

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”, quisiéramos 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 viejoismo 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 viejoismo 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 viejoismo 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 viejoismo 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).