trabajadoras sociales del Servicio Social. La problemática transversal que atraviesa en general a los residentes del Hogar y al equipo de trabajo en preponderancia es en relación a la convivencia. Esta es dificultosa ya que los residentes conviven en salas de entre treinta y cuarenta y cinco personas provenientes de diferentes contextos, con distintas costumbres, experiencias y problemáticas particulares que influyen en los modos de relacionarse e interactuar con los otros. Frente a esta problemática trabajadores sociales y demás profesionales de la institución intervienen en pos de lograr una estadía más gratificante para los residentes del lugar. Se entiende que estos conflictos se dan por la heterogeneidad de

⁷² Ley 661 - Registro Único y Obligatorio de Establecimientos Residenciales para Personas Mayores.

la historicidad propia de cada individuo, esto se trabaja desde el Hogar a través de distintos talleres y actividades para mejorar la adaptación y coexistencia.

En el proceso de práctica se evidenció que la principal problemática por la cual los individuos se encuentran institucionalizados se debe a la falta o desintegración de lazos no solo familiares sino también sociales y comunitarios. Se destaca la importancia de estos lazos ya que como lo plantea Ribeiro Ferreira, la familia es una estructura elemental y necesaria dentro de la sociedad, entendiendo que la modernidad realizó cambios estructurales significativos dentro de la misma dando lugar a esta falta de sostén económico, vincular, afectivo y social (Ribeiro Ferreira, 2000). Cabe destacar que estas crisis vinculares, con sus consecuencias económicas y sociales, suelen generar en los individuos estados de ánimos pasivos, falta de estima y estímulo por lo cual es necesaria la identificación de sus propias capacidades individuales para potencializarlas y así afrontar las dificultades que se le presenten.

Durante el proceso de práctica dentro del Hogar, se observó que los residentes construyen alianzas para promover la demanda de necesidades de servicios y de recursos. Cabe destacar que aquellos residentes que tienen las capacidades para acudir por sus propios medios al servicio social conforman la mayoría de la población, y son quienes manifiestan mayoritariamente la demanda hacia el servicio. En aquellos casos en que los residentes se ven limitados para acercarse al servicio social, los profesionales incentivan los mecanismos de motivación de demanda dentro de las particularidades de cada sujeto de manera que no se dé el interminable proceso de espera por una respuesta a un problema que nunca ha sido visibilizado. Javier Auyero (2013) da cuenta de esto como “la espera interminable que caracteriza la vida de los desposeídos, define su identidad, destinados a esperar”. Las demandas se manifiestan de acuerdo a la construcción y percepción que cada sujeto realiza sobre la situación vivida, por lo tanto, en relación a ello se realiza la solicitud de la misma.

Los residentes que tienen las posibilidades físicas, psíquicas y económicas, llevan a cabo tramitaciones de recursos de manera independiente a la institución, es decir aquellos que pueden lo realizan por sus propios medios.

Una vez que se realiza la demanda, los profesionales realizan un trabajo de seguimiento para evaluar los factores que subyacen a la demanda y otras situaciones que no son visibilizadas en ese pedido.

Según el grado de capacidad emocional y psíquica del residente se pueden realizar intervenciones con miras a una posible solución, ya que si se encuentran con grandes niveles de malestar o ansiedad es posible que no tengan la predisposición para llevar a cabo el proceso de transformación. Lo mismo sucede cuando el nivel de malestar o ansiedad son bajos ya que no tendrán la motivación para la búsqueda de un cambio (De Robertis, 2006)

La práctica II se lleva a cabo en sectores de enfermería, biblioteca, realizando diversos talleres y trabajos en grupo. Los estudiantes han logrado en el hogar la apertura de trabajo en nuevas áreas, sensibilizando tanto a los trabajadores sociales como así también otros actores (médicos, enfermeros) y a la personas de tercera edad, generando un trabajo interdisciplinario en busca de mejoras en la calidad de vida para la población residente.

La experiencia llevada a cabo en la enfermería, mostro como problemática las mínimas actividades desarrolladas en el sector y relaciono a esta con la *“Débil integración de los residentes del Hogar a nivel grupal e institucional”*. El departamento de Enfermería forma parte de la institución y no tenerlo en cuenta como terreno fértil para llevar adelante actividades favorece su separación del resto del Hogar. Este problema es posible atenuarlo advirtiendo el proceso positivo de “Grupo regular de residentes que asisten al espacio de biblioteca”. Es decir que el grupo de residentes consolidado en el espacio de biblioteca, podría mezclarse en el sector de enfermería, dándole continuidad a los talleres de lectura, y al mismo tiempo posibilitar superar aquellos prejuicios y preconceptos que se le atribuye a la Enfermería.

Otras experiencias mostraron que los practicantes pactaron con la referente que las intervenciones que se realizarán desde el espacio de la Biblioteca, se efectuarán con talleres en la Sala de Enfermería y con el acercamiento de material de lectura a las diferentes salas, utilizando la Biblioteca móvil. La institución les demanda a los/as practicantes que logren desde los diferentes espacios, generar diversas estrategias que les permitan contribuir a los objetivos que persigue la Biblioteca y a su vez estos contribuyan a la Vejez Activa.

Desde el área de Biblioteca no se implementaban actividades grupales en las salas por diferentes motivos, tales como la escasa implicación y predisposición de los adultos mayores, la heterogeneidad de edades e intereses, las diferentes capacidades y discapacidades por parte de los residentes. Teniendo en cuenta estos condicionantes, los practicantes apuntaron a fomentar la lectura y la participación hacia el resto de las actividades propuestas por el Hogar realizando un abordaje comunitario, a través de la biblioteca móvil. La comunidad es el espacio para construir lazos sociales y donde los mismos son construidos por los sujetos.

Asociación Civil San Gerardo:

El Centro Integral San Gerardo, se encuentra ubicado en la calle El Poncho 3232, barrió El Torero de la localidad de Rafael Castillo, partido de La Matanza. Es una Asociación Civil creada el 9 de agosto de 1992 como Centro Comunitario que adquiere personería jurídica en el año 2009. La referente institucional es Nélide Souza, quien junto con otros vecinos, es una de las fundadoras del Centro.

El objetivo de su creación fue satisfacer las necesidades derivadas del contexto socioeconómico producto de las políticas neoliberales implementadas durante esa época. En sus inicios, la principal demanda era alimenticia aunque las actividades que se llevaron a cabo en el Centro fueron cambiando y adaptándose a nuevas necesidades.

Actualmente la institución tiene una mirada integral del sujeto, persiguiendo el acceso y promoción de los derechos humanos, la autonomía y el empoderamiento de los mismos.

Dentro del Centro funciona un comedor comunitario, un espacio recreativo dedicado a los adultos mayores de la comunidad, talleres y feria americana. A nivel barrial, según lo expresado por la referente se pueden reconocer problemáticas tales como: deficiencia alimenticia, dificultades de acceso a la salud, discapacidad motriz e intelectual, falta de documentación,

bajo nivel de instrucción, violencia de género, adicciones a sustancias psicoactivas, trabajo informal precarizado, desempleo y déficit habitacional.

Los actores intervinientes que hemos detectado en el trascurso de la Práctica son las referentes institucionales, adultos mayores, cooperativistas del programa Argentina Trabaja, talleristas, practicantes universitarias, colaboradores barriales y vecinos.

El Centro articula con diversos actores nacionales, provinciales, y eclesiásticos tales como: el Programa de Responsabilidad Social Compartida Envi3n, PAMI, Municipalidad de la Matanza, Caritas, INTA, el Centro de Salud Sakamoto, la Universidad Nacional de La Matanza y el Ministerio de Desarrollo Social. Algunos de los programas implementados son: Pro Huerta y Banco Popular de la Buena Fe. Es preciso aclarar que la instituci3n no cuenta con el accionar de profesionales del Trabajo Social, m1s all1 de las pr1cticas pre profesionales de nuestra carrera, por lo cual s3lo se desarrolla en este espacio experiencias de Pr1ctica grupal y comunitaria.

Teniendo en cuenta que la instituci3n San Gerardo cuenta con un espacio grupal de Adultos Mayores, se considera que llevar a cabo un proceso de pr1ctica all1 es pertinente debido a que la referente institucional detect3 derechos vulnerados en los adultos mayores y por tal motivo, se hizo necesario que las pr1cticas pre-profesionales se abocaran a la promoci3n y protecci3n de los derechos de los adultos mayores. La orientaci3n fue as1 decidida debido a que se comenz3 con una observaci3n y an1lisis de los temas frecuentes que surgen entre los adultos mayores, llegando a la conclusi3n de que los miembros del grupo ten1an dificultades de construir proyectos de vida personales y de manejarse de manera aut3noma en su vida cotidiana.

Tambi3n se tuvo en cuenta la propuesta de las referentes, en la que se expres3 la demanda de que los adultos mayores tuvieran un medio donde expresarse y participar activamente. Por ello se utiliz3 la t3cnica del taller, significando esta una herramienta para promover la reflexi3n-acci3n en cada uno de los participantes, a la vez que permiti3 el an1lisis inicial de situaciones grupales por abordar y potenci3 la construcci3n y el desarrollo de alternativas pr3ximas a implementar por las/os practicantes; m1s precisamente sirvi3 como un medio para iniciar un primer acercamiento a los adultos mayores y proponerles la consecuci3n de actividades a lo largo de los siguientes encuentros.

Debido a que tanto la instituci3n como el grupo ya han albergado otros procesos de pr1ctica anteriores, se tuvieron en cuenta los ejes trabajados por los/as estudiantes. Esto se realiz3, en primer lugar, para que los Adultos Mayores retomaran esos aprendizajes y reforzaran aquello en lo que no hayan tenido tanta participaci3n, y por otro lado, para no repetir acciones y seguir aportando en el mejoramiento de la calidad de vida del grupo mediante el desarrollo de sus potencialidades.

A trav3s de las tem1ticas recurrentes tra1das al espacio por parte del grupo, en situaciones tales como la falta de respeto de los j3venes, los problemas familiares, los problemas con PAMI, la falta de independencia respecto de algunas decisiones de su vida, etc. se decidi3 abordar la tem1tica utilizando diferentes estrategias que tendieran a la promoci3n de sus

Derechos, y teniendo constantemente presente la importancia de que los mismos sean respetados siempre y en todo lugar. Estas estrategias implementadas tuvieron, en todas las oportunidades, plena participación de los adultos mayores, ya que se considera que su opinión es lo fundamental a la hora de establecer objetivos y desarrollar acciones. Siguiendo al autor Fernández García (2012), estas decisiones no pueden tomarse al margen de la forma de vivir, comunicarse y trabajar del grupo, sino que se debe partir de las potencialidades que ya existen. Además, se tuvieron en cuenta las problemáticas emergentes que eran traídas al grupo, como situaciones familiares o de otros compañeros que no podían asistir. Por otro lado, la práctica también desarrolló acciones inclinadas a reforzar la escucha atenta, ya que en la mayoría de los encuentros se notaron grandes signos de dispersión por parte de algunos integrantes del grupo, esto es, pequeñas conversaciones paralelas, interrupciones, dispersiones con cosas que no tenían pertinencia con la actividad, etc., y reflexionar en torno a la circulación de la palabra y la democratización de la comunicación, ya que algunos integrantes del grupo Esperanza tenían mayor monopolización de la palabra, o por el contrario, la escasa participación por parte de otros.

En otras experiencias de estudiantes, ellos han analizado que los adultos mayores tenían un sentimiento de pertenencia a ese espacio que se estaba propiciando, como sostiene Fals Borda (2008) *“...la investigación participativa como una vivencia necesaria para progresar en democracia, como un complejo de actitudes y valores, y como un método de trabajo que dan sentido a la praxis en el terreno”*, ya que desde los mismos actores fueron surgiendo propuestas de trabajo significando esto un avance importantísimo para el proceso de práctica. Como así también mostraron que el resultado obtenido de la experiencia fue positivo puesto que los participantes mostraron una gran predisposición. Se logró principalmente que cada adulto mayor tuviera confianza en sí mismo, para ello se trabajó desde la visión de que “de los errores también se aprende”.

En la mayoría de los trabajos relevados de esta institución los estudiantes han manifestado en sus conclusiones de manera grupal que este proceso fue una experiencia muy gratificante y enriquecedora que posibilitó vivenciar diversos sentimientos ya que no sólo fue una instancia de aprendizaje. Esto permitió entender la importancia de considerarnos como personas sentipensantes y tener en cuenta al momento de la intervención las distintas subjetividades y emociones que constituyen y nos constituyen como sujetos.

Logros alcanzados en las experiencias de práctica desde la postura de cada actor:

A partir de todo lo analizado anteriormente, de forma global tomando en cuenta ambas instituciones y niveles de práctica podemos evidenciar y destacar los siguientes logros alcanzados.

Los Estudiantes:

La detección de intereses y motivaciones que portan los residentes de estas instituciones, hechos de alta significatividad que resultan claves para la promoción de su participación en

talleres y actividades diversas vinculadas fundamentalmente a la música y la plástica con el fin de estimular sus capacidades cognitivas y físicas.

La promoción de espacios de diálogo y circulación de la palabra entre residentes y actores institucionales involucrados en el proceso de práctica. Como consecuencia de las problematizaciones realizadas se efectuaron revisiones de acciones y opiniones acerca de las propias historias de vida y las prácticas que ejecutan los actores institucionales.

El fomento de espacios dirigidos a los profesionales de la institución favorecedores de la autocrítica y la revisión de prácticas cotidianas, a fin de brindarle a las referentes institucionales la posibilidad de su labor en el Hogar y que las mismas vean la probabilidad de incluir a futuro este tipo de intervenciones en las propias.

El reconocimiento y apropiación por parte de los practicantes del paradigma de Envejecimiento activo, resultado de un proceso de auto revisión y despojo de preconceptos y prejuicios vinculados a la vejez como etapa incapacitante.

La integración de los residentes crónicos. Se han generado espacios de participación e inclusión con el grupo de residentes, a través de los cuales se fueron creando vínculos que favorecieron la participación de los mismos por ejemplo en el Proyecto de la Biblioteca

El fortalecimiento del espacio de diálogo, escucha, reflexión y recreación entre los Adultos Mayores.

Los Adultos Mayores

La potencialización de los recursos y habilidades presentes en adultos mayores de ambas instituciones.

La participación activa, dinámica y comprensiva, con la capacidad de emitir opinión y debatir acerca de sus propias necesidades, problematizándolas a su vez junto a los/as practicantes.

La rotación de roles entre los miembros del grupo, hecho que al iniciar las prácticas no ocurría. Esto se relaciona directamente con otro de los resultados positivos dado en el interior del grupo, tendiendo que ver este, con la mayor circularidad de la palabra. Esto género que quizá quien al inicio de la práctica, ejercía monopolio de la palabra, a lo largo del proceso, a través de las estrategias implementadas, no centralizara la palabra, sino que estableciera una escucha atenta hacia sus compañeros. A la inversa, aquellos sujetos que al inicio tenían una actitud más bien pasiva, comenzaron a integrarse progresivamente a través de las actividades propuestas y la apertura de sus compañeros.

La inclusión en los diversos espacios institucionales de adultos que se encontraban excluidos de las actividades, muchas veces por prejuicios y actitudes de los propios pares.

Los referentes institucionales

El establecimiento de acuerdos con referentes institucionales de distintas áreas tales como Enfermería, Biblioteca y Laborterapia entre otras (en el caso del Hogar San Martín), favoreció a partir de las prácticas desarrolladas la visibilización de su propio trabajo en sectores anteriormente relegados.

Las evaluaciones realizadas por las referentes de la institución en relación a las prácticas desplegadas hasta la fecha han tenido resultados positivos. Entre estos se destacan el reconocimiento y promoción de acciones ligadas al desarrollo de la autoestima, la autoconfianza y los vínculos afectivos amigables entre los adultos mayores.

Se destaca como fundamental el arduo trabajo que emprenden las referentes en relación al reconocimiento dentro de la institución del Trabajo Social como una profesión posibilitadora de la reconfiguración de las subjetividades y de la promoción de derechos humanos especialmente invisibilizados y vulnerados en esta población.

Los docentes supervisores

El trabajo articulado con referentes institucionales, Trabajadores sociales y/u otros profesionales, así como con directores de las instituciones y diversos actores comunitarios, parte en el proceso de prácticas desde el inicio hasta el cierre del mismo.

Fluidez en la vinculación y el trabajo en equipo con el Servicio Social de los centros.

Profundización en el conocimiento de las características particulares de la población geronte.

Análisis y reflexión de emergentes de manera conjunta sustentada en el paradigma del Envejecimiento activo. Actualización teórica permanente a partir del trabajo de investigación-acción de la cátedra.

Evaluaciones y devoluciones positivas enunciadas desde las voces de los distintos actores intervinientes (adultos mayores, referentes y practicantes).

Mejoras en las intervenciones y aplicación de las especificidades metodológicas desde ambos niveles en el Área de Tercera Edad.

Despliegue y creación permanente de herramientas pedagógicas diversas para acompañar a los actores intervinientes en todo el proceso y en los distintos espacios (instituciones, ministerios, aula, carrera, etc.)

Participación activa en propuestas de investigación y de extensión universitaria en relación al área temática (cursos de posgrado, jornadas, talleres dirigidos a la población)

A MODO DE CIERRE

Luego de haber realizado el análisis de las instituciones mencionadas y sus actores, podemos ir acercarnos a las primeras conclusiones. Por un lado, cómo estas prácticas pre profesionales han generado en los estudiantes el primer acercamiento a la práctica y a sus primeras intervenciones a nivel individual, familiar, grupal y comunitario. Cómo estas realidades generan en ellos un crecimiento para poder integrar todos los conocimientos previos (teóricos, metodológicos e instrumentales)-lo cual se ve reflejado en sus producciones escritas, reflexiones, autocríticas, revisión de prejuicios, generación de vínculos, transferencia a los compañeros e instituciones, etc. Asimismo se observa cómo estas intervenciones han generado un impacto importante en el interior de las instituciones, modificando situaciones en su interior, como así también en la población beneficiaria, y referentes que integran la misma.

Logrando que los estudiantes se posicionen desde el rol profesional en relación con el otro; visibilizando y dando importancia a los logros que se alcanzan con cada persona y grupo con los que se trabaja, posicionándolos como actores y protagonistas de sus propias vidas.

Así también se observa cómo los referentes se comprometen con la Universidad y los estudiantes para que sean experiencias positivas para el grupo. De esta forma se van creando y se refuerzan los lazos sociales entre las diferentes instituciones y actores que la comprenden, compartiendo un criterio de responsabilidad social frente a las necesidades del territorio.

Por último, es necesario destacar cómo la población que participa activamente en los procesos de prácticas posee una gran apertura, generando que se logren los objetivos propuesto desde cada materia involucrada.

Para los docentes supervisores y los referentes que se encuentran trabajando con los estudiantes, es un espacio de crecimiento profesional, ya que continuamente se deben estar repensando las prácticas desde el análisis teórico – práctico, que muchas veces en el accionar diario de la intervención se deja de lado.

La experiencia de práctica se construye como resultado de un proceso de enseñanza-aprendizaje, donde se crean las condiciones necesarias para que los estudiantes logren realizar una síntesis de su experiencia de formación en la especificidad de la disciplina, a partir de los avances teórico-metodológicos que fuera desarrollando a lo largo del proceso de formación profesional. Asimismo, permite acercar las experiencias de intervención al proceso de producción de conocimiento desde la propia práctica, constituyendo un espacio bisagra que propicia una transferencia tanto en lo que respecta a la intervención como a la investigación.

Como se pudo observar, se generan espacios para la reflexión crítica respecto de su contribución al proceso de producción de conocimientos, promoviendo el desarrollo de líneas complementarias de investigación que permitan el fortalecimiento en su formación. Al mismo tiempo, se va generando en el alumno un perfil activo que reflexiona sobre su práctica, lee, analiza, discute, ensaya otras alternativas de acción, prevé sus posibles efectos y modifica su propio horizonte de posibilidades. El docente cumple el rol de guía conocedora y de promotor de un debate plural que permita a los alumnos reflexionar sobre la práctica del trabajo social y realizar las conexiones lógico-teóricas que permitan superar sus aspectos más críticos.

Entonces podemos concluir que los espacios de prácticas pre profesional son una construcción colectiva y una responsabilidad de todos, en tanto responden a demandas concretas que emanan de los diversos actores que participan.

Referencia bibliográfica:

- Ander Egg. 2003. Repensando la investigación acción participativa. Editorial Lumen. Buenos Aires
- Auyero, Javier. 2013. Los Pacientes del Estado. Eudeba. Buenos Aires.
- Centro de Documentación de producciones escritas, de la cátedra de Práctica I y Práctica II de la Lic. en Trabajo Social, UNLaM (2011-2016)
- De Robertis, Cristina. 2006. Metodología de la Intervención en Trabajo Social. “La evaluación Lumen Humanitas: Buenos Aires
- Fals Borda, Orlando. 2008. Orígenes universales y retos actuales de la IAP. Revista Peripecias N° 110.
- Fernandez Garcia, Tomás y Ponce de Leon, Laura .2012. *Trabajo Social individualizado. Metodología de intervención*. Ediciones Académicas. Madrid.
- Giménez Alejandra - Pavón Rico Patricia. 2016. *Reflexiones acerca de las bases epistemológicas de la intervención en Trabajo Social*. Ficha de cátedra. Práctica I y Práctica II. Lic. Trabajo Social, UNLaM. Bs. As.
- Goffman, Erving. 2009. “*Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*”. Amorrortu editores. Buenos Aires.
- <https://pensamientosycosasdelcorazon.blogspot.com.ar/2011/09/juventud-acumulada.html>
- Ley 661 - Registro Único y Obligatorio de Establecimientos Residenciales para Personas Mayores.
- Ribeiro Ferreira, Manuel. 2000. *Familia y política social*. Grupo Editorial Lumen. Buenos Aires.

ESPACIO DE TRABAJO SOCIAL GERONTOLÓGICO DENTRO DEL COLEGIO DE TRABAJADORES SOCIALES (CATSPBA – DISTRITO MORÓN)

Lic. María Lorena Guaglianone⁷³

RESUMEN

El incremento de la esperanza de vida, representada en una mayor longevidad, implica para nuestra profesión abordar los diversos sentidos del envejecer.

El objetivo del presente es visibilizar el conocimiento de las experiencias locales vinculadas a la temática de trabajo con Personas Mayores las cuales permiten evitar el aislamiento de las intervenciones realizadas en estos espacios como así también profundizar y actualizar la formación teórico-metodológica generando redes y respuestas dentro de un marco propio.

La proporción de personas mayores se encuentra en aumento lo que implica la necesidad de brindar nuevos dispositivos de conocimiento integral derivando en la generación de otros ámbitos de desarrollo que no son solo los propuestos por el Estado, sino potenciandola búsqueda de otras instituciones, asociaciones científicas, gremiales, colegios profesionales, entre otros.

El CATS es un organismo que ejerce el gobierno de la matrícula de los Trabajadores Sociales habilitados para actuar profesionalmente, controla la actividad profesional en cualquiera de sus modalidades, promueve el desarrollo social, el progreso científico y cultural y al actualización perfeccionamiento de sus colegiados, promueve la participación por sus delegados en reuniones, conferencias o congresos, entre otras funciones enmarcadas en la Ley Nro. 10.751.

Es desde este espacio que se considera de relevancia la generación de un ámbito de encuentro dado la múltipleinserción de profesionales ligados a: Gerontología Institucional -Residencias para Mayores, Club y Centro de Día-, Programas de prevención y asistencia en violencia, abuso y maltrato; Espacios educativos-culturales: Universidades, centros culturales, Políticas socio sanitarias: Hospitales, nivel primario de atención, Obras sociales; para el cual se desarrollan diversos aportes en las tareas cotidianas.

⁷³ Correo electrónico: lorenaguaglianone@hotmail.com

INTRODUCCION

La muerte no llega con la vejez, sino con el olvido.
Gabriel García Márquez

La Gerontología es por definición un espacio de encuentro interdisciplinario, de confluencia de teorías y saberes convocados por su objeto de investigación e intervención.

Es por ello que el Trabajo Social aporta al ensanchamiento del campo interdisciplinario gerontológico y forma parte de la red profesional e institucional que se ha conformado en torno a sus particulares enfoques.

Esto implica una actitud y aptitud antidogmática y antihegemónica, abierta a los nuevos descubrimientos teóricos y técnicos a que nos desafían centralmente los fenómenos de producción de sentido de nuestras prácticas desde la óptica social (Lic. Jorge Paola).

En palabras de L. Salvarezza, «la vejez es un tema conflictivo, no solo para el anciano, sino también para aquellos que, sin ser viejos aún, la enfrentan cotidianamente desde sus roles profesionales, o como hijo, como vecino o como un simple ciudadano común» por lo cual un ámbito para problematizar y generar nuevos aportes.

PERSONAS MAYORES EN EL CONTEXTO LOCAL

Como envejecemos en el actual contexto nos propone reflexionar en torno a la intervención del colectivo profesional, visualizando las problemáticas sociales emergentes que posibilitan generar estrategias de intervención en vistas a mejorar nuestra labor profesional.

Surge para la elaboración de la presente propuesta la noción de territorialidad, partiendo de la consideración que la misma, como categoría social, es una herramienta teórica y empírica no sólo en los proyectos de desarrollo local, sino también en el trabajo con grupos, familias y sujetos sociales en los diversos campos de intervención profesional en que participamos.

Los territorios urbanos, como toda construcción social, involucran ineludiblemente procesos históricos relacionados con la pertenencia y la apropiación del espacio.

Estos aspectos se materializan formando parte del patrimonio cultural y simbólico de un territorio, y por ende de una de una formación social determinada y sus protagonistas.

Es por ello que la visualización de la temática de la vejez requiere y demanda de un abordaje específico dentro de nuestro espacio local.

Según María del Carmen Ludi *“La intervención profesional de Trabajo Social en el campo gerontológico tiene que sustentarse en procesos de reflexión crítica acerca del proceso de envejecimiento, responder y aportar de forma innovadora a la agenda pública de las gestiones de gobierno y de organismos de la sociedad civil. Nuestra práctica profesional tiene que ser competente, experta, sobre todo en equipos interdisciplinarios. Mostrar capacidad para analizar, problematizar situaciones de vejez y generar estrategias de intervención con relación a ellas...”* (Ludi-2005).

La Secretaría de Derechos Humanos de la Nación celebró en Junio de 2015 la aprobación por parte de la Organización de Estados Americanos (OEA) de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

Esta Convención fue aprobada por la Asamblea General con la firma de Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay, convirtiéndose así en un nuevo estándar americano y que enmarca la generación de acciones.

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

Es por ello que se observa un grupo heterogéneo (en variables de edad cronológica, género, dentro o fuera del sistema de seguridad social), por lo que hay tantas variables como personas que envejecen dependiendo no solo de condiciones biológicas, económicas, orgánicas, socio culturales para lo cual se establece un dispositivo para Trabajadores Sociales que se posicione en referencias propias.

ELECCION DEL AMBITO DE GESTION

El Colegio de Asistentes o Trabajadores Sociales (CATS) es un organismo que ejerce el gobierno de la matrícula de los Trabajadores Sociales habilitados para actuar profesionalmente, controla la actividad profesional en cualquiera de sus modalidades, denuncia el ejercicio ilegal de la profesión, delimita las incumbencias profesionales, colabora con las autoridades universitarias y terciarias no universitarias en la elaboración de planes de estudio y estructuración de la Carrera de Asistente Social, integra organismos profesionales provinciales y nacionales del país o del extranjero, defiende a los miembros del Colegio para asegurarle el libre ejercicio de la profesión conforme a las leyes, promueve el desarrollo social, el progreso científico y cultural y al actualización perfeccionamiento de sus colegiados, representa a los colegiados de la Provincia ante las entidades públicas o privadas, promueve la participación por sus delegados en reuniones, conferencias o congresos, entre otras funciones enmarcadas en la Ley Nro. 10.751.

Por ello se desprende la importancia que conlleva para los más de 1000 matriculados del Distrito de Morón, la existencia de un Colegio que los represente con compromiso, innovación y responsabilidad ética.

El Distrito Moron de la Provincia de Buenos Aires incluye a los Partidos de Hurlingham, Moron, Ituzaingo y Merlo.

Del análisis de los ámbitos de ejercicio profesional, se visualizó que el desempeño dentro del campo gerontológico es un espacio donde transitan numerosos matriculados, muchos de ellos con necesidad de conocer y formarse en la temática, dado la mínima referencia dentro del ámbito del espacio académico y universitario.

El conocimiento de las experiencias locales vinculadas a la temática del trabajo con Personas Mayores podrá evitar el aislamiento en la tarea y profundizar el armado de redes.

Reseña de acciones desarrolladas

Como inicio de la visibilización de la temática hacia los matriculados durante el año 2015 dentro del Seminario de Violencia y Maltrato que se dicta en el CATS, se estableció un módulo específico sobre Violencia y Maltrato en Personas Mayores, el cual se replica en el presente ciclo lectivo.

A su vez se realizó una charla sobre Gerontología y Trabajo Social a fin de brindar aportes sobre el tema con nutrida participación.

La Sede del CATS brindó su espacio para la realización de la inducción al Pami dentro del marco del convenio Becas PAMI-UNLAM durante los meses Noviembre-Diciembre/2015.

Es por ello que para el presente ciclo 2016, se aceptó la propuesta de conformación de una Comisión de Trabajo Social Gerontológico la cual propicia entre sus objetivos:

- Desarrollar una identidad local de la población con la que intervenimos.
- Obtener un diagnóstico jerarquizado de los problemas y necesidades que presentan las personas mayores.
- Generar un registro de los principales recursos materiales, institucionales y humanos que cuenta el CATS vinculados al campo gerontológico.
- Identificar políticas destinadas a Personas Mayores.
- Elaborar producciones teóricas
- Participar en acciones de sensibilización sobre la temática.

He aprendido que el mundo quiere vivir en la cima de la montaña, sin saber que la verdadera
felicidad está en la forma de subir la escarpada
Gabriel García Márquez

Referencia bibliográfica

LUDI María del Carmen, Envejecer en un contexto de (des) protección social. Claves problemáticas para pensar la intervención social". Editorial Espaciy UNER, Buenos Aires 2005.

ROZAS, Margarita. La intervención profesional en relación con la cuestión social. 1ª. Edición Editorial Espacio. Buenos Aires, Argentina. 2001.

SANCHEZ SALGADO, Carmen, Gerontología Social, Espacio Editorial, Buenos Aires, 2000.

VISIBILIZANDO LA PRÁCTICA DE UN TRABAJO SOCIAL GERONTOLÓGICO EN CONTEXTOS DE FORMACIÓN LABORAL.

Lic. Marina Pierini⁷⁴; Lic. Susana Liñeiro⁷⁵; Lic. María Lorena Guaglianone⁷⁶

RESUMEN

En el actual contexto, la vejez puede ser tanto una etapa de pérdidas como de plenitud, todo depende de la combinación de recursos y la estructura de oportunidades individuales y generacionales a la que están expuestas las personas en el transcurso de su vida, de acuerdo a su condición y posición dentro de la sociedad.

La ampliación de los conocimientos sobre las Personas Mayores deviene en el intensificar la mirada sobre nuevas situaciones sociales emergentes, favoreciendo la identificación dentro de la agenda comunicacional de la temática de la vejez-envejecimiento para así gestar otros ámbitos de reflexión, formación, capacitación y discusión.

La formación de Cuidadores para Personas Mayores es un ámbito en el cual el colectivo profesional puede abordar integralmente el campo gerontológico a través de la elaboración y dictado de la capacitación en la temática.

El proceso socioeducativo cumple un rol de integración, promoción y movilidad social, posicionándolo en un proceso de transformaciones inherentes a la realidad observada.

El presente tiene como objetivo marcar la experiencia en la gestión de cursos de cuidadores domiciliarios dentro del área de empleo del Municipio de Ituzaingo favoreciendo la creación de espacios de contención y formación en ámbitos fundamentales de participación social como son la educación no formal y el trabajo.

INTRODUCCIÓN

Garantizar el proceso de envejecimiento de las Personas Mayores desde una perspectiva de sujetos de derechos requiere la presencia de los Estados, la implementación de políticas públicas, el compromiso de las comunidades, familias y además la presencia de redes de apoyo.

Pretende el “acompañamiento” no solo para los momentos críticos de procesos de enfermedad por las que atraviesan, sino también para reducir efectos de la adversidad a la que están sometidos, potenciando las autonomías individuales de las personas mayores, propiciando así entornos favorables para el pleno ejercicio de sus derechos.

⁷⁴ Correo electrónico: marinagpierini@gmail.com

⁷⁵ Correo electrónico: Susana_lineiro@hotmail.com

⁷⁶ Correo electrónico: lorenaguaglianone@hotmail.com

Sin embargo el transitar ese camino implica el reconocimiento de esta población en diferentes contextos.

En términos demográficos conocemos sobre la existencia de un alto porcentaje de personas mayores en condiciones de vulnerabilidad social.

La *vulnerabilidad social* se puede entender como un proceso encarado por una persona, grupo o comunidad en desventaja social y ambiental en el que cabe identificar los siguientes elementos:

- 1) existencia de riesgos externos a la persona, grupo o comunidad;
- 2) proximidad a los mismos;
- 3) posibilidad de evitarlos;
- 4) capacidad y mecanismos para superar los efectos de esos riesgos;
- 5) situación final resultante, una vez enfrentadas las consecuencias de la actuación de dichos riesgos (Chambers, 1989; Bohle, 1993; Pérez de Armiño, 1999).

Es por ello que se considera relevante la conformación de servicios de apoyos constituidos desde una perspectiva de *resiliencia*, definida como la capacidad de los seres humanos de superar los efectos de una adversidad a la que están sometidos e, incluso, de salir fortalecidos de la situación. Y en este proceso necesitamos del otro como punto de apoyo para la superación de esa adversidad *El secreto está en ayudar a los viejos a fortalecerse, a reconocer sus fortalezas y confiar en ellas, y a adquirir mayor conciencia social para promover cambios que reduzcan la inequidad y el sufrimiento. Guerrini (2010).*

Según Sánchez Salgado (2005) es importante que el profesional que trabaje con la persona anciana posea una información general con respecto a las características de esta población como un todo, y que esté alerta a la diversidad. No existen características que puedan ser aplicadas uniformemente a esta población, ya que poseen variedad de necesidades y problemas sociales.

Las personas traen a su mayor edad un caudal de experiencias, condiciones de salud y actitudes, diversos patrones de comportamiento y estilos de vida y una gran variabilidad en niveles de funcionamiento físico y emocional. Los profesionales y auxiliares que intervienen en este sector de la población constituyen un apoyo dirigido al individuo, a su familia y a la comunidad, siendo indispensable mantener la identidad individual del sujeto recuperando la autoestima, la confianza en sí misma y fortaleciendo espacios de participación que en muchos casos están debilitados.

El poder dar respuestas a los requerimientos de esta población implica un trabajo interdisciplinario.

La *Gerontología* por su parte es por definición un espacio de encuentro interdisciplinario, de confluencia de teorías y saberes convocados por su objeto de investigación e intervención y no por las disciplinas individuales.

Desde el *Trabajo Social en el campo gerontológico* podemos plantear “re pensar la vejez” y problematizarla desde una mirada crítica y reflexiva, visto el envejecimiento como cons-

trucción social confluyendo en debates y análisis, desde dimensiones éticas y políticas para propiciar procesos transformadores.

Para el presente trabajo proponemos sistematizar la experiencia llevada a cabo por profesionales de Trabajo Social en la capacitación laboral destinada a jóvenes y adultos desocupados, con problemas de empleo y que participan en los programas de empleo del MTEySS.

El “Curso de Auxiliar de Cuidado de Personas con Dificultades de Autonomía Funcional” se inició en el mes de Abril y continúa actualmente en la Dirección de Empleo y Economía Social dependiente de la Subsecretaría de Desarrollo Humano del Municipio de Ituzaingó articuladamente con la Fundación CIPE del Municipio de Hurlingham.

Como hacíamos mención en la necesidad de reflexionar, en la criticidad y en el análisis de ésta problemática que nos convoca, la *sistematización* es esa herramienta facilitadora y necesaria para evaluar nuestras propias experiencias, en palabras de Jara, la sistematización de las experiencias las podemos entender como *un proceso crítico, reflexivo y participativo del cual rescatamos conocimiento, no sólo se reconstruye y ordena la experiencia en forma integradora, sino que también se la interpreta. Esto permite que los sujetos o actores de las experiencias aprendan de ellas y utilicen los conocimientos que han producido para mejorarlas y transformarlas.*

Se hará hincapié en visibilizar y recuperar los procesos dialógicos entre los participantes y las docentes que fueron surgiendo en cada encuentro de la capacitación desde una perspectiva freiriana y desde la intervención socioeducativa que fue el eje pedagógico implementado.

1-El Trabajador Social: recuperando la intervención socioeducativa.

El educando precisa asumirse como tal, pero asumirse como educando significa reconocerse como sujeto que es capaz de conocer y que quiere conocer en relación con otro sujeto igualmente capaz de conocer, el educador, y entre los dos, posibilitando la tarea de ambos, el objeto del conocimiento [...] Más que ser educando por una razón cualquiera, el educando necesita volverse educando asumiéndose como sujeto cognoscente, y no como incidencia del discurso del educador. Es aquí donde reside, en última instancia, la gran importancia política del acto de enseñar (Freire, P.2005: 66).

En relación a nuestra intervención como Trabajadoras Sociales, en esta experiencia del curso de capacitación laboral nos planteamos vislumbrar los contextos en los cuales se enmarcan las personas cuando llegan a la etapa de la vejez, su entorno y la problematización del envejecimiento, partiendo de la base de reconocer las herramientas propias en los procesos de educación no formal, con una visión crítica y reflexiva de la realidad social.

Esa mirada social fue necesaria al encuentro de los grupos de trabajo. El espacio compartido con los participantes del curso de formación laboral permitió también contextualizar las realidades sociales, necesidades y expectativas de las mujeres, hombres adultos y jóvenes que conformaron cada grupo de formación.

Se consideró pertinente crear o reforzar estrategias en relación al cuidado del adulto mayor brindando herramientas de conocimiento gerontológico, con el fin de reconocer y ampliar el ejercicio de los derechos de las personas.

En esta experiencia y como hicimos mención en la introducción, el eje pedagógico implementado se basó en una perspectiva freiriana y de intervención socioeducativa considerando el contexto de la intervención: *la práctica educativa se realizó en el marco de la educación no formal y en un medio social conformado por personas sin empleo y que se encuentran en su mayoría participando en programas sociales.*

Los asistentes del curso de formación pertenecen a cooperativas de trabajo, programas de capacitación y empleo, o se encuentran terminando el secundario en el programa FINES.

Asimismo los participantes según lo expresado realizan el curso con el fin de insertarse laboralmente y contar con un ingreso económico. Aportaron en sus relatos que las experiencias previas en cuidado de personas adultas en mayor porcentaje lo realizaron con sus familiares y en menor porcentaje de manera empírica, en geriátricos o contratados en domicilio y otros manifestaron no tener ningún tipo de experiencia.

Por lo tanto se planteó un diseño del curso contextualizado, personalizado, con prácticas didácticas que permitieran en la personas recursos y estrategias para su desarrollo individual y laboral en función de las necesidades (pensar en derechos) del colectivo participante.

En cada encuentro y con cada eje temático se propuso la reflexión y el pensamiento crítico (de tipo constructivo). Recuperando nuestras percepciones y las del grupo en el proceso de envejecimiento para conocer las diferentes miradas de la vejez, profundizar en la misma, abrir la discusión y el aprendizaje.

Las acciones planificadas y llevadas a cabo en esta experiencia se relacionan a procesos de intervención socioeducativa ya que los mismos visibilizan la participación de las personas como sujetos activos de su propia transformación contemplando la reflexión y análisis de su realidad y del propio entorno social al cual pertenecen.

La intervención socioeducativa ha sido concebida tradicionalmente en *Educación Social* como una acción didáctica, en la medida en que pretende dotar a cada persona de los recursos y estrategias necesarios que le permitan un desarrollo equilibrado individual y como miembro perteneciente a una colectividad.(Castillo) 2003

Sobre éstas prácticas de intervención Caride Gómez sostiene que “Una práctica reconocida es la intervención socioeducativa la cual permite recursos socioeducativos y dispositivos que otorgan a las personas medios, herramientas y estrategias necesarias para el desarrollo individual posible de ser transferido a su propia comunidad, aplicada como práctica social y desde un enfoque crítico las personas, grupos y comunidades tienden a la autodeterminación y su mejoría social” (2005: 73). Estas prácticas socioeducativas exigen el involucramiento de las comunidades locales y atribuyen al *trabajo comunitario* un enorme potencial discursivo, reflexivo y de praxis, cuya fuerza pedagógica no puede desligarse de las prácticas políticas y las relaciones de poder.

El envejecimiento como problemática social requiere acciones específicas que garanticen el bienestar de las personas adultas mayores. Colocar en agenda esta problemática implica el compromiso de actores locales.

Nuestro aporte en este curso fue también el de formar formadores sensibilizados con esta situación, reconociendo en esta experiencia el constante acompañamiento de la Dirección de Empleo y Economía Social dependiente de la Subsecretaría de Desarrollo Humano del Municipio de Ituzaingó y la Fundación CIPE del Municipio de Hurlingham. Los mencionados actores territoriales dan cuenta de su compromiso frente a nuestro tema en cuestión.

1-1 El proceso de envejecimiento desde la dimensión individual. Relato de la experiencia de los encuentros.

¿Cómo nos percibimos viejos?, ¿Cómo imaginamos nuestra vejez?, con éstas preguntas disparadoras en el grupo de participantes iniciamos un encuentro, quince personas conformamos ese día “el grupo de cuidadores”, así nos nombrábamos. Se solicitó que de manera individual expresaran en una frase o con una palabra escrita ese sentir de la vejez rescatando aspectos positivos y negativos de esa etapa. A continuación se transcriben los enunciados esbozados por los concurrentes:

Aspectos Positivos	Aspectos Negativos
<i>La experiencia de vida.</i>	<i>Movilidad reducida.</i>
<i>Tiempo para pasar con sus familiares y estar más relajados, más tranquilos</i>	<i>Alzheimer o enfermedades complicadas.</i>
<i>Alegría.</i>	<i>No contar con el apoyo de familiares.</i>
<i>Ciclo de vida: experiencia y conocimiento.</i>	<i>No ser autónomos.</i>
<i>Vivencias, sabiduría</i>	<i>Tener que cuidarse más, estar más atento a las necesidades propias y de salud.</i>
<i>Envejecer en familia, sin enfermedades graves o en el caso de tenerlas contar con alguien que pueda cuidarlos</i>	<i>Discriminación.</i>
<i>Disfrutan más su vida diaria.</i>	<i>Falta de atención.</i>
<i>Vivir con intensidad.</i>	<i>No aceptar su situación de no poder realizar ciertas cosas.</i>
	<i>Amargura – tristeza.</i>

	<p><i>Patologías. Son más propensos a contraer enfermedades crónicas y tener accidentes domésticos.</i></p> <p><i>Poco acompañamiento del Estado y la sociedad.</i></p> <p><i>Son más confiados en las personas</i></p> <p><i>Son más ingenuos a la sociedad tecnológica.</i></p>
	<i>Estar en soledad</i>

Se puede observar que predominan las miradas negativas sobre las positivas, de esos aspectos negativos expresados se aprecia expresiones sobre “*enfermedades*”, socialmente la idea de vejez-enfermedad y deterioro de la salud entre otras, están ligadas. Además se presupone la vejez como una etapa de pérdidas, manifiestan los participantes: “*estar en soledad*” “*tristeza*”... “*amargura*”.

Las respuestas positivas las podemos interpretar con la necesidad del acompañamiento y el deseo del disfrute y goce que todo sujeto social posee, “el no sentirse solo” de allí también deviene la importancia de las redes de apoyo familiares y comunitarias en ésta etapa.

En esta actividad nos replanteamos estas concepciones y reflexionamos como personas jóvenes si estos mismos sentimientos y pensamientos pueden tener los adultos mayores, el grupo consideró que era posible, además resaltamos el rol del Cuidador y sus funciones para poder transformar esta mirada negativa de la vejez y potenciar aspectos positivos en su futuro laboral. El objetivo en este encuentro fue también reconocer los estereotipos planteados socialmente sobre la vejez.

Socialmente el proceso de envejecimiento conlleva a asociaciones negativas. Se trata de estereotipos dominantes; esta imagen negativa afecta tanto a las actitudes sociales hacia estas personas como a su auto-percepción. Además puede influir en los profesionales que trabajan con las mismas, provocando que no lleven a cabo las actuaciones terapéuticas necesarias para la adecuada atención de la persona mayor (Portal Mayores, 2012).

Podemos definir los *estereotipos* como aquellas creencias sociales compartidas que se tienen sobre grupos o categorías sociales. Los estereotipos asociados a la edad reflejan información sobre la personalidad, los roles sociales y los eventos o experiencias vitales que se consideran propias de cada grupo de edad. Se suelen activar fácilmente ante la presencia de claves asociadas a la edad (como el aspecto físico o el rostro). Son difíciles de cambiar, aunque la persona que los tenga posea información que los contradiga. Además suelen operar cuando falta información o cuando nos encontramos ante situaciones ambiguas (Arias y Morales, 2007).

En otro encuentro recurrimos a la estrategia de la lectura utilizamos un artículo periodístico: “*Nuestras referencias sobre la vejez siguen atrasando*”, reportaje a Ricardo Iacub, Doctor en psicología y especialista en Gerontología, nos dividimos en dos grupos para la lectura, reflexión y posterior debate, además se propuso el armado de afiches con las conclusiones grupales.

El eje temático fue los “*Mitos sobre la vejez*” El mito, palabra griega que significa cuento, palabra o historia, y designa un relato ambiguo, metafóricamente rico, generalmente de contenido religioso o sobrenatural protagonizado pocas veces por hombres, según la Real Academia Española define al mito como: persona o cosa a la que se le atribuyen cualidades o excelencia que no tienen o bien, una realidad de la que carecen. Citando a

Martínez Valdés (2006) define al mito como el conjunto de creencias sobre una misma idea, que se impone en el seno de una colectividad. Encarnan los fenómenos fundamentales de la vida: el amor, la muerte, el tiempo, etc.

El mito es para cada pueblo una manera de ser y su relación con el medio natural en el que vive. “Los mitos transmiten valores y creencias de una determinada cultura, y generalmente aparecen para explicar lo inexplicable, siendo una manera de oscurecer la verdad.

La percepción de la vejez por la sociedad ha estado marcada por un conjunto de mitos y prejuicios transmitidos y generalizados por procesos de socialización. En sentido general, se considera la vejez una etapa negativa de involución, y no como una etapa auténtica de desarrollo humano.

Existen diversos *mitos y prejuicios* respecto a la vejez los que conjuntamente en el curso hemos trabajado y posteriormente reflexionado mencionamos

- ✓ El envejecimiento es un proceso irreversible.
- ✓ El mundo es de los jóvenes.
- ✓ Envejecer es cosa de viejos.
- ✓ Lo normal es la juventud, lo anormal es el envejecimiento.
- ✓ Los viejos están llenos de enfermedades.


Entre otras creencias que la sociedad tiene sobre la vejez podemos indicar:

- ✓ La mayoría de las personas mayores tienen demencia...
- ✓ Las personas mayores ya no tienen capacidad de aprendizaje...
- ✓ Las personas mayores son más infelices que otros grupos de edad...
- ✓ Las personas mayores no mantienen relaciones sexuales...
- ✓ La depresión es más común en la vejez...

Estos mitos, las miradas sociales sobre la vejez, el lugar que socialmente se les atribuye, condicionan a las propias personas mayores por lo cual es necesario generar una sensibilidad distinta y positiva hacia los adultos mayores. Promover el envejecimiento activo desde una perspectiva de derechos, el cuidador entre sus funciones puede incidir en la desmitificación de estos prejuicios y estereotipos.

2- Sobre algunos ejes temáticos abordados

Las profesionales diseñaron un Cuadernillo como guía teórica de 122 páginas con el objetivo de difundir sobre la temática. El mismo quedó a disposición de los participantes, se ofreció a la Fundación CIPE y a la Dirección de Empleo y Economía Social dependiente de la Subsecretaría de Desarrollo Humano del Municipio de Ituzaingó. Dado la extensión de los temas proponemos como anexo en el presente trabajo.




Fundación CIPE
PROGRAMA DE FORMACIÓN PROFESIONAL

Curso: Auxiliar de Cuidado de Personas con Dificultades de Autonomía Funcional
- Guía Teórica-

Profesoras a cargo:

- Lic. Marina Pierini
- Lic. Susana Liñeiro

2016



3-Capacitación Laboral: El cuidador y el grupo en los encuentros.

La formación de *cuidadores de personas mayores* debe ir acompañado de una política estatal que logre garantizar los derechos de las mismas y los derechos de las personas a capacitarse e integrarse socialmente a partir del trabajo.

Los programas orientados a mejorar la empleabilidad de las personas y la demanda de oportunidades de trabajo están vinculados a un modelo de Estado que pretenda la inclusión.

Como antecedentes podemos mencionar “El Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios” que se constituyó como una política social orientada tanto a mejorar la calidad de vida de las personas mayores como a posibilitar a las personas desocupadas el logro de una inserción en el mercado formal de trabajo. En ambos casos, se favorece la inclusión social y la participación en la comunidad desde un paradigma de derechos y de ciudadanía plena, en pos de “una sociedad para todas las edades” (Arias, 2009: 30).

Otro ejemplo en relación es el desarrollado por la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores que implementa acciones participativas y de integración, como “El Conse-

jo Federal de Mayores”, “La experiencia cuenta”, el “Voluntariado social” y los “Cuidadores domiciliarios”.

El cómo se implementa un curso de capacitación laboral, en nuestro caso de cuidados domiciliarios para personas adultas, tendrá que ver con diversas variables, el compromiso de los actores involucrados, la población destinataria y el enfoque que el educador propicia en cada capacitación.

En esta experiencia *las profesionales se plantearon no solo transmitir contenidos teóricos sino también enriquecer a cada participante, escuchar sus trayectorias individuales y estimular sus capacidades para poder transformar el espacio y el recorrido del curso en un empoderamiento individual y colectivo.*

En ese transitar se visibilizaron los relatos personales, los grupos cumplieron roles en diferentes momentos siendo escucha y conteniendo a sus pares, se transmitieron además entre ellos valores, se solidarizaron con el otro, identificándose en experiencias similares de vida. Entablaron lazos, reforzaron vínculos algunos compartían el espacio de la cooperativa, otros eran del mismo barrio.

Una característica importante fue el intercambio intergeneracional ya que se conformaron grupos con jóvenes y personas adultas entre ellos abrían debates, intercambiaban ideas, los más jóvenes impulsaron los grupos de watsapp, el uso de las redes sociales, los adultos se encargaban de sacar fotocopias. Los encuentros continuaron en otros espacios según lo relatado se reunían para compartir material y estudiar.

Esta vivencia compartida grupalmente que se sintetiza consideramos que es parte también de la capacitación, proyectándonos a pensar en el futuro laboral de estas personas que acompañaran a otras y que se puede inferir lo implementarán con valores propios y respeto por los otros que dieron a conocer en el curso.

Seguramente no se puede garantizar en este contexto actual la inmediata inclusión laboral de los participantes, fue uno de los debates en el grupo, por lo cual, hubo coincidencia general en reivindicar la importancia de estos espacios de formación, la defensa y el cuidado de los mismos. Intentamos las Trabajadoras Sociales, para culminar, *generar en los grupos una sensibilidad distinta sobre la vejez, más positiva, despojada de prejuicios para entre todos poder comprender que las personas envejecemos, en diferentes los contextos pero en todos tenemos derechos adquiridos que debemos dar a conocer y continuar defendiendo.*

Mujer, 56 años, residente en Villa Udaondo, participante del curso (recuperado de la encuesta de opinión realizada a cada participante al finalizar el curso)

“Me entere del curso por la Cooperativa Argentina Trabaja todo lo que aprendí no lo sabía no me esperaba aprender tanto...según tengo entendido podré trabajar cuando tenga mi certificado...me dio mucho gusto haber conocido a nuevas personas aprendí también de ellas.. la vejez es algo natural la sociedad no la respeta..muchas gracias que dios las bendiga”.

Referencia bibliográfica

Castillo Arredondo, A. Diago, J. (2003) Evaluación de programas de intervención Socioeducativa: Agentes y Ámbitos, España, Madrid.

Jara, O. (1994) Orientaciones teórico-prácticas para la Sistematización de Experiencias disponible en http://www.bibliotecavirtual.info/wp-content/uploads/2013/08/Orientaciones_teorico-practicas_para_sistematizar_experiencias.pdf.

Disponible en: <https://prezi.com/b9knvygxnx5/mitos-y-creencias-de-la-vejez/>

Martínez Valdés M. V. Vejez y sexualidad: una realidad más que posible. [. URL disponible en: <http://vmmartin@unsl.edu>

Manual de Cuidados domiciliarios. Cuadernillo N°1 Nuevos Paradigmas en Políticas Sociales. Nuevos escenarios Gerontológicos. Ministerio de Desarrollo Social. Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores .Presidencia de la Nación. Argentina (2010).

Paola, J. Danel, P. Manes, R. (2012) 2as. Jornadas de Trabajo Social en el Campo Gerontológico. carrera de Trabajo Social (FCS-UBA) Reflexiones en torno al Trabajo Social en el Campo Gerontológico tránsitos, miradas e interrogantes. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/27629/Libro+Reflexiones+en+torno+al+TS+en+el+campo+gerontol%F3gico+FINAL.pdf>.

Sánchez Correa,J; Itzá Canché,M.; Uc Centeno,J y otros :Mitos y creencias de la vejez. (2013).

Disponible en: <https://prezi.com/b9knvygxnx5/mitos-y-creencias-de-la-vejez/>

Sánchez Salgado, C. (2005). Gerontología Social. Editorial Espacio. Bs. As. Sánchez Correa,J; Itzá Canché,M.; Uc Centeno,J y otros :Mitos y creencias de la vejez. (2013).

Circulares

Primera comunicación

La Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad de La Matanza tiene el agrado de informar acerca de la realización de la IV Jornada Internacional de Trabajo Social en el campo Gerontológico “Reflexiones y puntos de vista para una lectura de la realidad de los mayores hoy”, a realizarse los días 8 y 9 de Septiembre del corriente en nuestra sede.

Reconociendo la riqueza de los debates y las valiosas contribuciones tanto a la profesión como a la producción académica que surgen del intercambio en bien de las personas mayores en nuestro país y en la región, la apuesta es dar continuidad a la generación de un espacio de intercambio y reflexión que nos permita fortalecer la Red Latinoamericana de Profesionales y Docentes que se desempeñan en el campo Gerontológico (REDGETS), y habilitar la palabra de los que trabajamos en este campo.

Un recorrido por los fundamentos de las 3 (tres) Jornadas que en años anteriores han podido concretarse a través de la Red Latinoamericana de Profesionales y Docentes que se desempeñan en el campo Gerontológico (REDGETS) permite establecer un hilo conductor donde se entrelazan en primer lugar, la intervención, considerada en su sentido sustantivo y no instrumental, intervención que abarca en su seno al ejercicio profesional, la producción de conocimientos y la formación académica y en segundo lugar, la perspectiva profesional crítica, en la que se juegan fundamentos teóricos, ideológicos, políticos, éticos y operativos, a partir de los cuales consideramos posible cuestionar, modificar o sustituir las interpretaciones dominantes sobre las necesidades de las personas mayores en la Argentina y en la Región. Perspectiva que cuenta como eje el compromiso activo con los mayores y con la esperanza de una región equitativa y justa.

Las intervenciones sociales a las que aspiramos compartir y difundir en esta IV Jornada, encuentran su piso de sustentación en la visión que impulsan las políticas de reconocimiento de los derechos de las personas mayores. En tal sentido, una exigencia ético-política de la perspectiva que impulsamos es considerar a los mayores como sujetos políticos y no meramente como sujetos de las políticas, permitiéndoles ser parte de lo nuevo, de la invención, de la creación de lo social a partir de prácticas inclusivas.

Invitamos a los profesionales del campo gerontológico en sentido interdisciplinario y amplio, a los mayores interesados en reflexionar acerca de estos temas, a los docentes, egresados y estudiantes a participar socializando sus experiencias y sus producciones. Se encuentra

disponible, el acceso a una preinscripción, escribiendo un correo electrónico a la casilla jornadats@unlam.edu.ar

Ejes que articularán las mesas de exposición y debate:

Perspectiva Argentina y latinoamericana en Trabajo Social en el campo Gerontológico.

La construcción de políticas ante el incremento de la atención de la dependencia y la profesionalización de los servicios.

Los centros de jubilados y la nueva situación social

La criticidad en la intervención con personas mayores

Modalidades: panel, exposiciones, plenarios de discusión.

Fecha límite para la presentación de trabajos libres: 30 de julio de 2016.

Comité Organizador:

Licenciatura en Trabajo Social Universidad Nacional de La Matanza – UNLaM

Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional de La Plata- UNLP

Carrera de Trabajo Social - Facultad de Ciencias Sociales – UBA

Facultad de Ciencias Sociales y Económicas - Observatorio de Envejecimiento, Cultura y Ruralidad de la Universidad Católica del Maule -- Chile

Comité Académico:

Prof. Mg. Paula Danel, Prof. Mg. Romina Manes; Prof. Mg. Jorge P. Paola; Prof. María Gladys Olivo Viana; Prof. Lic. Natalia Samter; Prof. Dr. Marcelo Piña Morán; Prof. Esp. Julieta Arroyo; Prof. Esp. Cristina Sterla; Prof. Lic. María Moure.

Informes: Florencio Varela 1903 (B1754JEC), San Justo, Provincia de Buenos Aires, Argentina. Teléfono: (54) (11) 4480-8900 interno 8827

Segunda comunicación

IV Jornada Internacional de Trabajo Social en el campo Gerontológico: “Reflexiones y puntos de vista para una lectura de la realidad de los mayores hoy”

La Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad de La Matanza tiene el agrado de informar acerca de la realización de la IV Jornada Internacional de Trabajo Social en el campo Gerontológico “Reflexiones y puntos de vista para una lectura de la realidad de los mayores hoy”, a realizarse los días 8 y 9 de Septiembre del corriente en nuestra sede.

El Comité Organizador de la IV Jornada Internacional de Trabajo Social en el campo gerontológico invita a los colegas, a los profesionales del campo gerontológico en sentido interdisciplinario y amplio, a los mayores interesados acerca de la temática, a los docentes, egresados y estudiantes a participar socializando sus experiencias y sus producciones.

Se encuentra disponible, una casilla de correo electrónico jornadats@unlam.edu.ar, para consultas e informes

La jornada se desarrollará en el “Patio de las Américas” de la Universidad Nacional de La Matanza - Florencio Varela 1903 (B1754JEC), San Justo, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Comité Organizador:

Licenciatura en Trabajo Social Universidad Nacional de La Matanza – UnLaM

Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional de La Plata- UNLP

Carrera de Trabajo Social - Facultad de Ciencias Sociales – UBA

Facultad de Ciencias Sociales y Económicas - Observatorio de Envejecimiento, Cultura y Ruralidad de la Universidad Católica del Maule— Chile

Comité Académico:

Prof. Mg. Paula Danel, Prof. Mg. Romina Manes; Prof. Mg. Jorge P. Paola; Prof. María Gladys Olivo Viana; Prof. Lic. Natalia Samter; Prof. Dr. Marcelo Piña Morán; Prof. Esp. Julieta Arroyo; Prof. Esp. Cristina Sterla; Prof. Lic. María Moure.

Costos

El valor de la inscripción es de \$ 300 para profesionales y graduados.

La inscripción se realiza a través del link: <http://jornadats.unlam.edu.ar/>, donde surgirá el cupón de pago de arancel, que se deberá presentar al momento de la acreditación.

La inscripción es gratuita para personas mayores y estudiantes universitarios (La inscripción previa es obligatoria). En caso de estudiantes, la inscripción se realiza por mail a jornadats@unlam.edu.ar debiendo consignar Apellido y Nombre, DNI, Carrera y Universidad. Al momento de la acreditación se solicitará constancia de alumno regular. En caso de Adultos Mayores, la inscripción se realiza en el área de Socio-Culturales de la Secretaría de Extensión Universitaria de la UNLaM, y / o el mismo día del evento.

Ejes y temas que articularán las exposiciones y los debates

- **Perspectiva Argentina y latinoamericana en Trabajo Social en el campo Gerontológico.**

- ¿Agentes sociales u objetos de investigación / intervención?
- ¿Lo asilar como ideario vigente? Desafíos y experiencias actuales.
- Aporte del Trabajo Social a los Modelos de Atención en Gerontología Comunitaria e Institucional

- Los trabajadores sociales y los desafíos del enfoque interdisciplinario.
- Las Tecnología de la Información y la Comunicación (TIC) y el Trabajo Social actual

- **La construcción de políticas ante el incremento de la atención de la dependencia y la profesionalización de los servicios.**

- Políticas público-sociales y procesos de envejecimiento.
- El diseño de una política de cuidados progresivos: Posibilidades y obstáculos para su concreción.

- La formulación de políticas de abajo hacia arriba.
- Lo político, la política y los procesos de intervención del Trabajo Social en el campo Gerontológico.

- **Los Centros de Jubilados y la nueva situación social**

- La relación Universidad y Personas Mayores: una innovadora vigencia.
- Los adultos mayores y las propuestas socio culturales recreativas
- El envejecimiento activo a través de las miradas nutricionales, de la actividad física y de los talleres cognitivos.

- El impacto informático y la web en la vida de las personas mayores en nuestro medio.
- ¿Existe un movimiento de personas mayores en nuestro país?

- **La criticidad en la intervención con personas mayores**

- Modificaciones en el pensamiento gerontológico actual.
- Relación Trabajo Social y Gerontología crítica.
- Aplicación de las teorías sociales al proceso de envejecimiento: ¿No hay nada más práctico que una buena teoría?

Modalidad de funcionamiento

La IV Jornada Internacional de Trabajo Social en el Campo gerontológico propone la realización de distintos espacios:

- Conferencias centrales a realizarse en el Patio de las Américas

- Mesas de trabajos libres, en la modalidad taller, en aulas especialmente habilitadas
- Demostraciones, dramatizaciones, actividades socio culturales y recreativas.

Estimados/as colegas y profesionales: Les informamos que está disponible el reglamento para la presentación de resúmenes hasta el 30 de julio de 2016. Asimismo, la fecha límite para remitir las ponencias completas es hasta el 19 de agosto de 2016.

Los trabajos se envían a jornadats@unlam.edu.ar

Informes e inscripción: jornadats@unlam.edu.ar

Licenciatura en Trabajo Social

Universidad Nacional de La Matanza

Florencio Varela 1903 (B1754JEC), San Justo, Provincia de Buenos Aires, Argentina. Teléfono: (54) (11) 4480-8900 interno 8827

Tercera comunicación

IV Jornada Internacional de Trabajo Social en el campo Gerontológico: “Reflexiones y puntos de vista para una lectura de la realidad de los mayores hoy”

La Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad de La Matanza tiene el agrado de informar acerca de la realización de la IV Jornada Internacional de Trabajo Social en el campo Gerontológico “Reflexiones y puntos de vista para una lectura de la realidad de los mayores hoy”, a realizarse los días 8 y 9 de Septiembre del corriente en nuestra sede.

El Comité Organizador de la IV Jornada Internacional de Trabajo Social en el campo gerontológico invita a los colegas, a los profesionales del campo gerontológico en sentido interdisciplinario y amplio, a los mayores interesados acerca de la temática, a los docentes, egresados y estudiantes a participar socializando sus experiencias y sus producciones.

Se encuentra disponible, una casilla de correo electrónico jornadats@unlam.edu.ar, para consultas e informes

La jornada se desarrollará en el “Patio de las Américas” de la Universidad Nacional de La Matanza - Florencio Varela 1903 (B1754JEC), San Justo, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Comité Organizador:

Carrera de Trabajo Social Universidad Nacional de La Matanza – UNLaM

Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional de La Plata – UNLP

Carrera de Trabajo Social - Facultad de Ciencias Sociales – UBA

Facultad de Ciencias Sociales y Económicas – Observatorio de Envejecimiento, Cultura y Ruralidad de la Universidad Católica del Maule -- Chile

Comité Académico:

Prof. Mg. Paula Danel, Prof. Mg. Romina Manes; Prof. Mg. Jorge P. Paola; Prof. María Gladys Olivo Viana; Prof. Lic. Natalia Samter; Prof. Dr. Marcelo Piña Morán; Prof. Esp. Julieta Arroyo; Prof. Esp. Cristina Sterla; Prof. Lic. María Moure.

Alojamiento y medios de transporte

Para los asistentes que requieran alojamiento en Buenos Aires, les sugerimos hospedarse en la Ciudad de Buenos Aires, zona de Congreso, dado que La Matanza no cuenta con hotelería, y se encuentra alejada de los barrios de la Capital.

La Universidad pondrá a disposición de los asistentes 2 combis que partirán de la Sede de Posgrado, sita en Moreno 1623, cercana al Congreso.

El jueves 8/9 ambos móviles saldrán de la sede de Posgrado de la Universidad a las 7,15 hs, y partirán de la Universidad a las 18, 45 hs con destino a la misma sede.

El viernes 9/9 ambos móviles saldrán de la sede de Posgrado de la Universidad a las 8,15 hs, y partirán de la Universidad a las 18, 30 hs con destino a la misma sede.

La capacidad de las combis es limitada, por lo que solicitamos a los interesados se anoten a través del correo electrónico de la Jornada: jornadats@unlam.edu.ar, aclarando en el asunto "reserva traslado". Las reservas podrán realizarse hasta el 31/8, inclusive.

Para aquellos que se movilicen en transporte público, varias son las formas de llegar hasta la Universidad. Del barrio de Once (Plaza Miserere), sita a 10 cuadras de Congreso salen el Tren Sarmiento hasta Ramos Mejía, y desde allí, hay varias líneas de colectivos (96, 205 y 621), o bien la Línea 88, que sale de Plaza Miserere que los deja en la puerta de la Universidad. Hay que considerar que el tiempo de viaje, que oscila en 1 h 30' / 1 h 45'.

Estimados/as colegas, profesionales y estudiantes: Les recordamos que al momento de la acreditación, deberán presentar el cupón de pago correspondiente, en el caso de los profesionales, y la constancia de alumno regular, en el caso de los estudiantes.

Informes: jornadats@unlam.edu.ar

Inscripción para profesionales <http://jornadats.unlam.edu.ar/> y para estudiantes jornadats@unlam.edu.ar

Licenciatura en Trabajo Social

Universidad Nacional de La Matanza

Florencio Varela 1903 (B1754JEC), San Justo, Provincia de Buenos Aires, Argentina. Teléfono: (54) (11) 4480-8900 interno 8827

Reglamento

REGLAMENTO DE LA IV JORNADA INTERNACIONAL DE TRABAJO SOCIAL EN EL CAMPO GERONTOLÓGICO

1. Los trabajos y experiencias a presentar en mesas libres de la IV Jornada Internacional de Trabajo Social en el campo Gerontológico deberán ser originales e inéditos. La mera presentación del trabajo será interpretada como una manifestación jurada de esta condición.
2. Los Trabajos presentados deberán ser incluidos en algunas de los ejes temáticos que orientan la IV Jornada:
 - **Perspectiva Argentina y latinoamericana en Trabajo Social en el campo Gerontológico.**
 - Agentes sociales u objetos de investigación/ intervención?
 - ¿Lo asilar como ideario vigente? Desafíos y experiencias actuales
 - Aporte del Trabajo Social los Modelos de Atención en Gerontología Comunitaria e Institucional
 - Los trabajadores sociales y los desafíos del enfoque interdisciplinario.
 - Las Tecnología de la Información y la Comunicación (TIC) y el Trabajo Social actual.
 - **La construcción de políticas ante el incremento de la atención de la dependencia y la profesionalización de los servicios.**
 - Políticas público- sociales y procesos de envejecimiento
 - El diseño de una política de cuidados progresivos: Posibilidades y obstáculos para su concreción
 - La formulación de políticas de abajo hacia arriba
 - Lo político, la política y los procesos de intervención del Trabajo Social en el campo Gerontológico.
 - **Los Centros de Jubilados y la nueva situación social**
 - La relación Universidad y Personas Mayores: una innovadora vigencia
 - Los adultos mayores y las propuestas socio culturales recreativas
 - El envejecimiento activo a través de las miradas nutricionales, de la actividad física y de los talleres cognitivos
 - ¿Existe un movimiento de personas mayores en nuestro país?**
 - El impacto de la informática e internet en la vida de las personas mayores en nuestro medio
 - **La criticidad en la intervención con personas mayores**
 - Modificaciones en el pensamiento gerontológico actual.
 - Relación Trabajo Social y Gerontología crítica
 - Aplicación de las teorías sociales al proceso de envejecimiento: ¿No hay nada más práctico que una buena teoría?

Desafíos e interrogantes del Trabajo Social Crítico al campo Gerontológico

Los autores propondrán la categoría en la que consideran debieran ser incluidos sus trabajos. No obstante, será facultad del Comité Científico aceptar o modificar la categoría propuesta.

3. Los trabajos deberán adaptarse a las normas de presentación dispuestas en el anexo al presente reglamento.
4. El texto del trabajo deberá ser precedido de un resumen que incluya los objetivos y la propuesta del mismo, con una extensión máxima de 300 (trescientas) palabras. La presentación (excluidas Carátula, Índice, Resumen y Bibliografía) no podrá superar las 15 (quince) páginas.
5. El plazo para la presentación de resúmenes vencerá el 30 de Julio de 2016 y para los trabajos Libres (completos) vencerá 20 (veinte) días antes de la fecha de comienzo de la IV Jornada Internacional de Trabajo Social en el Campo Gerontológico (Fecha límite: 19/08/2016). Los datos que identifiquen a los autores deberán figurar exclusivamente en la carátula del trabajo. Los trabajos serán enviados a la casilla de correo jornadats@unlam.edu.ar
6. El Comité Organizador enviará de inmediato los trabajos recepcionados a la Coordinación del Comité Académico.
7. El Comité Académico enviará sus dictámenes al Comité Organizador con una anticipación mínima de 15 (quince) días a la fecha de celebración de la IV Jornada Internacional de Trabajo Social en el campo Gerontológico. El dictamen indicará exclusivamente el código del trabajo y la mención: "Aceptado" o "Rechazado".
8. Los trabajos serán rechazados por los siguientes motivos:
 - a) Que el tema no pueda ser encuadrado dentro de los ejes de debate. .
 - b) Que contenga errores técnicos.
 - c) Que muestre evidencias de plagio en todo o en parte.
 - d) Que las ideas centrales desarrolladas resulten una reiteración de las contenidas en publicaciones anteriores, sin incorporación de nuevos aportes, ejemplificaciones o cuestionamientos suficientemente significativos.
 - e) Que contenga significativos errores de sintaxis, ortografía y redacción.
 - f) Otras causas fundadas.
9. El trabajo será definitivamente rechazado si la mayoría simple de los dictaminantes coinciden en esa opinión.
10. Los trabajos rechazados, no podrán ser expuestos por sus autores.
11. Los resultados de las evaluaciones serán informados por el Comité Organizador quien comunicará los resultados a los autores, a quienes se les hará conocer tanto la aceptación como el rechazo de su ponencia. En este último caso, con indicación de los "motivos del rechazo" de acuerdo con las pautas del punto nº 9.

12. Todos los autores de los trabajos aceptados deberán concretar su inscripción en las Jornadas dentro de los 10 (diez) días de haberseles informado la aceptación. En caso contrario, el trabajo no podrá ser expuesto en las sesiones.
13. Para la evaluación de los trabajos recibidos, se tendrán en cuenta las siguientes pautas:
 - a) Originalidad del enfoque (grado de innovación)
 - b) Calidad de la propuesta.
 - c) Empleo de terminología técnica.
 - d) Calidad de la redacción.
 - e) Utilidad.
 - f) Otras consideraciones.
14. Los Paneles Centrales de la Jornada se encontrarán a cargo de destacados profesionales que por su trayectoria y compromiso con la temática han sido especialmente invitados por el Comité Organizador (CO). Estas exposiciones podrán ser individuales o mediante la conformación de paneles de no más de 3 (tres) integrantes. Las que serán efectuadas en la sala auditorio o en las aulas especialmente habilitadas en donde se desarrollarán la Jornada.
15. Los expositores de los trabajos libres tendrán oportunidad de disertar acerca de los mismos en aulas habilitadas al respecto. Cada una de las aulas contará con un/ coordinador/a destacado/a por el CO.
Los Trabajos Libres responden a lineamientos previamente explicitados, por lo cual a la finalización de cada una de las exposiciones de los profesionales invitados, paneles, etc. y de los expositores de los TL se concretará un plenario a los efectos de preguntar, compartir, aclarar y obtener conclusiones parciales de los temas tratados en ese tramo. Hacia la finalización de la Jornada el CO expondrá las conclusiones generales de las mismas mediante la lectura de un documento ad – hoc.
16. Las mesas conforman una sesión científica de 120 minutos de duración total en donde se desarrolla un tema central constituido por tres partes: Cada parte será desarrollada por un disertante en 15 minutos. Para la presentación, el salón tendrá a su disposición, una computadora y un cañón para su presentación en power point. Se trabajará en la modalidad Taller a los fines de generar un diálogo fluido entre expositores y participantes.
17. Como producto de la Jornada se realizará una publicación, en la que se incluirán aquellos Trabajos Libres que el Comité Organizador y Académico considere pertinente.

