Vivir con calidad en la etapa de la vejez significa mantener la capacidad funcional tal como lo expresa la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que define el estado de salud entre los envejecidos no en términos de déficit sino de mantenimiento de la capacidad funcional.

ISBN 978-1-387-61687-9
90000
9 781387 616879

El adulto mayor desde la perspectiva de la funcionalidad

Martha Silva - Olga Suárez

El Adulto Mayor
desde la perspectiva de la funcionalidad

UNIVERSIDAD METROPOLITANA

Martha Silva Pertuz
Olga Suárez Landazabal
Compiladores

EL ADULTO MAYOR DESDE LA PERSPECTIVA DE LA FUNCIONALIDAD

Martha Elena Silva Pertuz, Olga Suárez Landazábal
Compiladores

EL ADULTO MAYOR DESDE LA PERSPECTIVA DE LA FUNCIONALIDAD

El adulto mayor desde la perspectiva de la funcionalidad

Compiladores: Martha Elena Silva Pertuz, Olga Suárez Landazábal

Editor: Dougglas Hurtado Carmona

© 2018, Copyright Primera Edición

ISBN (Print): 978-1-387-61687-9
ISBN (Ebook): 978-1-387-61686-2

Contacto:
Publicaciones Científicas
Universidad Metropolitana
publicacionescientificas@unimetro.edu.co
olga.suarez@unimetro.edu.co
m.silva@unimetro.edu.co

Portada: Adaptada por Yoveris Solano Arrieta de Holding two people hands young and old closeup black and white picture. Contenido: #182924373 | Autor: © De Visu. Fotolia.com

Contraportada: Adaptada por Yoveris Solano Arrieta de Happy Senior Man Sitting With Arm Around Woman On Couch Contenido: #71538604 | Autor : © Tyler Olson. Fotolia.com

Ninguna parte de esta publicación, incluido su diseño de portadas e ilustraciones, puede ser reproducida, almacenada o transmitida de manera alguna ni por ningún medio de cualquier especie sin permiso previo del editor.

DEDICATORIA

El ciclo o curso vital de los seres humanos, nos obsequia permanentemente con interacciones saludables, en las diversas etapas de éste. Niños que nos reconfirman continuamente el milagro de la existencia, adolescentes que nos hacen sentir la revolución del tiempo y las hormonas; adultos que constatan el recorrido de rutas posibles para ser, para hacer, para tener y para estar; los años de la medianía que amorosamente nos anuncian otras alternativas vitales, para disponernos al madurado paisaje epidérmico y al tiempo plateado de la sabiduría y el goce por los caminos transitados.

Se dedicadas pues, estas líneas consignadas en capítulos de savia y ciencia, de amor y experiencia, *a las personas mayores*, que en el tesoro de la vejez, se hallan dispuestos al camino por la salud y sus vicisitudes, funcionales o disfuncionales, obsequiosos preludios para recibir otras formas de vida , más allá de sus posibilidades terrenales:

A nuestros viejos y al viejo (a) que seremos, reivindicando el positivo sentido, de constituirnos en adultos mayores, con identidad reconocida y con apertura a la educación activa y expresiva, que la relación con los otros, nos depara.

Los Autores

AGRADECIMIENTOS

A las personas mayores, en la etapa de la vejez, quienes construyen caminos vitales, para nutrir cual faros luminosos, la interdependencia cronológica, con jóvenes y niños.

A la Universidad Metropolitana, Alma Mater que posibilita indagar e ir tras el vestigio y las huellas (investigar) que la edad en los años plateados hereda a las subsiguientes generaciones.

A la Dirección Institucional de Investigaciones (DIDI), de la cual hace parte el Grupo de Investigación EDUSAR (Educación, Salud y Rehabilitación), una de cuyas líneas investigativas, permite las pesquisas sobre el adulto mayor desde la perspectiva de la funcionalidad.

A las Coordinaciones de Investigación Productiva y de Publicaciones Científicas de la Universidad Metropolitana., por apoyar y motivar los productos investigativos, que se visibilizan y socializan en pro de la salud integral en la vejez.

CONTENIDO

Prólogo **21**

Introducción **23**

Las relaciones intergeneracionales y su incidencia en la educación superior **25**

Introducción 25
Fundamento Teórico 26
Metodología y resultados 32
Conclusiones 36
Referencias bibliográficas 37

Salud mental y vejez, unas proposiciones **39**

Preámbulo 39
¿Que significará salud mental en términos de la vejez? 40
Reflexiones finales 42
Referencias bibliográficas 45

Emprendimiento y negocios por personas mayores: experiencias que dignifican la vejez **49**

Introducción 49
Justificación 49
Objetivo general del Programa “VEJEZ Y ARTE” 50
Objetivos específicos: 50
Metodología 50

Lo que queda del cuerpo: cuerpo y vejez **55**

Introducción 55
Del cuerpo qué queda 56
Reflexiones finales 57
Referencias Bibliográficas 60

Alternativas ocupacionales, sentido y significado en la persona mayor 63
Introducción 63
Demencia 64
Calidad de Vida 65
Necesidades Ocupacionales 66
Resultados 69
Conclusiones 73
Referencias bibiográficas 74

Memoria y vejez en una novela contemporánea: En la laguna más profunda de Óscar Collazos 77
Introducción 77
El adulto mayor en la literatura moderna 77
Los adultos mayores en la población colombiana 79
Los personajes de la novela, reflejos de la vida real 80
La familia: responsabilidad infinita 81
La memoria y la conexión con la realidad 83
La memoria en la literatura 85
Memoria individual y memoria colectiva 86
Imaginación y memoria 87
El papel de la literatura en el cuidado del adulto mayor 88
Referencias bibliográficas 89

La Gerontagogía: una alternativa desde la educación social y permanente para personas mayores 91
Introducción 91
Algunos antecedentes 92
Aproximaciones a la Educación Social (ES) y la Gerontagogía (Gg) 93
Referencias Bibliográficas 98

Modelo de atención centrada en la persona aplicado a una muestra española de personas mayores con demencia institucionalizadas 101

Introducción 101
Metodología 104
Resultados 108
Discusión 112
Conclusiones 115
Referencias bibliográficas 116

La preparación al retiro laboral como un proceso 119
Introducción 119
Marco referencial 120
Objetivos específicos 122
Metodología 123
Conclusiones 123
Referencias bibliográficas 124

Alimentación y nutrición del adulto mayor desde la perspectiva de la funcionalidad 125
Introducción 125
Marco referencial 126
Marco conceptual 128
Causas No fisiológicas 130
Causas fisiológicas 131
Peso corporal. 132
Otras medidas antropométricas 133
Evaluación bioquímica 133
Evaluación inmunológica 134
Evaluación clínica 134
Minerales 138
Conclusiones 140
Referencias 140

Envejecimiento y funcionalidad del adulto mayor: reto para el fisioterapeuta 143
Introducción 143

Concepto de funcionalidad 144
Funcionalidad y cambio por sistemas 145
Valoración de la funcionalidad 147
Envejecimiento activo 148
Prevención de la funcionalidad 149
Conclusiones 150
Referencias bibliográficas 150

La vejez: actitud frente a la crianza y cuidado de los nietos 153
Introducción 153
Actitudes 154
Prácticas de crianza 155
La familia como espacio de socialización 156
Actitud frente a la crianza y cuidado de los nietos: Resultados 160
Conclusiones 162
Referencias bibliográficas 165

Presbifagia: pautas de abordaje preventivo 169
Introducción 169
Pautas de abordaje preventivo 169
Referencias bibliográficas 173

El emprendimiento como estrategia para el uso adecuado del tiempo libre en el adulto mayor. Una experiencia con adultos mayores institucionalizados 175
Introducción 175
Preliminares de la experiencia 178
Una propuesta congruente con el envejecimiento activo 179
Seguimiento del proceso: un encuentro de voluntades 182
Limitaciones y fortalezas 183
Conclusiones y recomendaciones finales 183
Referencias Bibliográficas 184

Funcionalidad en el adulto mayor: ¿qué nos dicen los números? 187

Introducción 187

Justificación 187

Desarrollo 189

Conclusiones 194

Referencias bibliográficas 194

Epílogo 197

ÍNDICE DE AUTORES

Prólogo 21

Olga Suárez Landazábal

Introducción 23

Martha Silva Pertuz

Las relaciones intergeneracionales y su incidencia en la educación superior 25

Lenny Mercedes Muñoz

Adriana Aponte Rivera

Salud mental y vejez, unas proposiciones 39

Guillermo Staaden Mejía

Emprendimiento y negocios por personas mayores: experiencias que dignifican la vejez 49

Janeth del Socorro Arias

Luz Estella Serrano

Katherine Beleño

Ana Acosta

Lo que queda del cuerpo: cuerpo y vejez 55

Judith Elena García Manjarrés

Alternativas ocupacionales, sentido y significado en la persona mayor 63

Franci Esmit Aroca Perdomo

Sandra Patricia Castro Munevar

Memoria y vejez en una novela contemporánea: En la laguna más profunda de Óscar Collazos 77

Margarita Sorock

La Gerontagogía: una alternativa desde la educación social y permanente para personas mayores 91

Martha Silva Pertuz

Modelo de atención centrada en la persona aplicado a una muestra española de personas mayores con demencia institucionalizadas.....101

Marta Sahagún Navarro

La preparación al retiro laboral como un proceso 119

Lenny Mercedes Muñoz

Alimentación y nutrición del adulto mayor desde la perspectiva de la funcionalidad.....125

Mylene Rodríguez Leyton

Envejecimiento y funcionalidad del adulto mayor: reto para el fisioterapeuta 143

Olga Suárez Landazábal

La vejez: actitud frente a la crianza y cuidado de los nietos.....153

Guadalupe Cardeño-Sanmiguel

Jennifer Castillo-Bolaños

Patricia Ruiz-Tafur

Presbifagia: pautas de abordaje preventivo 169

Miguel Vargas García

El emprendimiento como estrategia para el uso adecuado del tiempo libre en el adulto mayor. Una experiencia con adultos mayores institucionalizados.....175

Arturo Pedroza Pedroza

Olga Suárez Landazábal

Funcionalidad en el adulto mayor: ¿qué nos dicen los números? 187

Rusvelt Vargas Moranth

Adalgisa Alcocer Olaciregui

Epílogo 197

Martha Silva Pertuz

Prólogo

El mundo está envejeciendo, y por tanto, actualmente se hacen más visibles los adultos mayores mientras la población joven disminuye. Es innegable que la sociedad debe empezar a hacer ajustes desde diferentes ángulos y a cambiar su mirada ante el envejecimiento y la vejez.

La Organización Mundial de la Salud, OMS, expresa que una de las razones por las que el envejecimiento se ha convertido en una cuestión política clave es que tanto la proporción como el número absoluto de personas mayores están aumentando de manera notable en todo el mundo y recalca que en el Siglo XX se produjo una revolución de la longevidad. La esperanza media de vida al nacer ha aumentado 20 años desde 1950 y llega ahora en un poco más de 65 años y se prevé que para 2050 haya aumentado otros 10 años.

Ser adulto mayor en este siglo es un logro a destacar ya que esto se interpreta como un avance significativo de las políticas públicas, un aporte importante de los avances tecnológicos relacionados con la salud, con las comunicaciones, con medios de transporte, en fin, con todos los avances que aplicados adecuadamente se traducen en salud. Pero no se trata solo de lograr incrementar la expectativa de vida en los humanos, lo que realmente se requiere es seguir extendiendo la vida pero con calidad.

Vivir con calidad en la etapa de la vejez significa mantener la capacidad funcional tal como lo expresa la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que define el estado de salud entre los envejecidos no en términos de déficit sino de mantenimiento de la capacidad funcional.

Ser capaz funcionalmente en la vejez quiere decir, tener las habilidades físicas, mentales y sociales que le permitan realizar las actividades en forma independiente de acuerdo a las exigencias del medio, por tanto, la funcionalidad es multidimensional.

Igualmente es pertinente tener presente que cuando se envejece se pierden capacidades que pueden ir cambiando la forma de moverse, la capacidad de atención y de relacionarse con los demás, entre otros pero, lo que acrecienta la alteración de la funcionalidad es la presencia de patologías crónicas invalidantes y también el efecto de los tratamientos farmacológicos. Pero hay que destacar que el hecho de presentar alguna patología no convierte al individuo en disfuncional, se puede seguir manteniendo la funcionalidad siempre que se cuente con las adaptaciones ideales tanto en el individuo como en el medio que le rodea, para permitir su independencia y autonomía.

La funcionalidad entonces adquiere aún más importancia ya que es el

indicador de salud en el adulto mayor y de su alteración se deriva la discapacidad, que corresponde a la combinación de varios factores como los cambios fisiológicos relacionados con la edad, las enfermedades crónicas y los procesos agudos, y lógicamente la interacción con el entorno social y físico que rodee a la persona mayor.

De lo anterior surge la necesidad de educar para envejecer saludablemente, ya que quien practica hábitos saludables desde edades tempranas hará evidente una vejez activa. En esa dirección se debe orientar la educación en salud, haciendo conciencia que el envejecimiento en inherente al ser humano y que la vejez es posible vivirla de una forma más positiva y activa.

Por otra parte, ser adulto mayor no significa aislarse, ni es sinónimo de enfermedad, lo que se debe tener presente es que las consecuencias de un diario vivir se evidenciarán en la vejez.

De ahí la importancia de la promoción de salud y de la prevención de la enfermedad desde edades tempranas. Saber envejecer es una necesidad, cuando los tiempos auguran la posibilidad de llegar a ser anciano, pero aunque todos queremos vivir muchos años, no queremos sentirnos disminuidos en nuestras capacidades a tal punto de perder la autonomía y la independencia.

Todos deseamos una ancianidad activa, productiva, disfrutando al máximo la existencia.

Olga Suárez Landazábal

Introducción

Uno de los conceptos valiosos, entre otros, sobre identidad, lo aporta Moragas (1991) quien la define como la posibilidad vital de organizar la interpretación de las experiencias cotidianas asignándoles un significado subjetivo que puede ser modificado por la propia experiencia. De acuerdo con esta definición, la identidad de y en la vejez -como en otras etapas del ciclo vital individual y colectivo- va a estar permeada, entre otros factores, por los contextos sociales, los sistemas familiares y espacios (intrapersonal e interpersonal) en los cuales las personas mayores despliegan sus interacciones.

Como lo ha expresado Suárez (2018) en el prólogo de este libro, ser viejo-a se anticipa (o así debiera ser), ello es causa y a la vez consecuencia de una serie de aspectos y procesos que se deben contemplar en el espiralado tiempo vital, en la complejidad de las relaciones interpersonales y por las actitudes que ellas implican, las cuales adquieren sentido/s, de acuerdo a los diversos ámbitos que la existencia nos depara y/o construimos.

Válido resulta aquí el planteamiento de la psicóloga social Maritza Montero (1993) respecto a que la identidad social proporciona un marco de referencia que permite la definición individual y colectiva, con sentido de proyección histórica al ser humano, en todos los momentos vitales de éste. Acorde con lo anterior, múltiples autores, investigaciones, así como vivencias socio-familiares y personales, indican que muchas personas mayores (en período de vejez) suelen sentir una gradual o abrupta difusión de la identidad y pérdida gradual del rol social.

Esto dialoga con lo aportado por Iacub (2011) en cuanto a que “la dimensión temporal introduce diferencias, por lo que se requiere una reconceptualización de lo idéntico, en donde la identidad surge de la síntesis de lo semejante. Esta perspectiva prioriza el modo en que un sujeto significa las transformaciones que vivencia a partir de los múltiples cambios de contextos: biológicos, psicológicos, sociales y existenciales, que implica el envejecer y que ponen en juego la continuidad de la representación del sí".

La experiencia docente, investigativa y socio-familiarmente vivencial, se erigen en motivos, sentimientos y razones, en cuanto a nutrir la autopromoción / promoción de la salud en pro de un envejecimiento positivo, creativo, lúdica y socialmente activo (servicio y autorrealización), desde los aportes de diversas disciplinas, especialmente de las ciencias sociales y de la salud, que abordan el funcionamiento de diferentes estructuras y procesos biológicos, psicológicos y sociales, culturalmente contextualizados en tiempos y espacios con dinámicas propias y por tanto particulares.

Desde la educación institucional y social, en las diversas y realimentadas etapas del corredor educativo (primaria, secundaria, terciaria -o superior / postsecundaria / universitaria-) así como en las actividades con grupos etarios en el discurrir del ciclo-curso vital, muy especialmente aquellos que tienden a ser discriminados, excluidos, invisibilizados o con distintos grados de vulnerabilidad, uno de los más vulnerables lo constituye el de las personas mayores, ¿será porque estética y existencialmente se asume con “deterioro”, “fealdad epidérmica”, “inminencia de la muerte”, y la cultura occidental es contraria a esta condición natural como seres vivos y cultural como seres sociales e históricos?

Cada uno de los trabajos que integran esta publicación, son aproximaciones éticas inspiradas en las posibilidades de construir y disfrutar la belleza, particular y diversa, de las experiencias, la sabiduría, los autocuidados, la receptividad ante la sabiduría y mínimas normas pro funcionalidad, en la vejez, cultivado todo en el transcurrir de los años.

Las generaciones presentes y futuras, podrán elegir (y aquellas a quienes difícil les resulta esto, desplegar mecanismos creativos) y anticipar, como ya se acotó ser un viejo-a saludable lo cual equivale a decir, ser personas mayores que envejecen activa, expresiva y proactivamente con sus coetáneos e interactúan con el mayor disfrute posible con personas en edades infantiles, adolescentes o adultas jóvenes.

Es la apuesta que nutre al reto y responsabilidad de alimentar la alegría vital, mientras dure el período terrenal de la existencia, para legar unas huellas espirituales positivas a quienes llegan a Gaia reconfirmando permanentemente el milagro-tesoro de la vida.

Martha Silva Pertuz

Referencias bibliográficas

Lacub, R. (2011). Identidad y Envejecimiento., Ed. Paidós. Buenos Aires

Montero, M. (1991). Identidad Social, ideología y transformación social en América Latina. Conferencia UMCE. Santiago de Chile.

Moragas, R. (1991). Gerontología Social, Ed. Herder. Barcelona

Suàrez, O. (2018). Fisioterapeuta y Gerontóloga. Líder del Grupo de Investigaciòn EDUSAR -Educaciòn, Salud y Rehabilitación-, adscrito a la Dirección Institucional de Investigaciones (DIDI) de la Universidad Metropolitana en Barranquilla, Colombia.

Las relaciones intergeneracionales y su incidencia en la educación superior

Lenny Mercedes Muñoz

Adriana Aponte Rivera

Introducción

Analizar las relaciones intergeneracionales en el ámbito de la educación superior es cada vez más pertinente dada la dinámica de cambio que se viene presentando al interior de la universidad en relación con el acceso de estudiantes pertenecientes a diferentes momentos vitales y a docentes tanto jóvenes como adultos y mayores que interactúan académicamente como guías y facilitadores también de distintos grupos etáreos, ocasionando por ende modificaciones en las dinámicas comunicativas que necesariamente impactan el proceso educativo.

La investigación realizada en la universidad INCCA de Colombia implicó metodologías cuantitativas y cualitativas, el marco referencial se enfocó desde los elementos de la psicología del desarrollo y teniendo en cuenta marcos internacionales que propenden por la lógica de una sociedad para todas las edades. El muestreo se definió a partir de la distribución de frecuencias de las edades de la muestra de 4.851 estudiantes con un mayor número de estudiantes en los intervalos inferiores de edad, y pocos estudiantes en los intervalos superiores de edad.

En relación con los docentes el mayor grupo se encontraba en el rango de edad de 46 a 59 años seguido del grupo entre 25 a 35 años, y los mayores de 60 años constituye el menor grupo. El trabajo de investigación de tipo mixto realizado con docentes y estudiantes de la Universidad INCCA de Colombia, permitió identificar las tendencias de reconocimiento intergeneracional.

Observar este fenómeno de encuentros y desencuentros entre las generaciones en el ámbito universitario es pertinente, por cuanto, las relaciones entre estudiantes y docentes puede verse favorecida o en desventaja, si las relaciones se establecen entre generaciones cercanas o distantes, a su vez las relaciones laborales entre los docentes y sus pares jóvenes o mayores, en esta perspectiva también se tendrá una incidencia entre las relaciones de estudiantes y sus pares si hay heterogeneidad de generación.

Se elaboró un análisis exploratorio identificando y cualificando relaciones intergeneracionales en diferentes grupos en términos de las dinámicas existentes entre docentes, estudiantes, docentes y estudiantes, con el objetivo de reconocer las interacciones y describir focos de tensión, de reciprocidad y otras formas que dan cuenta de esa relación.

Es bien sabido que las relaciones entre las generaciones se transforman, así como se transforman las dinámicas de desarrollo psicológico y las pautas sociales, en este sentido pensar en las relaciones de docentes y estudiantes hace 20 años, hace notar la diferencia con las relaciones actuales, pues han cambiado los modelos pedagógicos, como las características de las relaciones en términos de la autoridad y las lógicas de convivencia en escenarios educativos.

La investigación realizada en la universidad Incca de Colombia implicó metodologías cuantitativas y cualitativas, el marco referencial se enfocó desde los elementos de la psicología del desarrollo y teniendo en cuenta marcos internacionales que propenden por la lógica de una sociedad para todas las edades. El muestreo se definió a partir de la distribución de frecuencias de las edades de la muestra de 4.851 estudiantes con un mayor número de estudiantes en los intervalos inferiores de edad, y pocos estudiantes en los intervalos superiores de edad y con una muestra representativa de docentes.

La edad en la Universidad INCCA de Colombia evidencia una necesidad a intervenir, pues el desconocimiento frente a lo generacional desde lo auto referencial, como el reconocimiento de los otros, ha llevado a creencias desventajosas para un encuentro solidario en términos tanto de lo académico como de lo social.

Por otra parte la Universidad debe propender por la creación estructurada de encuentros intergeneracionales profundizando en las diferencias que observan los estudiantes frente al modelo pedagógico utilizado por docentes jóvenes, adultos y maduros frente a docentes adultos mayores. Así, se hace necesario un proceso de formación complementario impartido por la universidad que permita discutir estilos y expectativas de trabajo en el aula, identificando y dando el valor necesario a la autonomía de clase y a los aportes de los diferentes profesores en las diferentes edades.

Fundamento Teórico

Las relaciones intergeneracionales constituyen un eje fundamental en el desarrollo humano, en tanto, permiten dinámicas de la apropiación de la cultura y mantenimiento de prácticas cotidianas, en este sentido cobran esencial importancia en el ciclo vital, puesto que la infancia estará influenciada por las prácticas de crianza generadas por adultos y adultos mayores, así como la adolescencia tendrá encuentros familiares, escolares y sociales, también con

adultos, los adultos tienen encuentros con otras generaciones mayores o menores que procuran una constante transformación de prácticas comunicativas.

Observar este fenómeno de encuentros y desencuentros entre las generaciones en el ámbito universitario es pertinente, por cuanto, las relaciones entre estudiantes y docentes puede verse favorecida o en desventaja, si las relaciones se establecen entre generaciones cercanas o distantes, a su vez, las relaciones laborales entre los docentes y sus pares jóvenes o mayores, en esta perspectiva también se tendrá una incidencia entre las relaciones de estudiantes y sus pares si hay heterogeneidad de generación.

La idea de una sociedad para todas las edades tiene contexto en un marco internacional: “El concepto de una sociedad para todas las edades, formulado como tema del Año Internacional de las Personas de Edad, que se celebró en 1999, tenía cuatro dimensiones: el desarrollo individual durante toda la vida; las relaciones multigeneracionales; la relación mutua entre el envejecimiento de la población y el desarrollo; y la situación de las personas de edad.

El Año Internacional contribuyó a promover la conciencia de esos problemas, así como la investigación y la acción en materia de políticas, en todo el mundo, inclusión hecha de los esfuerzos por incorporar las cuestiones relacionadas con el envejecimiento a las actividades de todos los sectores y promover oportunidades relativas a todas las fases de la vida” (Naciones Unidas, 2002, pág. 7 y 8).

Del trabajo fundamentado en la lógica de una sociedad para todas las edades se emana la Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento, 2002, del cual y en el marco de la esta investigación se considera relevante citar el “Artículo 16: Reconocemos la necesidad de fortalecer la solidaridad entre las generaciones y las asociaciones intergeneracionales, teniendo presentes las necesidades particulares de los más mayores y los más jóvenes y de alentar las relaciones solidarias entre generaciones” (Naciones Unidas, 2002)

El desarrollo psicológico ha sido tema de interés en la disciplina, en tanto implica un seguimiento al proceso de la formación de los individuos, en este sentido se han planteado diferentes teorías, las que postulan diferentes énfasis para el desarrollo psicológico, por ejemplo, algunas hacen hincapié en el desarrollo individual desde el temperamento y la personalidad, otras se fundan en la influencia del ambiente. Los estudios también muestran cómo el desarrollo puede tener unas tendencias explicativas lineales otras evidencian el desarrollo desde las discontinuidades.

También se encuentran estudios del desarrollo dedicados con exclusividad a grupos etarios específicos, como la infancia y la adolescencia o la vejez. Otros autores por su parte se dedican a alguna área específica del

desarrollo como son el área afectiva o cognoscitiva, entre otras. “Las principales teorías del desarrollo adulto o bien idealizan el proceso de envejecimiento o ponen el énfasis en el aspecto patológico del mismo.

La cultura moderna ha hurtado a las personas mayores su papel como “transmisores de cultura” (Stuckelberger, 2001, págs. 295-342). Esto último es necesario de observar a la luz de aperturas conceptuales que entiendan el proceso de crecer y de envejecer más allá de la enfermedad.

Se puede decir que existen bases sólidas en la Psicología del desarrollo para fundamentar discusiones sobre un individuo que se desarrolla en un medio social complejo y que se transforma día tras día, puede ser tanto en sentido constructivo como en sentido patologizante. En este contexto es pertinente citar lo siguiente: “Lo que todas las personas tienen en común, sin ninguna duda, es el proceso vital mismo, del que el envejecimiento forma parte.

Cada persona envejecerá y se desarrollará a través de las experiencias vitales, su propia historia, sus estrategias de resolución de conflictos, su propio sentido de coherencia con su vida” (págs. 295-342)

Por lo anterior, lo inmanente en el desarrollo es el movimiento cronológico que influye en las experiencias psicológicas, implica una creciente experimentación con el mundo, el tema del desarrollo conlleva, demás, de una lectura desde lo individual de las personas a un encuentro social de las generaciones, la formación de una persona implica el contacto con otros y en ese contacto se dan encuentros intergeneracionales.

En el tema de intergeneracionalidad se pueden identificar diferentes estudios, entre ellos, se distingue el cómo la edad se relaciona con contextos y actividades, ejemplo de ello, los estudios relacionados con la vida laboral, Chirinos en su artículo: Características generacionales y los valores.

Su impacto en lo laboral, da cuenta de una caracterización de diferentes generaciones a las cuales se les atribuyen diferentes esquemas de valores los que fueron construidos colectivamente, y de acuerdo con un entorno histórico cultural, la autora referencia diferentes estudios para apoyar su tesis de cómo las organizaciones laborales deben pensar lo generacional para mantener un ritmo sostenible en tiempo de tecnología, diferencias en la evaluación de la actividad laboral, y en concreto refiere que debe ser un análisis de los valores, el que sustente la articulación de las generaciones en el ámbito laboral. Chirinos referencia;

“El término generación citado por Gilburg (2007) está referido a “un grupo de edad que comparte a lo largo de su historia un conjunto de experiencias formativas que los distinguen de sus predecesores” (Ogg y Bonvalet, 2006)” (Chirinos, 2009, pág. 137).

Respecto de la generación se ha podido observar en la literatura que esta responde a un periodo que comparten las personas en determinado momento

histórico, geográfico, cultural, lo que conlleva a que tengan en común una representación particular del mundo. En este sentido la interacción de las generaciones como estudio es oportuna en el ambiente laboral, porque implica la convivencia y dinámica productiva, este tipo de investigación no es ajena al contexto universitario, ya que la docencia es una actividad laboral que no solo se relaciona con las acciones de un profesor en el aula, sino que su trabajo se articula en un escenario que también comprende lógicas administrativas conducentes a definir las condiciones para el trabajo pedagógico.

Se pasó de la tradicional evaluación a modelos de evaluación por competencias para cargos o áreas funcionales que evalúan más allá de la experiencia" (pág. 149); cuando se acogen estas transformaciones en la docencia universitaria, se considera también el cómo se vinculan laboralmente y en efecto la tendencia tradicional de contar con el trabajo de personas experimentadas con edades maduras, pasa al esquema de competencias y se privilegian estudios y/o cualidades personales sobre la experiencia, incluso en aras de la transición generacional se vinculan docentes que además de no tener experiencia aún no culminan estudios pos graduales.

Estas transformaciones en la vida laboral de un docente universitario, implica no solo percepciones individuales sino efectos en la convivencia.

Como consecuencia de las transformaciones de vinculación contractual y las generaciones puede, sin intencionalidad, menoscabarse el valor de la experiencia de las edades adultas mayores, por ello, es fundamental fomentar la reflexión sobre las edades en la Universidad: una orientación emanada desde la universidad para construir academia con las diferentes edades es necesaria para potenciar una convivencia que se encamine al proyecto educativo y no se corra el riesgo de seguir proyectos individuales de docente o más complejo aún se construyan alianzas generacionales excluyentes de otras edades.

La universidad es un espacio de debate, pero este se espera sea de orden académico, no personal centrado en choques generacionales. Pueden encontrarse polaridades de trabajo por las generaciones, las que defienden la vejez como aquellas que procuran visibilizar a las personas adultas jóvenes, siendo necesario más que afiliarse a algún discurso, de acuerdo con la edad que se tenga: obtener conciencia de la necesidad de valorar todo el proceso de desarrollo de las personas, es necesario el respeto y aceptación del otro en aras de la solidaridad.

El concepto generación, además de remitirse a las condiciones del tiempo impuestas en la vida de los/as joven, al compartir condiciones de existencia en luchas y resistencias intergeneracionales e interculturales, bebe de tres fuentes:

a) Las características de los tiempos como condiciones históricamente compartidas, mas no como épocas universales de las cuales nadie puede escapar (Bauman et ál., 1996);

b) Las variaciones en los contextos y circunstancias de la acción política; en el caso de la articulación de los movimientos en Colombia, las violencias se constituyen en el principal marco de acción colectiva.

c) El lugar de la enunciación de mundos que se experimentan como agencias cotidianas o campos de resignificación de sentidos a partir de estar y hacer en movimiento, y que crean significados desde lugares de agencia particulares; de allí que militancias epistémicas y militancias estéticas se constituyan en ejercicio de contrapoder en el colectivo" (Botero, 2013, pág. 69).

Todo lo anterior para connotar la importancia de los diferentes fenómenos que vivencian las personas y que influyen en la manera de relacionarse, en la vida universitaria, las distintas formas de violencia llegan de manera indirecta, de acuerdo con las condiciones vivenciadas por estudiantes y docentes, sus familias pudieron ser víctimas o estar cercanas a zonas de conflicto lo cual demarca lógicas de comunicación e incluso actuaciones más empoderadas desde los mecanismos de participación porque han tenido que hacer valer la garantía de sus derechos con instrumentos jurídicos.

La solidaridad intergeneracional es una recomendación y un objetivo de organismos nacionales e internacionales en relación con el envejecimiento, que frecuentemente implica también a las generaciones más jóvenes de la comunidad (Albuerne, 2002, pág. 77).

Esta es una de las premisas que trabaja Albuerne en su artículo titulado: Intergeneracionalidad y escuela (Trabajamos juntos, aprendemos juntos), el cual es muy afín a los intereses comprensivos de esta investigación, ya que se orienta en reafirmar la necesidad de un encuentro de alianza intergeneracional en el ambiente universitario; para ello, el autor muestra que desde los escenarios educativos en este caso de la formación escolar debe promoverse el respeto y valoración de las generaciones, esto debe ser orientado, pues tal como se ha observado por las lógicas y cambios estructurales de las familias y de la sociedad la interacción intergeneracional acrecienta sus conflictos.

"Se trata de un mecanismo de comunicación que une a grupos en edades diferentes" (pág. 78). A esto se refiere el autor con el diseño de actividades empeladas en el estudio de encuentro intergeneracional, en el que menciona que como equipo se trabaja y se aprende, procurando superar lógicas de poder: donde hay jerarquías generacionales, se proponen encuentros de las edades que formen lo que no se da espontáneamente, requiere de una base orientadora, para apoyar este proceso y avanzar en la cultura de una sociedad para todas las edades.

Asumiendo el lema de (una sociedad para todas las edades) del Año Internacional de 1999, que ya venía detrás y se ha ido catapultando recurrentemente hacia adelante hasta la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (abril de 2002), se realizó el programa intergeneracional que lleva por título Trabajamos juntos, aprendemos juntos)" (pág. 80).

Aunado a un histórico y bien reconocido choque generacional se integra a esta situación para complejizar la relación intergeneracional, la inmersión avasallante de la tecnología, así como las cambiantes dinámicas de fertilidad y constitución de familias; los encuentros entre las familias pueden ser cortos por las separaciones, presencia de familias mixtas, varios padres, madres, abuelos y abuelas, entre otras situaciones, conllevan a las nuevas generaciones a vivenciar vínculos afectivos y socialización diferentes a los tradicionales enmarcados en la estabilidad de la familia nuclear: es de aclarar estabilidad estructural, no necesariamente puede hablarse de estabilidad de los vínculos afectivos.

La estructura, la espina dorsal de nuestra sociedad, se ha ampliado desde las “dos tres generaciones” del último siglo a las “cuatro o cinco generaciones” que viven simultáneamente, con menos hermanos e hijos, situación que influye en todas las dimensiones de la vida” (Stuckelberger, 2001, pág. 302). “¿Qué podemos decir de las generaciones? El censo de población no incorpora aún los aspectos intergeneracionales, ni hay apenas investigaciones que aborden esta dimensión desde una perspectiva longitudinal.” (pág. 304), se demanda así la realización de trabajos que sigan los procesos de desarrollo en el marco de lo intergeneracional.

“Las organizaciones y el mundo requieren personas flexibles, con capacidad para aprender y comprometidas con la sociedad en general y/o comunidad que les rodea” (Chirinos, 2009, pág. 136). Reflexionar sobre el tema de desarrollo en relación a las generaciones en el contexto universitario, demanda sensibilizar sobre la necesidad de una mente flexible a las edades de los diferentes actores, ya que las tendencias observadas muestran la heterogeneidad entre las edades de los docentes como de los estudiantes, lo cual, puede representar diferentes dinámicas de relación y encuentro académico.

“Una organización con trabajadores flexibles, con capacidad para aprender y comprometidos con la misma son particularmente indispensables cuando la competencia arrecia, la inflación es alta y el futuro se torna imprevisible” (pág. 148). El espacio universitario constituye para los docentes, además de un escenario para el ejercicio de su profesión, un lugar de trabajo; en este sentido los estudiantes pueden valorar tanto las competencias académicas como profesionales de sus docentes, en algunas las narrativas evidencian atribuciones diferentes a las miradas académicas y profesionales de los docentes, dando también, una significación particular a la edad y este ejercicio de formación profesional.

La transición generacional tiene implicaciones diversas que entrecruzan en el marco del desarrollo humano, tanto lo individual como la interacción con grupos, lo que se va complejizando por los roles que se asumen en los diferentes entornos; en el caso particular de la presente investigación los roles que se observaron corresponden al estudiante y el docente en su actividad

pedagógica y laboral, en pro de reconocer nuestra Universidad en la transición valorativa entre la flexibilidad y la inclusión y lo tradicional y la exclusión.

Metodología y resultados

El trabajo de investigación realizado a través de la metodología mixta siguió las siguientes fases:

- FASE I: Integración de marco teórico,
- FASE II: Diseño metodológico,
- FASE III: Aplicación de encuestas a docentes y estudiantes según muestreo,
- FASE IV: Aplicación instrumentos cualitativos,
- FASE V: Análisis de resultados y elaboración de informe.

En muestreo se definió a partir de la distribución de frecuencias de las edades de la muestra de 4.851 estudiantes. Se observó que la distribución de edades es asimétrica positiva, con un mayor número de estudiantes en los intervalos inferiores de edad, y pocos estudiantes en los intervalos superiores de edad.

El estudiante más joven matriculado tiene una edad de 16,23 años y el mayor tiene 64,25 años. La diferencia (rango) entre estas dos edades es de 48 años. Al tomar las edades redondeadas al entero inferior (años cumplidos) la edad más frecuente en los estudiantes de la universidad es 20 años.

En relación a la muestra de los docentes se obtuvieron los siguientes resultados:

Se identificaron 4 estratos según edad de los 510 docentes:

- 25 a 35 años: 138 docentes
- 36 a 45 años: 139 docentes
- 46 a 59 años: 182 docentes
- 60 años en adelante: 51 docentes

Tamaño total de la muestra: 221 docentes

- • 25 a 35 años: 60 docentes
- • 36 a 45 años: 60 docentes
- • 46 a 59 años: 79 docentes
- • 60 años en adelante: 22 docentes

Los datos anteriores fueron definidos con el propósito de la

administración de los datos cuantitativos (encuestas).

El trabajo de investigación de tipo mixto realizado con docentes y estudiantes de la Universidad INCCA de Colombia, permitió identificar las tendencias de reconocimiento intergeneracional.

En este sentido los resultados de la estadística descriptiva evidenciaron la tendencia de generar alianzas en las edades afines o con las cercanías generacionales, mostrándose creciente distanciamiento ante más de dos generaciones de diferencia.

A medida que se aumentan las edades, tanto para estudiantes como para docentes se van consolidando mayores afinidades con la siguiente generación. Las tendencias muestran también la preferencia generalizada entre estudiantes y docentes por el uso de pedagogías democráticas y flexibles.

De acuerdo con las respuestas de los docentes se valora que el rol docente es más apropiado en edades mayores, siendo de esta manera observada la necesidad de que los profesores jóvenes sean formados en pedagogía, se tiende a atribuir valor a la experiencia en el campo de la docencia universitaria.

Respecto de las relaciones de los docentes con los estudiantes las preferencias se muestran distribuidas entre las diferentes generaciones, tanto de maestros como de estudiantes, lo que muestra una tendencia alta en las respuestas: es el reconocimiento de las diferencias que existen entre las diferentes edades de los estudiantes, en este sentido se observa que distinta es la forma de interactuar de los grupos de estudiantes por edades, se mantiene una preferencia por el tipo de relaciones que son flexibles y no basadas en el control.

En términos de la comunicación se identifica que los estudiantes en relación con la interacción con sus maestros tienden a mostrar preferencia por el trabajo con personas adultas jóvenes y maduras, mientras que la interacción con docentes de mayores edades va decreciendo en preferencias mostradas por los estudiantes. Este resultado de la estadística descriptiva muestra relación con el ejercicio de investigación cualitativa, ya que las narrativas evidencian preferencias en términos de la comunicación con docentes jóvenes y maduros.

Se identifica en los resultados estadísticos cómo los estudiantes en términos del trabajo en el aula prefieren a profesores adultos jóvenes y maduros, con indicadores asociados a mayor actualización, preferencia de modelos pedagógicos activos y las didácticas.

Los resultados de estudiantes con estudiantes reivindican la preferencia por establecer interacción con pares generacionales, y hay tendencia a considerar que los estudiantes jóvenes tienen poca claridad frente a su proyección laboral. En general las diferentes edades manifiestan que les resulta fácil preguntar a otro estudiante de cualquier edad algún asunto académico, se

muestra tendencia a observar que la madurez se establece en estudiantes mayores de 39 años.

En relación con los resultados cualitativos se realizó el análisis de las narrativas a través de las siguientes categorías:

Comunicación: Es entendida como el proceso de interacción entre los diferentes actores de la comunidad académica universitaria, a través de la cual se expresan ideas, sentimientos, motivaciones, creencias y otros significados que matizan diversidad de relaciones entre los estudiantes y maestros: en este caso se buscó el contenido específico de las relaciones intergeneracionales.

Actividad Laboral: Para efectos de interpretación de la presente investigación, la actividad laboral se concibe como el rol que asumen los docentes en el ámbito universitario, su labor es el ejercicio de la pedagogía y el actuar desde esta profesión es relevante como elección de trabajo: la forma en que se desarrolla puede ser muy variada de acuerdo con la formación disciplinar y sistema de valores de cada docente. A su vez estas diferencias tendrán unas tendencias distintivas que serán reconocidas por los docentes mismos y por los estudiantes; en estas diferencias lo generacional puede ser significativo para representar el rol docente.

Educación: Se concibe como el proceso en el cual interactúan participativamente estudiante y docente en el ambiente universitario; este proceso implica la construcción de conocimientos en pro de la formación disciplinar y profesional, considerando el énfasis de la investigación se hace hincapié en reconocer el valor que se atribuye a la edad en este proceso.

Concepción de Desarrollo: Se identifican en esta narrativa las ideas que tienen docentes y estudiantes respecto de la edad, lo que han construido respecto de lo que son los momentos generacionales y la comunicación intergeneracional.

En el ejercicio de investigación cualitativa se identifica como para los estudiantes entrevistados con edades de 17 años se encuentra una percepción de cómo las relaciones se dan más entre pares, y manifiestan preferencia por interactuar con personas de su edad, atribuyen a las personas adultas estados de ánimo pasivos que según ellos son contradictorios con su alegría.

Esta preferencia se ve relacionada con el rechazo al acompañamiento y control que pueden dar los adultos mayores; manifiestan que estar con compañeros de la misma edad les permite conocer sin restricciones. En relación con la comunicación con maestros se muestra la tendencia a señalar que hay más empatía con profesores jóvenes, siendo la relación más distante con los profesores mayores.

En contraste con la percepción de los estudiantes de 17 años entrevistados, estudiantes de 18,19 y 20 años refieren que la universidad les ha brindado una experiencia amplia de socialización, tanto intergeneracional como

interdisciplinar; refieren que es fácil este encuentro y con los diferentes grupos pueden departir en espacios fuera de aula. Se indica que el interés por agruparse de los estudiantes jóvenes, además del interés académico, es social, que incluso en ocasiones resulta ser lo prioritario. Los estudiantes señalan que valoran más el trabajo académico con estudiantes de mayores edades que ellos por el compromiso académico.

En lo que se relaciona con la edad de los docentes se manifiesta que es más fácil establecer el vínculo con docentes jóvenes; se expresa que hay más confianza para preguntar y que a diferencia los docentes mayores son menos asertivos en el trato con los estudiantes. A pesar de las diferencias que los estudiantes observan con la edad entre los docentes valoran el equipo de profesores con que cuenta la universidad. Los estudiantes manifiestan que a pesar de que la edad puede ser un indicador que influencia las relaciones interpersonales entre docentes y estudiantes es importante valorar las características personales.

En otras narrativas se valora la experiencia de los docentes mayores de quienes se expresa que tienen más dominio de los grupos y de los temas, a su vez se critica de los profesores jóvenes falta de control en el aula.

Las narrativas de estos jóvenes, a medida que avanzan en edad, pueden notarse más reflexivas indicando que identifican estereotipos de las personas mayores hacía los estudiantes jóvenes, por su falta de experiencia, situación que manifiestan percibir como excluyente, se refiere que como ganancia de avanzar en edad, han notado la selectividad en la elección de las compañías.

Manifiestan que si bien es posible interactuar en la universidad con las diferentes edades, se observan diferencias en la manera de relacionarse de los estudiantes, indican que las personas mayores tienden a configurar grupos cerrados, mientras que las personas jóvenes son abiertas y participan en diferentes grupos sin problema, no obstante, los jóvenes muestran preferencias por agruparse con sus pares, como también pueden considerarse por ello cerrados, aunque no lo observen así.

En la narrativa de un estudiante de 24 años se identifica al hablar de estudiantes jóvenes dos tendencias, de este modo se dice que hay una tendencia alta, que no establecen compromisos y otros más ubicados en el ambiente académico. Manifiesta que para establecer sus relaciones se prefiere a las personas mayores o más jóvenes que estén centrados en su proceso de formación profesional. Se reitera el interés por compartir con personas que tienen más estabilidad, lo que se relaciona con la madurez.

A medida que siguen avanzando las edades se encuentran más valoraciones positivas por las generaciones mayores, en tanto, las caracterizan como responsables, ubicadas académica, personal, e incluso laboralmente.

Al entrevistar a personas mayores de 28 años se observa resistencia en la interacción académica con los estudiantes adolescentes o más jóvenes; la

razón es que generan un clima de indisciplina en el aula que no facilita el proceso académico.

Los estudiantes tienden a dar gran valor a la interacción comunicativa con los docentes jóvenes, puede relacionarse esto con las necesidades de afiliación que están resolviendo por su tiempo generacional e incluso por circunstancias de riesgo externo a la universidad que los hace proclives a la vulnerabilidad afectiva y necesidad de contacto y aprobación externa a la familia.

Conclusiones

Los resultados de las encuestas realizadas a estudiantes y docentes de la Universidad INCCA, permitieron reconocer en términos de la comunicación intergeneracional que las preferencias para interactuar tienden a darse entre pares generacionales.

Los estudiantes favorecen la interacción que logran con los docentes jóvenes y maduros caracterizándolos como personas más flexibles y solidarias, se muestra mayor frecuencia en respuestas que valoran la comunicación flexible y democrática; frente a la interacción pedagógica, se muestran preferencias por los modelos pedagógicos activos, y las didácticas de los docentes jóvenes y maduros a quienes consideran se encuentran más actualizados. A medida que los estudiantes tienden mayores edades prefieren la experiencia y conocimientos de los profesores mayores.

Los docentes muestran preferencia por interactuar con docentes que son pares generacionales y a medida que se aumenta la edad se van reordenando las preferencias de intereses generacionales por las edades mayores, se tiende a concebir que la madurez es un constructo, desarrollado alrededor de la adultez madura.

En los resultados cuantitativos como cualitativos tiende a observarse la adolescencia y adultez la socialización y hay poca claridad y compromiso con la formación profesional, mientras que se atribuye a las personas adultas maduras mayor interés y responsabilidad con su formación.

La edad en la Universidad INCCA de Colombia evidencia una necesidad a intervenir, pues el desconocimiento frente a lo generacional desde lo autorreferencial, como el reconocimiento de los otros, puede conllevar a creencias desventajosas para un encuentro solidario en términos de lo académico como de lo social.

Sensibilizar a la comunidad, desde la interacción intergeneracional, puede contribuir en los procesos de enseñanza aprendizaje de los estudiantes, quienes más allá de los intereses propios de la edad, pueden comenzar a valorar más las actividades académicas que se pueden lograr en diferentes edades, de manera que también se minimicen las tendencias discriminatorias

enunciadas en algunas narrativas, además de lo académico puede facilitarse la convivencia entre los estudiantes.

Así mismo, facilitar espacios de encuentro estructurados entre los docentes de diferentes edades permite reconocer el valor de lo intergeneracional, es importante profundizaren las diferencias que observan los estudiantes frente al modelo pedagógico que utilizan los docentes, pues marcan una diferencia substantiva entre las generaciones de docentes adultos jóvenes y maduros, en relación con los docentes adultos mayores. En este sentido se esperaría un proceso de formación complementario desde la universidad para poder discutir estilos y expectativas de trabajo en el aula, identificando y dando el valor necesario a la autonomía de clase y a los aportes de los diferentes profesores en las diferentes edades.

Finalmente cabe preguntarse: ¿Podemos afrontar en la Universidad el aprender, enseñar, convivir y crecer juntos?

Referencias bibliográficas

Albuerne. F. (2002) Intergeneracionalidad y escuela (Trabajamos juntos, aprendemos juntos) Revista Interuniversitaria de formación de profesorado, diciembre, número 045 Universidad de Zaragoza, Latinoamericanistas. ISSN 0213 – 8646.

Barreto Martín, M. P. y Pérez Marín, M. (2011) Bienestar y convivencia intergeneracional: necesidades y recursos del anciano y su familia. Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental, Universidad de Cádiz, Universidad de Córdoba, Universidad de Huelva y Universidad de Sevilla. Apuntes de Psicología, Vol. 29, número 1, – 121 ISSN 0213 – 3334.

Botero, P. (2013). La utopía no está adelante: generaciones, resistencias e instituciones emergentes / Botero y Palermo, et.al. Coordinado por Patricia Botero Gómez y Alicia Itatí Palermo. Edición, investigación y compilación–. E-¬Book. Grupos de trabajo de CLACSO: Juventudes, Infancias: Políticas, Culturas e Instituciones Sociales en América Latina., 1a Edicion. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO: Asociación Argentina de Sociología;; CINDE y Universidad de Manizalez. Recuperado el 19 de 07 de 2013

Chirinos, N. (2009) Características generacionales y los valores. Su impacto en lo laboral. Observatorio Laboral Revista Venezolana, vol. 2, núm. 4, julio-diciembre. Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela. Redalyc Sistema de Información Científica. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.

Naciones Unidas. (2002) Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento Madrid, 8 a 12 de abril.

Stuckelberger, A. (2001) El envejecimiento de la población y la paz mundial. La capacitación de las generaciones futuras: el rol y responsabilidad de las personas mayores. Intervención Psicosocial, vol. 10, núm. 3, Colegio Oficial de Psicólogos. Madrid, España. Redalyc Sistema de Información Científica Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.

Salud mental y vejez, unas proposiciones

Guillermo Staaden Mejía

"Con cierta parte de nuestro ser vivimos fuera del tiempo. Puede que sólo en circunstancias excepcionales seamos conscientes de nuestra edad y que la mayor parte del tiempo carezcamos de edad." (Kundera M.)

Preámbulo

Las ideas que comparto se relacionan con la propuesta en ciernes de mi querida colega Dra. Marta Silva Pertuz, quien mantiene la fervorosa inquietud de generar un modelo de educación superior para adultos mayores en la ciudad de Barranquilla, en el marco de la investigación "Procesos Interdisciplinarios en la Formación del Psicólogo para el Abordaje Terapéutico Familiar"; para tal efecto, me sumo a tal expectación, a partir de reconocer la vejez como un tiempo donde poder transitar sin deriva, pero sin plantear un puerto seguro. Todo está por decir, aunque pareciera que todo pertenece al eterno retorno nizcheano.

Elemento a distinguir: la vejez y los viejos son sujetos de derechos; no solo como tutelares de las conquistas obtenidas en el marco del desecamiento de sus carnes, sino, preferentemente, en el desamparo producto de los discursos socioeconómicos, para los cuales, la vejez canoniza un nuevo espectro del comercio/consumo propio del modelo capitalista posmoderno.

De entre los derechos, abogo por uno que ha sido reconocido de manera tardía en Colombia; la Salud Mental postulada en la Ley 1616 del 2013; en su artículo 8, se reconoce la necesidad de dirigir acciones de promoción para "afectar positivamente los determinantes de la salud mental", involucrando a todas las atapas del ciclo vital, especificando los adultos mayores, de manera que se minimicen procesos de exclusión social, estigmatización, prevención de violencias, y sea posible la maximización de participación social y seguridad económica y alimentaria, entre otras.

Pero ser garante del derecho no establece intrínsecamente que tal efecto se cumpla; la Ley señala su objeto de interés: la salud mental como aspecto integral del desarrollo de los individuos y colectivos, bajo la premisa de dar "más años a la vida, y más vida a los años".

Tal formula, que a vista de buen cubero como dirían los de antaño, parece merecer toda nuestra consideración, deberá ser efectivamente desarrollada a efectos de no convertirse en discurso vacío que conduzca al fracaso.

¿Que significará salud mental en términos de la vejez?

Esta inquietud deberá contar con toda nuestra atención, para poder dar cuenta de un modelo que proponga formulas desde sus partícipes interesados. Los viejos y viejas, abuelos y abuelas, en fin, desde los encarnados sujetos del tiempo.

Apostar por proveer salud mental, requiere de la imperiosa proposición, de que solo es posible un derecho, cuando efectivamente su titular se agencia del mismo. Cualquier directriz estatal, cualquier normativa, no podrá encontrar camino, sino se apresta el paso decidido de quienes se consideran sus beneficiarios; que los pasos sean lentos o quedos, es un asunto que remite al cada uno de los seres ponderados en la propuesta.

En tal sentido, el viejo torna a ser un concepto abstracto; delimitado cronológicamente como los 60 años en la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de 1982, la vejez es siempre una consideración subjetivada en la historia de cada quien, de quienes encuentran en el cronos, una referencia donde concederse permisos o prohibiciones.

La vejez se define y se niega en si misma; cada propuesta de esclarecimiento encuentra a viejos y viejas que no se anclan en su terminología; que apuestan por un más o menos para hacer de su tiempo límite, una posibilidad de existencia.

Que dicha existencia corresponda a posiciones estructurales, es un asunto que quiero recalcar; denoto estructura en el sentido propuesto por el psicoanálisis, enfatizando su carácter fallido, no como solida constitución de elementos que permite la comprensión radical de lo que opera como sujeto, sino como referencia a unas “lógicas de la impotencia y la imposibilidad” tal como expone Graciela Napolitano.

Viejo será entonces, el acontecimiento que sobre un SER y un CUERPO concurra con el significante; en tal sentido, lo viejo se ajusta a la cadena simbólica que establece para cada quien una referencia significativa, no de sentido, sino de constitución, con la cual, se ocupa del tiempo que le precede y del que hace gala como futuro imperfecto. Distancia que diversos autores proponen entre nostalgia y reminiscencias.

Los asuntos asociados con el envejecer, tales como la jubilación, la viudez, los duelos, la abuelidad, requieren para su comprensión de un elemento pivote que permite reconocer las diferencias interindividuales: el DESEO,

concepto que revierte de nuevas tonalidades la comprensión de aspectos psicopatológicos enrutados en la tercera edad, y que puede presentarse como fenómenos de depresión y hasta de dementización.

En el Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud del año 2015, la directora General de la Organización Mundial de la Salud señala que “la pérdida de capacidad generalmente asociada con el envejecimiento solo se relaciona vagamente con la edad cronológica de una persona.

No existe una persona mayor “típica”. La diversidad resultante en las capacidades y las necesidades de salud de las personas mayores no es aleatoria sino que se basa en hechos ocurridos a lo largo del curso de la vida”, aspecto que distingue la diversidad del concepto de viejo, pone la atención en aspectos propios de la biografía vital del sujeto.

Pretender intervenir la vejez como un asunto de política en salud, sería más o menos como propone la psicogerontologa Graciela Zarebski (2007), para quien, “curar la vejez es pretender curar la vida”. Con Jacques Lacan reconocemos que “la vida no quiere curarse” formulado en el Seminario I; que la vida no quiera curarse va en el derrotero que ella, la vida, va hacia la muerte, es su destino ineluctable como lo poetiza nuestro Porfirio Barba Jacob, en su Canción de la vida profunda: a lo sumo podemos aspirar a que la muerte nos llegue suave, imperceptible.

Muerte y vejez parecen tomarse de la mano; Pierna Aulagnier (1975) sentencia, “El sujeto puede representarse así este tiempo venidero, en el que sabe que ya no tendrá cabida, como continuación de sí mismo y de su obra, gracias a la ilusión de que una nueva voz volverá a dar vida a la mismidad de su propio discurso, que de esta manera podría escapar al irreversible veredicto del tiempo.”, en estas líneas aboco la proposición primera sobre Salud Mental y Vejez.

No recurro a las clasificaciones nosológicas provenientes de la medicina, la neurología o la psiquiatría; parto de una concepción aún más radical si así se quiere: la salud mental y su contrapartida, la enfermedad, en los viejos y viejas, se aposenta en la posibilidad de trasmitir la propuesta que constituyó su vida, el paso por los tiempos del ciclo vital.

En la medida que exista el interlocutor generacional que potencie las razones de existencia, el adulto mayor podrá dar cuenta efectiva de su ser como sujeto, de valor para la especie que le participo su estructura genética.

Habrá valido la pena vivir, y soportar sin culpas, dolor o desesperanza la vejez, en la medida que cada quien haya podido trasmitir un mensaje, que hace camino; la cuestión oscila en la posibilidad de que cada sujeto, “En el ocaso [pueda pedir] garantías de ser reconocido como un enunciante de fundamentos” (Bodni, s/f.), siguiendo a Proust, sería una antología que contraria el tiempo perdido. Graciela Zarebski (2007) lo enuncia como saber "aprovechar mejor el trozo de vida que le toca” aun cuando, reconocemos, que tal saber se nos

sustrae.

Reflexiones finales

La propuesta de normalidad mental en la vejez asume el imperativo de la transmisión: el legado que pueda un sujeto enclavar en el devenir de las generaciones, a título de por lo menos UNO, un otro que le sucede. Tal imperativo cuestiona la cualidad del enunciado a trasmitir; no podrá ser de cualquier categoría, en la medida que, su eficiente trasmisión apunta a servir de emblema de identidad para el otro.

Así entonces, se sopesa la posibilidad que se trasmita algunos elementos que configuren el aporte para un hacer y vivir de otro u otros en comunidad. Un legado que va de la mano del narcisismo, no como operatorio de lo imaginario puesto para el otro, sino como ofrenda del UNO para los demás.

La trasmisión concurre como una “desidentificación espontanea” en el sentido ofrecido por Baranger, Goldstein y Yak de Goldstein (citado por Bodoni, s/f), para dar cuenta de cómo y cuándo un sujeto pierde y ofrece aspectos importantes del ideal del yo, en contraprestación de un Otro de quien le fue obtenido, y que a su vez, deberá trasmitir, léase legado. Lo que se hereda no se hurta, sería la proposición de tales desidentificaciones; y la herencia requiere del honor para su sostenimiento.

En este sentido, lo que puede ser dado, conjugación constitutiva del amor, permite el transito más o menos favorable por un tiempo pretérito. Y no es posible darlo todo, enseñanza crucial del psicoanálisis. Soportar esta cualidad intrínseca de lo humano resulta la tarea más significativa en el devenir de la vejez, sostén del tranquilo arraigo del viejo o de su estrafalario trasegar.

Ya lo exponía Sigmund Freud (1900), “El deseo es indestructible”, y en su aposentamiento subjetivo, establece como premisa sostener una posición del sujeto frente a los demás; siendo inconmovible, se hace presente en el viejo; intimo portador de una verdad a disponer, el deseo se ofrece como último bastión, desde el cual, los mayores desplegaran un tiempo que a ojos vistas, pareciera extinguirse.

En el deseo se afirma el segundo elemento constitutivo de la Salud Mental en la vejez; lo propone la poeta cubana fallecida a los 97 años, Zenaida Bacardí de Argamasilla con la inscripción:

“El envejecimiento no es un momento del tiempo, sino el instante preciso en que renunciamos a vivir.” (Poema a los que se fueron, s/f), la renuncia, se denuncia como caída del DESEO, y es consustancial con innumerables afecciones del organismo y del cuerpo.

Deseo y transmisión se funden como corolario del tiempo remoto,

constituido en fuente desde la cual, el viejo aporta a las nuevas generaciones: lo resume Zenaida Bacardí en el verso “Los que se fueron no están impasibles, se mueven en la imagen del recuerdo y caminan a nuestro lado con la fuerza poderosa de la memoria.” J-A. Miller (1998).

Citando a Lacan propone que “el deseo en el género humano debe hacerse reconocer”, aseverando la tesis “no puedo ser reconocido en mi humanidad como un sujeto verdadero, a no ser que reconozca al otro, que de este modo también me reconocerá”. He aquí el imperativo del deseo como transmisión y reconocimiento profundamente enraizado en los tiempos de la vejez.

Tal consideración se encuentra expresada tácitamente en el Plan de Acción Internacional de Viena Sobre el Envejecimiento (1982), en su Preámbulo expone: “las personas de edad deben, en la medida de lo posible, disfrutar en el seno de sus propias familias y comunidades de una vida plena, saludable, segura y satisfactoria y ser estimadas como parte integrante de la sociedad”, y posteriormente reafirma “La presencia de los ancianos en el hogar, la vecindad y en todas las formas de vida social sirve aún de lección insustituible para la humanidad. No sólo a través de su vida, sino incluso a la hora de su muerte, el anciano nos da a todos una enseñanza.”

Un tercer elemento relacionado con la Salud Mental en tiempos de la vejez lo constituyen los duelos, efecto subjetivo de pérdidas que se suceden en la biografía del viejo o la vieja.

Perdidas antiguas o nuevas; reales o imaginarias; duelos por los amigos, las carnes, los amores, el barrio, resultan verdades que afrontan las personas mayores. En Duelo y melancolía, título del texto clásico freudiano, se describe aspectos sustanciales del proceso de duelo: anota Freud (1915-1917), en el duelo, “la reacción frente a la pérdida… contiene [un] talante dolido, la pérdida del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de escoger algún nuevo objeto de amor…” y aunque reconoce que, el “duelo trae consigo graves desviaciones de la conducta normal en la vida, nunca se nos ocurre considerarlo un estado patológico. Confiamos en que pasado cierto tiempo se lo superará, y juzgamos inoportuno y aun dañino perturbarlo”.

Queda disponer la inquietud de lo que puede suscitarse en los viejos, el paso oneroso de duelos viejos y nuevos, que engrosan la perspectiva negativa que la vejez contiene. Lo denuncia Abel Fernández Ferman (2007), afirmando “En ciertos casos asistimos a la insistencia de un cuerpo que enferma y remplaza viejos dolores descarnados del psiquismo que cercan y obstaculizan las posibilidades para asociar y simbolizar”

No sería el olvido la respuesta efectiva ante la evidencia de los duelos; Mario Benedetti (2015) lo propone como “Hay quienes imaginan el olvido como un depósito desierto, una cosecha de la nada y sin embargo el olvido está lleno de memoria… En el olvido encallan buenas y malas sombras, huesos de

compasión/sangre de ungüentos, resentimientos inmisericordes, ojos de exilio que besaron pechos.”. En tal sentido, se ofrece la oportunidad de concebir un trabajo en salud mental que se ocupe de los trozos de historias signadas por pérdidas, que ocupan la atención con demasía a los viejos: atasque entre reminiscencias o nostalgias.

Emile Cioran (1987) expresa “Mientras me exponía sus proyectos, le escuchaba sin poder olvidar que no le quedaban más que unos días de vida. Qué locura la suya de hablar de futuro, de su futuro.” He allí una distinción; la nostalgia conduce a la experiencia dolorosa del recuerdo de lo perdido, la pena por aquello que ha quedado atrás; la reminiscencia por su parte, concurre con la disposición del conocer como recordar, lo recordado no aparece como pérdida sino como recolección del pasado en el presente.

Abocados tales consideraciones, resta bosquejar una propuesta que permita transitar por los tiempos de la vejez en términos de Salud Mental, ajeno a las consideraciones de los diagnósticos médico-psiquiátricos de sobra conocidos. En tal sentido se ha postulado la Psicogerontología como una oportunidad para desarrollar acciones que procuren la promoción del envejecimiento óptimo, la autonomía personal y la atención a la dependencia en personas mayores.

Enuncio como tarea ineludible de la psicología y los psicólogos, el poder aportar su experiencia en la escucha sosegada de los decires de los viejos y viejas, como referente para el despliegue del deseo, circunscritos en la apuesta de la reminiscencia como interlocutora de lo vivo de la ancianidad. Delinear formas de atención que permita salir de la concepción de vejez como “categoría discursiva de la cultura y de la ciencia, construida alrededor de la noción de un cuerpo en declinación que asalta al sujeto” (Spedale M y Valvason V, 2016), para ofrecer la vertiente simbólica en la que, el deseo discurra como posibilidad de reconocimiento y transmisión.

Los participantes de la investigación Procesos Interdisciplinarios en la Formación del Psicólogo para el Abordaje Terapéutico Familiar, reconoce la imperiosa necesidad de incluir a la vejez como un asunto de competencia del psicólogo y terapeuta familiar; los sujetos viejos, son referentes de primer orden en las familias, los barrios, las comunidades y la sociedad. Resulta imperioso “menos medicina, menos asilamiento y más educación y formación” (Fernández E., 2002) para los viejos y viejas de nuestros entornos, como ocasión propicia para sostener la Salud Mental y el deseo vital extendido.

Atesoro como colofón de este texto, las palabras de Graciela Zarebski: "El camino complicado es el que parece más sencillo: aspirar a parecer siempre jóvenes, representa querer detener el tiempo o volver a épocas pasadas y adherir a un modelo social que enaltece la juventud eterna. Es una batalla perdida de antemano: lo que se desmiente o se oculta, tarde o temprano reaparece. Cuanto más oculto, más siniestro el desenlace. Es recurrir a

soluciones mágicas y rápidas, de alcance efímero: el resultado es la frustración permanentemente renovada."

Referencias bibliográficas

Aristizábal-Vallejo N. La Psicogerontología un desafío para el siglo XXI. Cuadernos hispanoamericanos de psicología, Vol. 1, No.1, 97-102. Disponible en http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos_hispanoamericanos_psicologia/volumen1_numero1/articulo_8.pdf

Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. Viena, 1982. Disponible en, http://www.msal.gob.ar/ent/images/stories/programas/pdf/2013-08_plan-accion-envejecimiento-viena-1982.pdf

Aulagnier, Piera. (1975) “La violencia de la interpretación”. Amorrortu Ed. Bs. As.

Bacardí Z. Cartas para una vida. Poema A los que se fueron. Disponible en http://www.autorescatolicos.org/misc12/zenaidacartasalosquesefueron.htm

Benedetti M. (2015) A título de inventario. Ed. Punto de lectura.

Bodni O. Vejez y transmisión. Reflexiones psicoanalíticas. Disponible en http://www.psicoanalisis.com.ar/Vejez-y-transmision.htm

Cioran, E.M. (1987) Ese maldito yo. (Aveux et anathèmes). Tusquets editores, p. 13.

Fernández Lópiz E. (2012) Sobre la necesidad de la materia de Psicogerontología en las Facultades de Ciencias de la Educación. Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista, Nº 67, Año 2012. Disponible en http://com.aespat.es/Revista/Revista_ATyPH_67.pdf

Fernández A. (2007) El psicoanálisis con adultos mayores: subjetividad, relato y vejez. RBCEH, Passo Fundo, v. 4, n. 1, p. 76-87, jan./jun. 2007

Fernández E. (2002) Psicogerontología para Educadores. Universidad de Granada.

Fernández E. (2015) Sobre la Formación del Docente-Facilitador de Personas Mayores. Educação & Realidade, Porto Alegre, v. 40, n. 1, p. 149-171, jan./mar. 2015. Disponible en http://www.scielo.br/pdf/edreal/v40n1/2175-6236-edreal-40-01-00149.pdf

Freud S. (1900) La interpretación de los sueños. Obras Completas de S. Freud. Amorrortu, Vol. 5, p. 593

Freud S. (1915 – 1917) Duelo y melancolía. Obras completas, Amorrortu. Vol.

XIV.

Graciela Zarebski de Echenbaum. (1990) Lectura “teórico/cómica¨ de la vejez. Disponible en http://weblog.maimonides.edu/gerontologia2007/documentos/Lectura_Teorico_Comica_de_la_Vejez.pdf

Graciela Zarebski. La vejez es una caída?. Disponible en http://weblog.maimonides.edu/gerontologia2007/documentos/Para_no_caer_en_la_vejez.pdf

Kelman M. (2013) La nuda vida y el poder soberano. Psicoanálisis y Ciencia. Centro de Estudios Inter-disciplinarios (CEI). Universidad Nacional de Rosario. Disponible en http://www.psicoanalisisyciencia.unr.edu.ar/?p=881

Kundera M. (2009) La inmortalidad, Tusquets editores, p. 11-12

Lacan J. Seminario I.

Ley 1616 del 2013. Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. Congreso de Colombia. Disponible en http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf

Lucía Pérez, Roberto Oropeza, Judith López, Cecilia Colunga. (2014) Psicogerontología y trabajo anticipado del envejecer. Revista Iberoamericana de Ciencias. Disponible en Http://www.reibci.org/publicados/2014/julio/2200123.pdf

Miller J-A. (1998) Elucidación de Lacan. Charlas brasileras. Colección orientación Lacaniana, EOL, Paidós.

Napolitano Graciela. Estructura y desarrollo en la enseñanza de Jacques Lacan. Disponible en http://www.psico.unlp.edu.ar/sites/default/files/8_-_estructura_y_desarrollo_en_la_ensenanza_de_jacques_lacan._primera_parte.pdf

Rocío Fernández-Ballesteros. Psicogerontología: su importancia como ámbito aplicado. Disponible en https://www.cop.es/infocop/pdf/1507.pdf

Sergio Fajn. Psicoanálisis y vejez. Disponible en http://www.monografias.com/trabajos-pdf902/psicoanalisis-y-vejez/psicoanalisis-y-vejez.pdf

Spedale M y Valvason V. (2016) Adultos mayores. Psicoanálisis y ciencia. Centro de Estudios Interdisciplinarios (CEI), Universidad Nacional de Rosario, Argentina. Disponible en http://www.psicoanalisisyciencia.unr.edu.ar/?page_id=57

Spedale M. y Valvason V. Estrategias terapéuticas en Psicogerontología. Psicoanálisis y Ciencia. Centro de Estudios Inter-disciplinarios (CEI). Universidad Nacional de Rosario. Disponible en

http://www.psicoanalisisyciencia.unr.edu.ar/?page_id=57

Zarebski G. (2007) El verdadero mal de la vejez es sentirse viejo. Preámbulo de la conferencia "Hacia un buen envejecer. Nuevos modelos". Disponible en http://weblog.maimonides.edu/gerontologia2007/2007/07/el_verdadero_mal_de_la_vejez_e.html#more 2/

Emprendimiento y negocios por personas mayores: experiencias que dignifican la vejez

Janeth del Socorro Arias

Luz Estella Serrano

Katherine Beleño

Ana Acosta

Introducción

Reconociendo las múltiples dificultades que tienen las personas mayores para la generación de sus recursos e ingresos que les permiten una subsistencia básica digna; y que esto sucede mayormente en grupos poblacionales de escasos recursos; la Fundación Serviger desarrolla un programa de apoyo al Emprendimiento de las personas Mayores.

Este Inicio con una actividad de promoción del emprendimiento basada en la estrategia de Ferias anuales a las que además se sumaron otras entidades Aliadas con capacitación y logística entre ellas La Universidad Simón Bolívar. En el año 2011 el programa fue reorganizándose cada vez más hasta convertirse en una estrategia exitosa y sostenible de desarrollo y organización productiva de personas y grupo de adultos mayores.

Aspectos que motivaron la creación del programa emprendimiento para adulto mayor Hoy llamado “PROGRAMA DE EMPRENDIMIENTO VEJEZ Y ARTE”.

Justificación

Algunos aspectos que motivaron a la creación de este programa fueron las acciones productivas de personas mayores sin reconocimiento y valoración. Poca participación de los adultos mayores en iniciativas productivas. arencia de recursos económicos para suplir necesidades básicas como salud, gastos de vivienda, alimentación y transporte de los adultos mayores.

Objetivo general del Programa "VEJEZ Y ARTE"

Promover el desarrollo empresarial y productivo de los adultos mayores, mediante estrategias de motivación coaching para el adulto mayor y emprendimiento participativo con acciones de fortalecimiento, promoción y capacitación para la generación de ingresos y el ejercicio de sus derechos.

Objetivos específicos:

- Desarrollar un programa de capacitación activo tipo coaching para elevar la motivación, y ampliar la visión del emprendimiento y los negocios.
- Reconocer el adulto mayor como persona aportante y productiva en y para la comunidad.
- Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores, estimulando una práctica de responsabilidad social inclusiva.
- Apoyar y Facilitar el enlace que permita la consecución de recursos para el desarrollo de sus iniciativas productivas.
- Crear espacios de promoción y divulgación de sus iniciativas productivas mediante ferias, exposiciones y catálogos en el departamento del Atlántico.
- Falta de reconocimiento de los derechos productivos de los adultos mayores, ya que casi siempre se apoyaba las iniciativas de emprendimiento de jóvenes y los mayores eran excluidos.
- Visibilizar el emprendimiento del adulto mayor como modelo alternativo de desarrollo para otras generaciones y grupos poblacionales

Metodología

La Fundación a través de su proyección social ofrece a los afiliados inscritos en el programa (45) micro-empresarios capacitación, apoyo y asesoría y gestión de espacios para su ventas, comercialización y promoción, apoyo motivacional, familiar, emocional y terapéutico desde la Gerontología.

Organizado A partir del año 2010, y anualmente: Con un modelo de Acción - Participación a través de dos grandes estrategias 1. Ferias de Negocios y de la Productividad de las personas mayores y con participación adicional en otros eventos similares en conexión con nuestros aliados, y 2. Un Programa de capacitación y coaching para el adulto mayor que se desarrolla durante 7 meses

en el ano. Para ello se desarrollan las siguientes actividades

Estrategia: 1. Ferias de Negocios y de la Productividad de las personas mayores. Convocatoria a personas mayores de 55 años con iniciativas productivas de mínimo un año de antigüedad. En la convocatoria se elabora una inscripción en un formato institucional que a su vez es un insumo cualitativo cuantitativo básico para caracterizar la población que vinculamos al programa y a partir de ahí programar, fortalecer u orientar.

Socialización de las dinámicas y entrega de programa de capacitación. Los mayores participan en la promoción de la feria, vinculan a los grupos a los que pertenecen en apoyo a la producción y publicidad. Existe un reglamento de participación. Con Gran gestión se consiguen aliados, patrocinadores donantes y apoyo de otras entidades y empresas y se organizan las ferias. En éstas los adultos mayores empresarios exponen, venden, se promocionan, se relacionan y hacen negocios. Se entregan 3 premios por innovación, presentación del stand y cuidado al medio ambiente.

Estrategia 2: Un Programa de capacitación y coaching para el adulto mayor. Creación y puesta en marcha de un programa Coaching para el Adulto Mayor con métodos andragógicos y gerogógicos contextualizados. La capacitación se realiza semanal o quincenal con apoyo de los aliados y entidades en convenio; los temas que se manejan son: Motivación para el éxito, educación financiera, mercadeo y ventas, servicio al cliente, calidad de los productos y algunos en artes y oficios para actualizar o pulir sus productos.

Expertos y entre ellos donan de su tiempo para enseñar a otros en talleres colectivos. Después de cada evento y actividad se evalúa para medir impacto, hacer ajustes y mejorar procesos.

Logros alcanzados. Iniciaron 60 personas en el 2010 hoy en día tenemos 100 participantes. Una metodología participativa probada y con resultados para temas de finanzas y emprendimiento para el adulto mayor. Se han Visibilizado más las personas mayores como productivas.

Se ha motiva a la participación de los mayores desde estratos cero hasta los altos, participando más los de 1, 2 y 3. Se han vinculado hasta 50 organizaciones y/o grupos de adultos mayores como expositores.

- Mayor motivación para el aprovechamiento del tiempo libre.
- Se ha aportado a la inclusión social de los adultos mayores.
- Se ha motivado la participación de la sociedad civil.
- Se intercambian conocimientos entre expositores.
- Las familias se admiran de los cambios emocionales de sus familiares.
- Aumenta la autoestima de los participantes

- Se generan opciones de negocios en cuanto a citas para pedidos o le hacen pedidos.
- Se abren espacios en otras entidades para otras ferias.
- Visitan las ferias se animan a tener una mayor actividad en su vida. Incremento de los ingresos en la mayoría de sus participantes cuando hay ventas.

Tabla 1. Personas beneficiadas por el proyecto

Año	Número de personas atendidas o beneficiadas por el proyecto	TOTAL POR GENERO		Número de entidades que han apoyado en alianza y en convenio
		H	F	
2010	60	6	54	5
2011	64	8	56	9
2012	80	8	72	9
2013	90	6	74	7
2014	80	8	72	3
2015	90	2	88	6
2016	100	10	96	7

En caso de ponencia producto de reflexión alrededor de un tema: Introducción-justificación-desarrollo-conclusiones

Sin llegar aun a formalizarse en un estudio científico; el objetivo de esta presentación es compartir una experiencia que pone en la mesa esas posibilidades poco exploradas de emprender y continuar emprendiendo en edades avanzadas, y más en aspectos de productividad relacionada directamente con la generación de ingresos.

No hay mucha literatura y está todo por hacerse, sobre todo en sociedades que envejecen aceleradamente y sociedades que son cada vez más longevas, donde se proveen comunidades lideradas por mayores y donde los mayores son los protagonistas; lo que implicara más gente joven productiva, pero cada vez menos asequible, más escasa, menos comprometida.

Aprovechamos este espacio para hacer un llamado a los diferentes sectores (públicos y privados) para que se revise la política nacional de envejecimiento y vejez en cuanto a esta dimensión humana… la productividad y el emprendimiento mayor; en la Fundación estamos seguras del potencial

desaprovechado y desperdiciado. Es un reto para revisar el acceso a los servicios financieros, créditos, préstamos y asesorías.

Y las personas mayores con potencial; deberán mirar más allá de esperar una pensión o un subsidio y explorar facetas que están a la orden de día para ser empresarios exitosos y tener nuevos comienzos.

Tampoco es quitarle o disminuirle la responsabilidad al estado, es vivir experiencias de emprendimiento sostenible más allá de un beneficio económico, y más benéficos en salud física, mental - emocional.

Lo que queda del cuerpo: cuerpo y vejez

Judith Elena García Manjarrés

“A mi edad la vida no es fácil, pero la primavera es bella y el amor también” (Freud, 1934).

Introducción

No es un secreto que la expectativa de vida ha aumentado considerablemente, la población de más de 65 años viene en ascenso a nivel mundial y con ello, también la consulta en áreas de la salud por parte de las llamadas personas mayores y/o de tercera edad. Según el Banco Mundial (2014), no hay un solo país del mundo en que la esperanza de vida no haya aumentado entre 1940 a 2014. La vejez sin embargo, desde la antigüedad, ha sido vista o bien como aquello que se desprecia, o bien como aquello que se exalta.

Lo anterior, desde dos tradiciones que han marcado ineludiblemente la historia de la humanidad, a saber, la tradición judeo – cristiana y la tradición heredada por la cultura griega. En la primera, los ancianos son vistos por el resto de la comunidad como los sabios y aquellos a los que se veneraba pues podían enseñar con su experiencia y su bondad. En la segunda en cambio, el asunto de hacerse viejo, está ligado a lo obsoleto, a aquello que ya no puede aportar al conglomerado social y que con su envejecimiento, va perdiendo el alma.

Esta tradición griega, marca la historia de la filosofía. Así, Friedrich Nietzsche (1883), uno de los más grandes pensadores y filósofos del siglo XIX expresa “Más de uno se vuelve demasiado viejo incluso para sus verdades y sus victorias; una boca desdentada no tiene ya derecho a todas las verdades” (p. 42).

En esta última tradición, la griega, que implica un imaginario social, el viejo queda como aquel objeto que se desprecia y que en ocasiones incluso pareciera estorbar. El viejo y lo viejo, está entonces relacionado con aquello que hay que marginar, aquel que incluso aparece desde el lugar del enfermo, del deterioro. Sin embargo, ese deterioro, esa enfermedad, si bien aparece del lado de lo social, su escenario principal es el cuerpo.

Del cuerpo qué queda

En el cuerpo se desarrollan, sine qua non las escenas de la vejez, y ella, la vejez, convoca a pensar en el deterioro del cuerpo, ese que antes aparecía cuidado en extremo, con la piel tersa, suave y con la vitalidad que se asume propia de la gente joven; ese cuerpo, ahora aparece con arrugas y con dolores que se hacen escuchar y que a veces, ensordecen de tal manera que parecen recordar la frase freudiana de “la muela habita” (Freud, 1914), es decir:

Por ese dolor olvida las cotizaciones de la bolsa, los impuestos, la tabla de multiplicar, etc. Todas las formas habituales del ser pierden súbitamente su atractivo, están anuladas. Y ahora, en el pequeño agujero, la muela habita. El mundo simbólico de las cotizaciones de la bolsa y de la tabla de multiplicar se halla enteramente cargado en el dolor (Lacan, 1953).

Si el envejecimiento se va situando generalmente de manera silenciosa en la vida de uno y cada uno, no es menos cierto que sus marcas son progresivas y se hacen escuchar, ellas, se nos vuelven visibles ante todas las miradas, las canas aparecen, la piel se arruga, ciertas comidas cargadas de sazón y condimentos que antes eran favoritas, empiezan a hacernos daño, el cuerpo registra cansancio. El cuerpo, que desde siempre ha sido marcado por la mirada y el deseo del Otro y de los otros, así también de las palabras cargadas de significación que desde antes de nacer signan el lugar de lo corporal.

Es entonces en la relación con los otros donde se instala el psiquismo y esto, escribirá la forma en que se expresa el cuerpo, los linderos que el recorra en el proceso de envejecimiento y el paso del tiempo. Todo ello, se acompaña de pérdidas que se le imponen al sujeto, pérdidas que conllevan los lugares sociales, así como también pérdidas que son inherentes al paso de la vida, los hijos se van de casa, lo que antes era trabajo goza ahora el estatuto de jubilación y/o pensión, los pares empiezan a dejar de existir, etc.

Así las cosas, la vejez y sus efectos, se instalan en la vida del sujeto, casi de manera imperceptible pero además, tienen la particularidad que generalmente son los otros, aquellos con los que se hace lazo, quienes señalan tal condición. El viejo, aparece como ajeno, a veces, incluso para el mismo. Vale la pena traer una anotación de Freud, cuando escribe:

Puedo contar una aventura semejante que me ocurrió. Yo estaba sentado solo en mi compartimento del coche-cama cuando, debido a un violento impulso del tren, la puerta que daba al baño anexo se abrió y un hombre de una cierta edad, con un abrigo y ropa de viaje entro en mi cabina. Imaginé que al salir del baño que quedaba entre los dos, él se había equivocado de dirección y entró equivocado a mi compartimento.

Me precipité sobre él para informarle de su error, pero percibí, completamente perplejo, que el intruso era mi propia imagen reflejada en el

espejo de la puerta de comunicación. Recuerdo todavía que esta aparición me desagradó profundamente (Freud, S. 1919, p. 59).

Otra anécdota, que relata Mariana Frenk Westheim en su cuento “La Otra”, afirma:

Un día la señora NTS se vio en el espejo y se asustó. La mujer del espejo no era ella. Era otra mujer. Por un instante pensó si no sería una broma del espejo, pero descartó esta idea y corrió a mirarse en el espejo grande de la sala. Nada. La misma señora. Fue al baño, al corredor, a los pequeños espejitos que cargaba en su bolsa, y nada. Aquella misma señora desconocida estaba ahí.

Decidió sentarse y cerrar los ojos. Sentía voluntad de huir algún lugar bien lejos donde no pudiera encontrarse con aquella persona. Pero era más prudente quedarse cerca, no dejarla sola, observarla.

Se paró a reflexionar: ¿Quién podría ser esa señora? ¿Tal vez la que vivió antes de mí en este apartamento?, ¿Tal vez la que vivirá aquí cuando yo salga?, ¿O quién sabe, la mujer que yo misma seria si mi madre se hubiese casado con su primer novio?, ¿O quién sabe, la mujer que a mí misma me hubiera gustado ser?

Lancé una rápida mirada al espejo y decidí que no. De ninguna manera me hubiera gustado ser esa señora. Después de pensar mucho tiempo la señora NTS llego a la conclusión de que todos los espejos de la casa habían enloquecido, actuaban como atacados por una enfermedad misteriosa.

Intenté aceptar la situación, no preocuparme más, y simplemente parar de mirarme al espejo. Se puede vivir muy bien sin mirase al espejo. Guarde los pequeños espejos de la cartera para tiempos mejores, y cubrí con paños los mayores. Un bello día, cuando por fuerza de habito me estaba peinando en frente al espejo del armario, el paño cayó, y allí estaba la otra mirándome, aquella desconocida.

¿Desconocida? Me parece que ya no tanto. La contemplo durante tantos minutos. Comienzo a creer que tiene un cierto aire de familia. Tal vez esta dama comprenda mi situación y por pura bondad intente adaptarse a mi imagen que por tanto tiempo habitó en mis espejos.

Desde entonces me miro al espejo todos los días, la otra, no tengo dudas, se me parece más. ¿O yo a ella? (Wentein, 1995)

Reflexiones finales

El viejo aparece como otro, otro distinto, frente al que no nos reconocemos y del que no queremos saber, su imagen aunque se nos parezca un poco a la nuestra y pensemos que algo tiene que ver con nosotros, se nos presenta como una imagen ajena que no deja de sernos extraña. Lo corporal de

la vejez entonces, empieza a relacionarse con lo que Freud (1919) llamó “lo extrañamente familiar”, que no es otra cosa que lo siniestro, lo ominoso.

Lo que se ve en el espejo, no guarda correspondencia con la imagen que se tiene de sí mismo en la memoria, menos aun cuando en la geografía de ese mismo cuerpo empiezan a aparecer los dolores y las enfermedades, el viejo, empieza a padecer no sólo los excesos con los que creyó poder en la juventud, sino también del paso de la edad y el desgaste del organismo y eso, hace eco en el cuerpo, allí se cobra la factura.

La dificultad del reconocimiento no hace referencia para este caso, a aquello que un sujeto ignora, al saber que no se sabe o al inconsciente. Sea joven o mal llamado viejo, ambos, saben que la imagen del espejo es propia, les pertenece, sin embargo, la dificultad del reconocimiento, radica en lo que no se corresponde, es decir, la imagen que ahora devuelve el espejo, con aquella que un sujeto tiene introyectada, guarda en su memoria, son ellas las que no guardan equivalencia.

Es común escuchar de las personas mayores, sus remembranzas de cuando eran jóvenes y bonitas, aludiendo que eso, se les presenta ahora sólo como un resto, como aquello que queda del cuerpo, cuando no sólo podían hacer esto y lo otro, sino también cuando por buenos mozos, todas los perseguían, en el caso de los varones, o ellas paralizaban el tráfico en el caso de las mujeres o cuando con su resistencia física podían soportar grandes esfuerzos y maratónicas jornadas.

En los casos en que empieza a aparecer la enfermedad mental llámese este alzhéimer y/o cualquier tipo de demencia, no sólo ha quedado un tanto perdida la imagen corporal, sino también los rostros que antes resultaban familiares y algunas funciones motoras y ejecutivas que siempre se realizaron con facilidad, la cotidianidad entonces, se ve alterada. La representación, ha quedado perdida en esos casos, muchas veces para siempre.

Sin embargo, el envejecimiento como proceso natural, no implica necesariamente la aparición de la enfermedad mental o bien del decline mental. Algunos sujetos, llegan sanos a ese proceso y son ellos los que convocan a reconocer en el lugar de la vejez, no lo obsoleto y lo que estorba, sino más bien como enseña la tradición judeo –cristiana, aquellos que aún pueden enseñar y de los que la ahora juventud se puede seguir sirviendo.

El viejo, ese otro, bien puede enseñar desde su experiencia que generalmente no es poca, desde la sabiduría que le dan los años y el sentido común, así como aprender de las nuevas generaciones las novedades que estas tengan para ofrecer.

Sus añoranzas y ensoñaciones, las del viejo, remiten a un Yo ideal y una ilusión de completos, cuando ilusamente, se cree que todo se puede, que todo se es; si ellas llegan a fracasar y el sujeto descubre frente al espejo aquel cuerpo al que no se reconoce como propio y frente a él se asume una posición

renegatoria, de un ideal para siempre perdido, esto traerá consigo la tristeza y la depresión.

Sin embargo, existe otra posibilidad, pues si frente a ese espejo se toma una posición responsable de júbilo, aunque sea la misma imagen – de viejo - , toda vez que el sujeto esté armonizado, equilibrado, encontrará mecanismos psíquicos que le permitan defenderse y seguir conectando su deseo a la vida y así, como Freud (1934), poder afirmar: “a mi edad la vida no es fácil, pero la primavera es bella y el amor también”. (Doolittle, 2004)

Este momento de extrañeza frente a la propia imagen corporal, puede aparecer incluso antes de que la llamada tercera edad se instale, el fenómeno que anuncia la vejez, suele venir desde afuera y ubicar al sujeto frente a otro modo en la vida. Empieza el sujeto a localizarse en otro tiempo, uno que anuncia la presencia de la vejez, se suele escuchar graciosamente, que tiene que ver con una enfermedad llamada la más de las veces sejuela , haciendo referencia a que se fue la juventud, esa que a pesar que hay quienes la buscan eternamente, se sabe perecedera, finita.

La vejez, para un sujeto, suele anunciarse en la estética, en la geografía del cuerpo, bien sea al modo de la canción vallenata que reza “mi primera cana, noticias de mi vejez” (Díaz, 1993) o bien a modo de algo de lo biológicamente enfermo que aparece en el plano donde todo se vive, es decir, en el cuerpo.

Se trata entonces del lado del sujeto de valerse de las herramientas psíquicas que cada uno tenga para instalar ese cuerpo que se vivencia como ajeno, en la cotidianidad del sujeto, no al modo de lo enfermo, sino por el contrario, de la aceptación del transcurrir del tiempo y poder inscribir con alegría el nuevo momento, uno en el que al modo de Freud, se sepa aún desde el inconsciente, que aunque “la vida no es tan bella, pero sin embargo, es todo lo que tenemos” (Freud, 1919.)

Así, cuando esto llega a pasar, y aunque la tercera edad pueda implicar la “imaginación la de la vejez para inventar fealdades” (Casares, 1969), también si se asume, puede ser esa misma vejez, como indica el poeta Jorge Luis Borges (1969) “el tiempo de nuestra dicha”.

Si se piensa en ambas frases, se hace visible de manera inmediata que la una es opuesta a la otra, pues mientras la primera indica lo peyorativo que podría traer la vejez, la segunda indica que este mismo tiempo, sólo podría traer felicidad. Esto, hace referencia entonces a como se inscriba el viejo y lo viejo para cada cultura y a su vez a como cada cultura puede siempre resignificarse y/o reconstruirse.

Entonces, será responsabilidad de las instituciones educativas, así como de los profesionales de la salud, empezar a pensar y otorgar un lugar resignificado a la categoría de viejo y al viejo pues es el discurso el que puede signarle y hacer circular un nuevo lugar, uno de sujeto deseado y reconocido por el Otro y por los otros, sujeto que todavía tiene algo y/o mucho que ofrecer y en

tanto tal, sujeto que aún guarda un brillo para los otros, eso que lo hace especial y que no lo coloca en el lugar de la exclusión, sino por el contrario, de aquel que sigue contando y con el que se sigue contando y, por lo tanto puede hacerse posible no precipitar algunas enfermedades que se atribuyen como propias de la vejez, aunque ello también dependa de los elementos estructurales de uno y cada uno de los sujetos en cuestión.

Las limitaciones propias del desgaste orgánico, pululan en los consultorios de profesionales de la salud, las quejas del cuerpo que sufre se hacen escuchar y esto, aparece como una forma de hablar de sí mismo y al mismo tiempo de ser cuidado por otro y otros, de ser incluido en la cultura, de crear vínculos y ser afectivamente cargado.

Así continúe en relación a la extrañeza, se escucha comúnmente este cuerpo ya no me sirve, este corazón, presión, me va a matar, etc. Se habla de ello en tercera persona, como si no perteneciera ese cuerpo, a aquel que habla del mismo y de un cuerpo del podría pensarse que ya nada puede esperarse, que está como diría el psicoanalista francés “desierto de goce” (Lacan, 1972, p. 32).

Con base en lo anterior, se podría pensar que si bien la tercera edad trae consigo la extrañeza de lo fue la propia casa, a saber, el propio cuerpo, ésta, tal vez, no sucedería tan vertiginosamente si el llamado anciano fuera un sujeto armónico psíquicamente pero además estuviera incluido en una cultura que le permitiera realizar proyectos conforme a las posibilidades y potencialidades de uno y cada uno toda vez, que ellos, no sólo todavía pueden aprender y enseñar, sino que algunos, pasaron su vida pudiendo resolver no sólo la propia, sino ayudando en su momento a los más pequeños a incluirse en la cultura, esa, que ahora, puede mirarlos con desdén o con dicha. Decía Freud:

Con las personas viejas debe uno tenerse por contento cuando la balanza se equilibra poco más o menos entre la inevitable necesidad de un reposo final y el deseo de disfrutar todavía un poco más el amor y la amistad de los seres cercanos (Freud, 1935).

Es decir, se trataría, de que ese cuerpo y lo que queda de él, empiece a estar incluido en la cultura y no de forma peyorativa, sino como aquel del que aún todos podemos servirnos y todavía él puede servirse, incluso de su deseo para permanecer vivo y con alegría en el lazo social.

Referencias Bibliográficas

Banco Mundial. (2014). Esperanza de vida al nacer. Septiembre 15, 2016, de Banco Mundial. Recuperado de: http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN

Borges, J. (1969). Elogio de la sombra. Argentina: Emecé.

Casares, A. (1969). Diario de la guerra del cerdo. Argentina: Alianza Editorial

Díaz, D. (1993) Mi primera Cana. En: Título de amor. Canción N° 1. Sony Music

Doolittle, H. (2004) Tributo a Freud. Barcelona: Editorial El Cobre.

Freud S. (1919). Lo Siniestro. En: Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva [1973]

Freud, S. (1935). En: Sigmund Freud Ernest Jones Correspondencia Completa. Síntesis: Madrid [1969]

Freud, S. (1914) Introducción al narcisismo. En: Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva [1973]

Frenk-Westheim, M. (1992). “La Otra” En: Y mil aventuras. México: Siglo XXI.

Gay P. (1989). Freud una vida de nuestro tiempo. Argentina: Editorial Paidós.

Lacan, J. (1953) Seminario 1: Los escritos técnicos de Freud. Paidós: Argentina

Lacan, J., (1972) Seminario 20: Aún. Paidós: Buenos Aires [1992]

Nietzsche, F (1883). De la muerte libre. En: Así habló Zaratustra: Un libro para todos y ninguno. Edad: Madrid. [1998]

Alternativas ocupacionales, sentido y significado en la persona mayor

Franci Esmit Aroca Perdomo

Sandra Patricia Castro Munevar

Los mayores necesitan un objetivo, no sólo recreación. Los mayores necesitan un sueño, no sólo una memoria. Abraham Heschel's

Introducción

La vejez conlleva consigo cambios importantes a nivel emocional, físico y social que modifican la participación de las personas mayores en las actividades que antes hicieron parte de su identidad y de su motivo de vida. Si esta etapa lleva consigo una enfermedad neurodegenerativa la realización de actividades significativas puede verse disminuida de forma importante, conllevando a estados de aislamiento, depresión y aceleración de las características de la enfermedad por ausencia de estimulación.

Existe una íntima relación entre el compromiso de las actividades significativas y la salud. Al estar limitada la capacidad de elección de estas actividades se puede generar una incompatibilidad entre lo que la persona hace y lo que realmente quiere hacer, generando así una brecha y aislamiento ocupacional. Esta situación puede conllevar a un deterioro acelerado de las personas mayores que disminuyendo en forma importante su calidad y sentido de vida.

Es así como a lo largo de diez años se identifican las necesidades ocupacionales de un grupo de personas mayores con Enfermedad de Alzheimer que asisten a un Centro de estimulación integral, se orientan y adaptan las actividades buscando agregar sentido y significado a su realización y se analiza el impacto de éstas en su sensación de bienestar y en su desempeño cognitivo.

Esta experiencia surge como respuesta a las necesidades ocupacionales de las personas mayores con deterioro cognitivo y/o Enfermedad de Alzheimer, dado el incremento poblacional de personas en edad avanzada en el mundo en donde se habla de personas mayores de 60 años que pasaran de 673 millones

a 2000 millones en 50 años (Naciones Unidas, 2007) y en Colombia, en donde se prevé un aumento del 35.8% de la proporción de personas mayores (DANE, 2009).

Esto también implica un incremento sustancial de las enfermedades demenciales, entre las cuales la Demencia Tipo Alzheimer se encuentra entre las más comunes estimando que alrededor del mundo hay aproximadamente 24 millones de personas con este tipo de demencia y prediciendo que para el 2040 serán aproximadamente 81 millones principalmente en zonas de amplio crecimiento demográfico como China, India y América del Sur (Alzheimer disease International, 2008).

El padecimiento de esta enfermedad hace que se presenten alteraciones cognitivas y en la vida cotidiana y esto hace que sea pertinente buscar alternativas de intervención que propendan por el bienestar de estas personas a pesar de su condición y dándoles la oportunidad encontrar sentido y significado en lo que hacen en el diario vivir.

Inicialmente se analizan las características que debe tener un programa de estimulación integral orientado la persona mayor con Deterioro cognitivo leve y demencia, centrado en sus necesidades ocupacionales y brindando oportunidades para que volvieran a realizar actividades que para ellos eran significativas.

Posteriormente se analiza que ocurre con su proceso cognitivo y su sensación de bienestar y como estos programas de estimulación integral pueden impactar en la calidad de vida de personas con Demencia y sus familias.

Demencia

La demencia es un síndrome clínico caracterizado por la presencia de deterioro cognitivo progresivo que afecta la capacidad de la persona para desarrollar en forma autónoma sus actividades cotidianas, ocupacionales y sociales. La demencia afecta principalmente las funciones mentales como la memoria, la orientación, el pensamiento, la comprensión, el cálculo, la capacidad de nuevos aprendizajes, el lenguaje y el juicio, pero suele acompañarse también de síntomas conductuales y emocionales.

La Enfermedad de Alzheimer es la causa más conocida de demencia en el mundo y su carácter progresivo se desarrolla en tres fases a través de las cuales las habilidades físicas y cognoscitivas decrecen afectando el sentimiento de bienestar experimentado por el ser humano, en relación con su trayectoria de vida, y con lo que es, tiene y le rodea.

En la fase I se presenta pérdida progresiva de la memoria explícita episódica, dificultad en la resolución de problemas, desorientación tempo-espacial, labilidad afectiva, ansiedad, pérdida de iniciativa y disminución en la

concentración. Al presentarse estas manifestaciones la persona con Demencia Tipo Alzheimer empieza a tener alteraciones en su desempeño laboral y familiar, las cuales son percibidas por los familiares más cercanos y en algunas ocasiones por el paciente.

Frente a estas alteraciones el desempeño en cada uno de los roles de la persona con demencia se afecta, siendo necesario en la mayoría de los casos suspender el papel ocupacional y algunas de las actividades sociales y del hogar en las cuales el deterioro es notorio.

Durante la fase II se presentan dificultades de memoria a corto y largo plazo deterioro intelectual, agnosia topográfica y visual, parafasias, apraxia construccional, circunloquios, alteraciones del sueño y del comportamiento, alteraciones de la percepción y disminución de la fluidez verbal; además se presenta inquietud motora en muchos de los casos.

En la fase III se observa deterioro intelectual y comportamental severo, además de pérdida del contacto con la realidad e incontinencia. Se pierde totalmente la capacidad para desarrollar actividades de la vida diaria, requiriendo asistencia permanente. Su lenguaje se limita a miradas o sonidos guturales y no hay comunicación verbal. Es decir, se intensifican los signos presentes en las fases iniciales. (Ortiz, 1997).

Al identificar el progreso de la enfermedad de Alzheimer se hace inminente el cuestionar si a pesar de una enfermedad como esta se puede mantener la calidad de vida. Esto lleva a discutir tal concepto

Calidad de Vida

El concepto de calidad de vida ha tenido grandes transformaciones a lo largo de la historia. Desde la época griega se hablaba más acerca de “la buena vida” haciendo referencia a la forma de vivir correctamente entendiendo la diferencia entre el bien y el mal (Trias,2000), que en términos generales hoy evolucionó hacia e término de ética, alejándose así del concepto de calidad de vida que hoy se maneja. Por gran tiempo también se encontró ligado el concepto de calidad de vida al de liquidez económica, dejando por fuera otros aspectos importantes del término.

De manera adicional, desde la década de 1990, se empezó a desarrollar una noción de Calidad de Vida asociada a la salud, principalmente en el momento en que la esperanza de vida se encuentra en aumento y que se hace conciencia de que la función de los profesionales de la salud, no es aumentar los años de vida a las personas sino aportar una mejor calidad a los años vividos. (García, 1991).

En la revisión teórica realizada en el año 2000 por Aroca, Cante y Castro, buscando acercarse a una definición de calidad de vida que tuviera en cuenta

las necesidades de las personas mayores con demencia tipo Alzheimer se elaboró la siguiente definición de calidad de vida que será aplicada también para el presente trabajo investigativo:

"La calidad de vida es la percepción dinámica de bienestar frente a los logros reales y posibles a través de la existencia del ser humano, la trascendencia del valor de estos para sí mismo y para el ambiente socio-familiar y a la capacidad para adaptarse y compensar pérdidas afectivas, físicas o laborales, generada por la interacción armónica de los factores objetivos y subjetivos inmersos dentro de un ambiente que condiciona tal percepción"

Teniendo en cuenta las particularidades de las personas con Demencia, se puede hablar de que la calidad de vida está dada por la satisfacción que sienten las personas con respecto a su existencia; tiene en cuenta la posibilidad de adaptación del individuo a cualquier situación de deterioro, deficiencia o pérdida. Esta satisfacción puede estar dada además por el cumplimiento de las necesidades básicas cotidianas, tales como el sentirse útil y querido y el mantenerse en condiciones físicas adecuadas (alimentación y vestido, entre otras).

De igual forma, el sentimiento de bienestar puede estar influido por el estado de paz interior generado al analizar el comportamiento llevado durante la vida en cada una de las actividades realizadas por el aspecto espiritual, el cual cobra especial importancia en la vejez y en las personas con disfunción, debido a que se convierte en fuente de motivación y fortaleza.

Se definirá la calidad de vida como una percepción dinámica, ya que es subjetiva individual e inherente al ser humano y se compone de factores intercambiables de acuerdo al momento por el que atraviesa la persona sin dejar de lado la historia de vida para poder obtener una visión global de sus satisfacciones y su estilo de vida.

Se da también gran importancia a la compensación y a la interacción armónica de los factores de la calidad de vida, de acuerdo a las necesidades que se buscan suplir.

Necesidades Ocupacionales

A lo largo de la vida el hombre siempre ha desarrollado actividades con las que se siente motivado en las que encuentran sentido y satisfacción y que se entretejen en la construcción de su propia identidad. Con la vejez, las actividades que hicieron parte de la vida, suelen verse modificadas por diferentes factores como la ausencia del rol laboral, pérdida del conyugue, incursión de nuevas costumbres generacionales en el hogar, pérdida de amigos, entre otras.

Estas situaciones pueden generar en la persona mayor un desequilibrio

en su hacer ocupacional conllevando a modificar, disminuir o suprimir las tareas que le dieron sentido a su vida, generando así una necesidad ocupacional, que requiere ser atendida para minimizar el riesgo de afectación de tipo emocional, cognitivo y conductual.

Echeverría, Ortega & Riquelme (2009) definen la Necesidad Ocupacional como “La percepción de una brecha ocupacional; que altera el sentimiento de satisfacción de vida, modificando la participación de la persona en el desempeño de ocupaciones significativas”. Este tipo de ocupaciones están caracterizadas por el involucramiento e implicancia en actividades auto iniciadas, auto dirigidas que son vividas como productivas por la persona, Reilly, M (1969). Al estar restringida la capacidad para elegir estas actividades y limitadas las opciones de participación, se genera una “brecha ocupacional” o discrepancia entre lo que la persona quiere y necesita hacer y lo que ella realmente hace.

Si adicional a los cambios psicosociales propios de la etapa de vejez, le acompaña un deterioro cognitivo progresivo como una demencia, la persona no solo disminuye la realización de actividades importantes en su vida, sino que además su capacidad de decidir cuáles quiere seguir realizando se ve limitada, dejando esta función en manos de sus cuidadores, familiares o terapeutas.

De esta forma, frecuentemente las personas mayores con Demencia se ven expuestas y/o forzadas a realizar tareas que no hicieron parte de su vida, o de sus intereses, a las que no les encuentran sentido y que conllevan a generar apatía, sentimientos de minusvalía y muchas veces rechazo.

Es así como a partir de esta necesidad y buscando disminuir esta brecha ocupacional, se propone desarrollar un programa de estimulación cognitiva que no solo repercuta en el mantenimiento de las funciones intelectuales sino que impacte positivamente en la sensación de bienestar y calidad de vida de quienes participan de éste.

Programa de estimulación cognitiva dirigido a personas con Demencia

Población: 20 personas con diagnósticos de Demencia o deterioro cognitivo progresivo. 16 mujeres, 4 hombres. Entre 64 y 89 años. Con diferentes niveles socio-culturales y educativos. Todos permanecían en su casa sin ningún tratamiento terapéutico o actividad significativa.

Evaluación inicial: Con el fin de caracterizar a nivel individual a los usuarios del programa de intervención se realizó una entrevista semiestructurada tanto al cuidador principal como al usuario para obtener información acerca de las características de la rutina diaria del usuario en ese momento, el estado anímico tanto del cuidador como del usuario y la sensación de bienestar del usuario con respecto a las actividades que realizaba en su vida cotidiana en el momento de iniciar el proceso de intervención terapéutica. Esta entrevista se aplicó de nuevo en el año 2016 con el fin de conocer los cambios

que se presentaron luego del proceso de intervención.

Adicionalmente se realizó una valoración del estado cognitivo aplicando el Minimental State Examination (MMSE), Test del reloj y Test de Alteraciones de la Memoria TAM. Para el proceso de análisis de resultados se tuvo en cuenta la calificación obtenida en el MMSE antes de iniciar el proceso de intervención y en el momento de la recolección de información final, así como la percepción de bienestar de cada uno de los participantes.

Identificación de necesidades e intereses: Teniendo en cuenta que la estimulación cognitiva tiene que ver con la individualidad de los adultos mayores, y que por tanto se debe tener un conocimiento previo de ellos para poder tener éxito en la intervención que se realizará, se procedió a elaborar una historia ocupacional que incluía el nivel educativo y las tareas que hicieron parte importante de su vida, que construyeron su identidad y que deseaban continuar haciendo. También se tuvieron en cuenta las actividades de tiempo libre pasadas y presentes y las que quisieron hacer pero que por diferentes motivos no pudieron realizar.

Se contemplaron aspectos como habilidades presentes y habilidades ausentes, en donde se dio prioridad al principio de “priorizar las habilidades residuales por encima de las limitaciones”(Allen, 1982).

A través de la recolección de la información las personas mayores participantes refirieron que sus intereses para participar de un programa de estimulación estaban centrados en:

- Necesidad de actividad y estar ocupados
- Interés en aprender nuevas cosas
- Socializar y compartir con más personas
- Realizar actividades de esparcimiento
- Necesidad de sentirse autónomos

Objetivos del Programa de estimulación: Teniendo en cuenta lo anterior se diseñó el programa de estimulación con los siguientes objetivos:

- Estimular, mejorar y mantener las habilidades mentales superiores.
- Evitar la desconexión con el entorno y fortalecer las habilidades sociales.
- Dar seguridad y mantener la autonomía.
- Minimizar la ansiedad y evitar las manifestaciones psicológicas por inactividad.
- Crear rutinas de participación en actividades
- Promover los sentimientos de bienestar y de productividad.

- Mejorar la calidad de vida de los usuarios y sus familias

Diseño del programa de estimulación: Teniendo en cuenta lo anterior el programa se diseñó en modalidad “Centro día”, con actividades terapéuticas conformadas por un equipo interdisciplinar especializado en demencias, en donde los usuarios asistieron mínimo 8 horas a la semana, durante mínimo un año contínuo.

Se utilizaron las actividades terapéuticas y de rehabilitación cognitiva validadas en el trabajo con demencia, dentro de las que hicieron parte la terapia de reminiscencia, la terapia de orientación a la realidad, el entrenamiento cognitivo, la psicomotridad y la Musicoterapia

Figura 1: Modelo de actividades realizadas en el Centro día

Resultados

Antes del proceso de intervención

En el momento de recoger la información inicial en las entrevistas semiestructuradas tanto a los usuarios como a los cuidadores se observan quejas constantes sobre la inactividad, comentarios de inconformidad y soledad, inclusive se encuentran expresiones de subvaloración de lo que se vive. Esto se ve reflejado en frases como: “Tengo mucha tristeza, me siento enferma”, “me entristece no tener actividad”, “Me siento solo y triste, principalmente en las noches sin con quien conversar y más uno de hombre”

Estas expresiones evidencian sensación de malestar con la situación vivida en ese momento. Algunas personas expresan frases indicadoras de sensaciones anímicas depresivas tales como: “yo ya debería desocupar este mundo” evidenciando abiertamente el deseo de no querer seguir viviendo.

Al analizar la rutina de actividades de las personas se encuentra que en la mayoría de ellas no existe realización de una ocupación diferente a las que implican las actividades básicas cotidianas de aseo personal, alimentación, vestido y autocuidado en general, implicando pasar varias horas del día en cama, con características de deambulación o vagabundeo, teniendo siestas frecuentes que luego hacen que durante la noche no puedan dormir fácilmente y conductas repetitivas y ansiosas como abrir cajones, empacar maletas y preguntar las mismas cosas de manera repetitiva.

A esto se suma que muchas de esas personas pasan largos periodos de tiempo sin tener contacto social diferente al de su cuidador principal y al indagar por su comportamiento y estado anímico se observa en algunos de ellos irritabilidad y autoaislamiento.

Con respecto a la expectativa de iniciar la realización de actividades de manera sistemática y constante existen personas que abiertamente manifiestan su interés por participar: “Me gustaría un sitio donde pase tiempo y no esté encerrado viendo T.V”, “Mi Hija me trajo. Es como un colegio, siempre he querido volver a clases”. Con este tipo de personas se logró un proceso de iniciación más sencillo al tener expectativas positivas y estar dispuestos a la realización de actividades.

Por otra parte, existió un grupo de personas que iniciaron el proceso con cierta apatía, con muy pocas horas a la semana y evidenciando una baja tolerancia a la actividad, pero poco a poco y de manera gradual solicitaron asistir con más frecuencia y se observa mayor apertura a las actividades.

Después del proceso de intervención

Al buscar identificar los cambios en la sensación de bienestar de las personas mayores luego de realizar el proceso de intervención y la inclusión de actividades significativas en la vida diaria se encontró adaptación y aceptación del proceso. Las personas se habituaron a la asistencia frecuente y rutinaria al centro día presentando en su mayoría asistencia constante y baja cantidad de ausencias relacionadas estas principalmente con dificultades de salud o viajes familiares.

Además se observaba conciencia en el usuario acerca de este proceso de adaptación. Los usuarios cambiaron su percepción de tristeza por la de alegría y referían abiertamente su intención de seguir participando de manera más asidua: “Me siento muy amañada y contenta, quisiera venir todos los días”

Parte del proceso de intervención buscó la recuperación de actividades que los usuarios habían dejado de realizar por falta de motivación, interés o capacidad, pero que de acuerdo a la historia ocupacional generaron sensación de bienestar a lo largo de su vida; de esta forma se recuperaron hábitos de lectura al adaptar tanto físicamente (letras grandes, contrastes fuertes) como intelectualmente (temas más sencillos, lecturas más cortas): se reinició las prácticas deportivas (baloncesto, billar, futbol), se volvieron a realizar

conversatorios frecuentes acerca de los temas de experticia de los usuarios de acuerdo a sus ocupaciones previas.

Se buscó también la realización de actividades a las cuales no habían tenido acercamiento pero que habían mostrado algún tipo de interés de tal forma que se descubrieron habilidades artísticas que no habían sido exploradas. Los usuarios iniciaron proyectos de pintura, artesanía y escultura evidenciándose gran satisfacción por el logro y sentimientos de productividad.

A nivel social se observó un incremento significativo de la necesidad de comunicación, usuarios que se aislaban, buscan de manera autónoma conversaciones con pares y con terapeutas; además fueron conscientes de este cambio refiriendo agrado por incrementar su socialización: “Me siento contenta porque los señores hablan cosas parecidas a mí, hay algunas vidas como la mía”

En general se disminuye la preocupación y las quejas por el estado de salud, se minimizan los comentarios acerca de no querer seguir viviendo y se incrementa la motivación por la vida. La comunicación familiar y social se incrementa disminuyéndose así los sentimientos de soledad y expresiones de inconformidad. Se muestran actitudes más optimistas, en comparación con la primera entrevista; Los usuarios expresan el buen uso del tiempo libre, la creatividad y el mayor disfrute por las actividades que realizan.

Evidente mente el discurso cambia: “uno todavía tiene fuerzas para hacer muchas cosas”, “es que uno no se ha muerto todavía” que muestra entusiasmo por lo que ha experimentado; de igual manera, frases como: “hay que gozarse la vida” y “es que la risa es toda una terapia”, demuestra satisfacción y alegría.

Algunos comentarios demuestran aceptación del proceso de envejecimiento y de sus roles sin equipararlos siempre con la tristeza o la desesperanza: “uno ya trabajó todo lo que tenía que trabajar en la vida” y “si uno le dio todo a sus hijos es bueno que ellos a veces también se preocupen por uno”.

E incluso en algunos casos en los cuales habían procesos de duelo iniciales por pérdidas del cónyuge o salida del hogar de los hijos se observa gracias a la rutinización de actividades y a la ocupación, mayor aceptación de la pérdida. “ella se me fue primero, solo Dios dirá cuando deba ir a reunirme con ella”.

Las familias refieren que las conductas ansiosas en casa se disminuyen, la necesidad por salir de casa solos y el vagabundeo son remplazados por noches más tranquilas, recuperación de hábitos de sueño e interés por realizar las actividades que dejan como refuerzo los terapeutas.

Cambios Cognitivos

En la siguiente tabla se puede observar los cambios en los resultados del Mini Mental comparando el momento de inicio del proceso de intervención con el

obtenido un año después de encontrarse en asistencia a intervención tipo centro día.

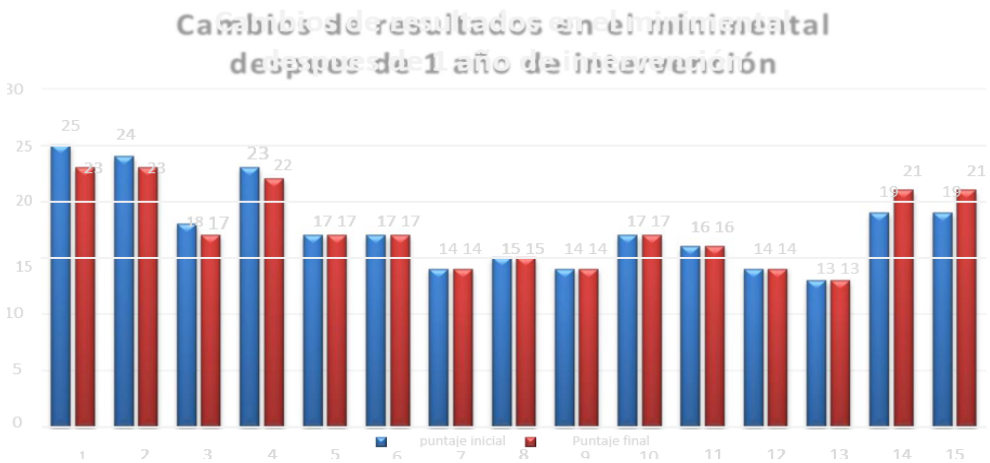


Figura 2. Cambios arrojados por el MMSE después de un año.

Podemos observar que 11 de estas 15 personas no presentaron ningún tipo de deterioro en los resultados cognitivos arrojados por el Mini Mental, incluso 2 de ellos incrementaron sus puntajes en dos puntos. Estos cambios positivos se observan principalmente en los apartados de orientación, atención y lenguaje.

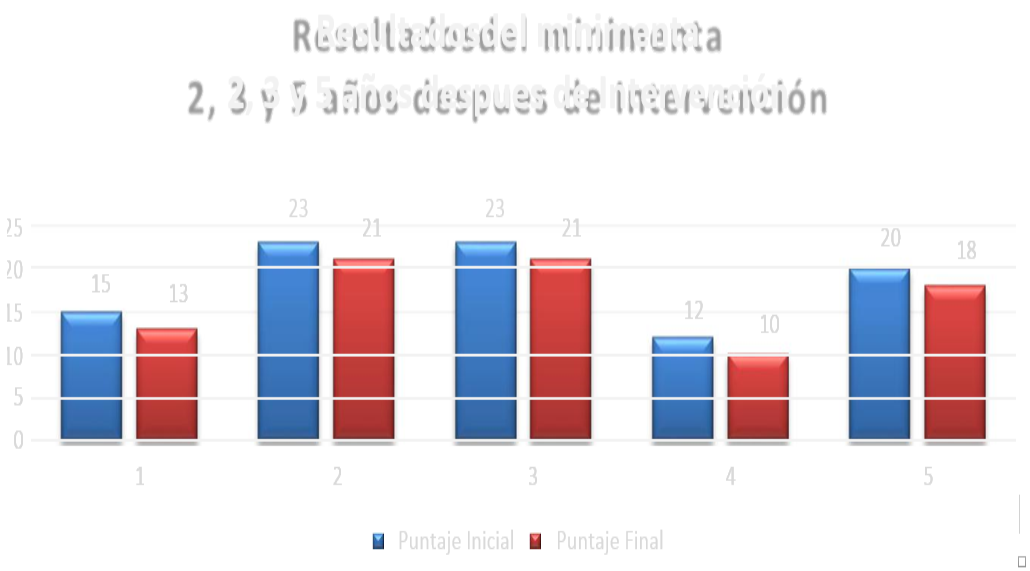


Figura 3. Cambios arrojados por el MMSE después de 2 a 5 años.

En las personas que en el momento de la recolección de resultados llevaban entre dos y cinco años, se puede observar una disminución en promedio de 2 puntos con respecto al momento de la valoración inicial.

Se puede observar que a pesar de encontrarnos frente a una enfermedad progresiva e irreversible, luego de realizar de manera sistemática y constante aplicación de actividades significativas, los resultados de 11 de las 20 personas estudiadas se mantuvieron estables e incluso en dos de los casos se observó un incremento de los resultados.

Un Caso especial:

En la experiencia de la aplicación de actividades significativas en el proceso una de las usuarias inició el proceso de intervención y luego de unos meses tuvo que retirarse por cambios de domicilio. Al salir del programa su calificación en el Mini Mental era de 25/30.

Permanece un año fuera del proceso de intervención sin tener la oportunidad de participar en ningún tipo de programa de estimulación y permaneciendo la mayor parte del tiempo en su casa sin actividad. Al regresar un año después se reevalúa obteniendo una puntuación de 17/30.

Esto puede dar cuenta del rápido deterioro que puede llegar a presentarse en una persona con demencia en el caso de no realizarse actividades significativas ni de estimulación.

Conclusiones

Diseñar un programa de estimulación cognitiva orientado a las necesidades e intereses ocupacionales de las personas con Demencia favorece el mantenimiento de sus habilidades, contribuye a ralentizar el deterioro e incrementa su sensación de bienestar, al tiempo que puede brindar espacios a sus cuidadores que repercutirán en una mejor convivencia y mayor disfrute del tiempo compartido.

La posibilidad de realizar actividades que promuevan la socialización, participación en espacios de esparcimiento, actividades psicomotoras y de estimulación cognitiva permite disminuir la brecha ocupacional y restaurar la esencia y el sentido de vida en personas que presentan algún tipo de Demencia o de deterioro cognitivo.

Es imprescindible conocer la historia de vida de las personas mayores con Demencia y tenerlos en cuenta para el planteamiento de las actividades ya que al tomar elementos de éstas en su diseño, se equilibran la comprensión de la información nueva con los conocimientos y habilidades previamente desarrolladas lo que favorece la motivación intrínseca del proceso.

De la misma forma, la historia laboral y los intereses orientan la planeación de actividades que generen placer y den sensación de productividad y de experticia, generando así de una manera eficaz sensación de bienestar.

Teniendo en cuenta que la Demencia ocasiona una pérdida irreversible de algunas funciones cognitivas, es necesario valorar las habilidades residuales por encima de las limitaciones y realizar un enfoque de intervención centrado en el mantenimiento y la compensación más allá de la rehabilitación.

Así mismo, se deben incluir los hábitos presentes y pasados en cuanto a rutinas y actividades ocupacionales y de tiempo libre, de tal forma que se logre que la estimulación se constituya en una parte esencial de la rutina del usuario, facilitando que éstas aceptadas de forma natural, y se practiquen en forma frecuente generando así un mayor impacto cognitivo y emocional.

La realización de actividades que involucren una actividad ocupacional real en lugar de algo artificial puede realizarse con mayor facilidad y estar cargadas de mayor significado para la persona mayor.

El contexto, tanto físico como social, en el que se encuentra inmersa la persona mayor es de vital importancia, ya que aporta información acerca de los recursos con que se cuenta en la planificación de la intervención cognoscitiva y de las modificaciones que sería necesario realizar para dar al usuario un ambiente enriquecedor y estimulante.

Referencias bibiográficas

Allen, C.K. (1982). Independence through activity: The práctica of occupational therapy (psychiatry). American Journal of Occupational Therapy, 36. 731-739

Aroca, Cante, & Castro (2001). Ecavi-dta. Instrumento de Terapia Ocupacional que evalúa la Calidad de Vida de las Personas con Demencia Tipo Alzheimer. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.

DANE. Departamento Nacional de Estadística (2009). Metodología, proyecciones de Población y estudios demográficos. Colección de Documentos. Actualización. Núm. 81.

García R (1991). Calidad de vida aproximación teórico conceptual. Bol Psicol 30: 55-94.

Echeverría Ortega & Rimelque (2009). Explorando necesidades ocupacionales: un estudio de caso. Revista Chilena de Terapia Ocupacional. Pág. 117 - 131. Web. 12 sep.

Ortiz Moreno, F. (1997) Las tres etapas de la Enfermedad de Alzheimer. Asociación Alzheimer de Monterrey. Monterrey México.

Reilly, M (1969) En: Echeverría Ortega & Rimelque (2009). Explorando

necesidades ocupacionales: un estudio de caso. Revista Chilena de Terapia Ocupacional. Pág. 117 - 131. Web. 12 sep.

Trías E.(2000). Ética y Condición Humana. Editorial Península Barcelona. España.

Memoria y vejez en una novela contemporánea: En la laguna más profunda de Óscar Collazos

Margarita Sorock

Introducción

Este estudio presenta argumentos a favor de la inclusión de obras literarias en estudios interdisciplinarios sobre el adulto mayor en Colombia. Toma como ejemplo la novela del laureado escritor colombiano, Óscar Collazos, En la laguna más profunda, publicada en 2011, cinco años antes del estudio bandera en el campo de la vejez: Misión Colombia envejece. La novela muestra los problemas personales y familiares que enfrenta una familia de dos hermanas, con sus respectivos esposos e hijos, cuando su ser querida—la abuela—se vuelve dependiente.

La novela, narrada por la nieta preferida, cubre un periodo de ocho años en que sus miembros, sin orientación de ninguna entidad especializada, tienen que asumir el cuidado de una anciana cuya pérdida de memoria la hunde cada vez más en una laguna profunda.

La novela presenta un excelente estudio de caso de la memoria y su significado individual y colectivo, a la vez que muestra la carencia de ayuda y orientación para una familia que lucha con problemas que presentan retos a nivel individual, familiar y comunitario.

El adulto mayor en la literatura moderna

La literatura está definida como “una de las bellas artes que emplea la palabra como instrumento” (“Literatura”). Comprende diferentes géneros para comunicar su arte: la poesía, la obra de teatro, el cuento y la narración. Este trabajo enfoca el arte de narrar, de contar, de “hacer un relato sobre un sujeto dado” (“Narrar”) —en este caso la vejez y la memoria. El libro enfocado, En la laguna más profunda, del escritor colombiano contemporáneo, Óscar Collazos, es una novela que nos brinda la oportunidad de examinar, a través de un caso específico, el avance en la edad, y el debilitamiento y desaparición de la

memoria. Vemos las consecuencias en el personaje que sufre los trastornos, y la respuesta que ella recibe de sus familiares y allegados.

La novela de Collazos, igual que todas las novelas, es una ficción, una "creación de la imaginación" ("Ficción"). No se preocupa por basarse en la realidad, entendida como hechos verificables, llevados a cabo por personas reales. El novelista está libre para crear los personajes y su mundo sin preocuparse por lograr una correspondencia entre ellos y la realidad.

Sin embargo, la ficción se rige por el principio de la verosimilitud y los escritores se esfuerzan para lograr algo que parece verdadero y puede creerse ("Verosímil"). Aunque la literatura no va a arrojar estadísticas ni parámetros científicos sobre los cuales se pueden construir políticas institucionales, novelas como la que escribió Collazos pueden—y deben—ser piezas centrales en el trato y el tratamiento de personas mayores.

La obra enfoca el ingrediente fundamental a nivel humano—el amor—a la vez que nos muestra el papel básico que tiene la memoria en la vida del ser humano. Esta novela es de corte realista, evocando un mundo realmente vivido, pero su "verdad" es la del corazón. Como nos señala el muy recordado y laureado escritor Gabriel García Márquez: "La memoria del corazón elimina los malos recuerdos y magnifica los buenos, y gracias a este artificio logramos sobrellevar el pasado" (Citado en Báez A.:2014: 15).

Aunque siempre conocemos personajes ya viejos, y personajes que envejecen durante el desarrollo de una novela, la literatura colombiana apenas comienza a ver la vejez como una etapa de la vida con sus retos y oportunidades, tanto para la persona que envejece como para su familia y su comunidad.

Hoy en día tenemos unos pocos ejemplos de escritores quienes han empezado a ayudarnos a tomar conciencia sobre el envejecimiento como algo natural que puede—y debe—ser el destino de todos. Por medio de la literatura nos ayudan a acompañar personajes que envejecen y, con su envejecimiento, alteran la relación con su entorno, su familia y su comunidad.

Tal es el caso de la novela del fallecido escritor y periodista Óscar Collazos, En la laguna más profunda, publicada en Colombia en 2011. El muy premiado Collazos llegaba a sus setenta años cuando esta novela fue publicada. Trata situaciones familiares para todos, a la vez que nos obliga a reflexionar sobre la vejez de nuestros seres queridos y de nosotros mismos. Son más las preguntas que plantea que las respuestas que proporciona.

En este sentido, entonces, provoca debate y cuestionamiento individual y social que permite la formulación de preguntas que la sociedad colombiana está apenas comenzando a hacerse.

Los adultos mayores en la población colombiana

Óscar Collazos está en la vanguardia de escritores que tratan la vejez en Colombia como un tema importante. En la laguna más profunda fue publicada en 2011, cuatro años antes del estudio pionero, Misión Colombia envejece: Cifras, retos y recomendaciones, realizado por Fedesarrollo y la Fundación Saldarriaga Concha. Este informe, de unas 706 páginas, disponible sin costo en la red fue publicado en 2015.

Los autores utilizan las estadísticas del censo proyectadas al año 2050. En el momento de su publicación, Colombia tenía 5,2 millones de ciudadanos de 60 años o más—el 10,8% de la población. Según sus cálculos, para el 2050 habrá 14,1 millones de personas de esa edad, y su peso en la población será el 23%, o más que el doble de lo que es hoy (Fedesarrollo et. al. 2015:12).

Además, el proceso de envejecimiento demográfico no tendrá un desarrollo parejo por todo el país. Zonas urbanas en general, y dentro de ellas las ciudades más modernas, mostrarán un envejecimiento más acelerado. La mujer logrará una mayor longevidad—superior a la del hombre y, por ende, la población envejecida tendrá un aumento en la proporción de mujeres (Fedesarrollo, p. 75). Colombia no sale bien calificada cuando se confrontan las estadísticas de edad y pobreza.

El 44% de las personas mayores de 65 años son de escasos recursos, comparado con el 19,51% de la población total. Esta concentración de pobreza en la población del adulto mayor es la más alta de todos los países de América Latina estudiados por los investigadores que presentan el informe (Economía y Vida de hoy, 28 sept. 2015).

Misión Colombia envejece recibió, y sigue recibiendo atención a nivel académico, gubernamental e institucional. Confirma lo que algunos intuían sobre los cambios en la demografía colombiana y señala áreas en que los cambios serán dramáticos y pedirán—y, ya se están pidiendo—recursos humanos y materiales para atenderlos. En un nivel menos global, la novela de Óscar Collazos señala los mismos cambios y las necesidades que los generan. Collazos escribe en un momento en que no hay una política coherente respecto al adulto mayor, pero la novela muestra la lucha de una familia de atender a su ser querido durante ocho años en que esta persona deteriora y necesita cada vez más ayuda.

La vejez no fue un tema frecuente en las quince novelas anteriores escritas por Collazos, ni en sus columnas periodísticas en El Tiempo y El Universal (Cartagena) (Collazos, 2011: Portada). Tratar ese tema lo colocó en la vanguardia de escritores en Colombia que se preocupan por esta nueva realidad.

Gabriel García Márquez había escrito sobre el amor entre viejos en El

amor en los tiempos del cólera. Fue un tiempo en que el amor entre personas mayores no estaba aceptado socialmente y la pareja en cuestión—Fermina Daza y Florentino Ariza—tuvieron que aislarse de la humanidad, creando su propio mundo y su propio espacio en un barco en que sólo ellos fueron—y siempre serían—los únicos pasajeros.

La novela de Collazos, en cambio, enfoca un profundo amor entre una nieta y su abuela durante el tiempo en que la abuela pierde su memoria y se vuelve una carga para la familia. La nieta trata de entenderla a la vez que vive el conflicto que los cambios generan en su familia.

Collazos nos presenta una situación realista, así haciendo posible la identificación del lector con los personajes que tratan de solucionar problemas que crean nuevas realidades y responsabilidades para los involucrados.

Los personajes de la novela, reflejos de la vida real

Una mirada cercana nos ayuda a identificar las situaciones de dificultad que viven y comparten los personajes en la novela. Esta historia está narrada, por la niña Alexandra Blanco, la nieta, una joven de nueve años al comienzo de la novela. Es por medio de ella y sus recuerdos, copiosamente anotados y guardados en su diario, que conocemos a la abuela, Mama Menchú. Alexandra y su familia, igual que la de su tía Esmeralda, viven en la ciudad.

La abuela vive en un pueblo cercano que tiene todo el encanto del campo: bosques, animales, riachuelos y libertad. Visitas a la abuela son frecuentes y Alexandra acostumbra a acompañarla en sus paseos matutinos por el bosque.

La abuela nació en 1922 y tiene aproximadamente 78 años cuando la novela comienza. Cuando finaliza, con su muerte, tiene alrededor de 85. Con el tiempo Alexandra aspira ser escritora, y sin saberlo, la abuela le ayuda a lograr su ideal. Se convierte en escritora a través de los diarios que mantiene sobre los cambios que sufre su adorada Mama Menchú, la persona que le regaló su primer diccionario y le inculcó amor por la naturaleza.

Mama Menchú tuvo dos hijas: Francina, la madre de Alexandra, y la tía, Esmeralda. Ambas hermanas son casadas, tienen sus hogares, son mujeres profesionales, iguales que sus esposos. Las dos son muy diferentes, pero las circunstancias de la vida las obligan a colaborar en el cuidado de Mama Menchú.

A diferencia de muchas familias, ésta sí tiene los recursos económicos suficientes para mantener a la abuela y proporcionarle el cuidado que necesita. Pero como es de esperar, la definición del tal “cuidado” fue muy diferente para cada una de las dos hermanas, y las relaciones entre ellas deterioran significativamente cuando, a espaldas de Francina, Esmeralda interna a su

madre en un asilo geriátrico (Collazos, 2011:71).

Francina se entera y ve que Mama Menchú está muy angustiada y hasta paranoica ya que cree que los demás ancianos le van a hacer daño (Collazos, 75). La familia de Alexandra, que se cambiaba de ciudad de vez en cuando, decide asumir la total responsabilidad del cuidado de la abuela.

El proceso de la pérdida de la memora fue lento en Mama Menchú. Por un tiempo fue posible que ella viviera en su propia casa en el pueblo, con la ayuda de su empleada Hermenegilda, una persona mayor que la abuela, que había trabajado con ella toda la vida. Alexandra, una astuta observadora de la situación, se da cuenta que “hay viejos que prefieren vivir solos y les molesta estar rodeados de gente que los cree inválidos y que se la pasan todo el tiempo ayudándolos a hacer lo que ellos puede hacer por sus propias manos” (Collazos, 33).

La abuela todavía recordaba sus años de parrandera, de estar en la vanguardia de la moda con minifalda, escuchando la música de Elvis Presley. También había vivido la época “hippy” con falda larga, incienso y flores en el cabello (Collazos, 23-24). Con sus nietos la abuela fue muy activa. Se disfrazaba, se escondía y los retaba a seguirle los pasos (Collazos, 20).

Aunque se vuelve claro que después de la muerte de su empleada, la abuela no puede seguir viviendo sola en su casa de campo, la familia mantiene la casa y sigue visitándola durante los fines de semana. La tía Esmeralda no es sentimental ni da mucho valor a las cosas del pasado. En la casa del campo hay un cuadro que fue pintado por el padre de la abuela que Esmeralda trata de vender.

Esto se convierte en otro punto de discordia entre Francina y Esmeralda. Francina logra que se recupere el cuadro y cuando es devuelto a su sitio, en la sala de la casa del campo, Alexandra nota que Mama Menchú se pone contenta (Collazos, 116).

La familia: responsabilidad infinita

Está claro en la novela que la institución social responsable para el cuidado de la abuela es la familia. Pero está igualmente claro que no hay una unión de criterios sobre cómo proceder. Francina y su esposo admiran y respetan la relación especial que tiene Mama Menchú con la hija de ellos, a la vez que quieren proteger a Alexandra de las crueles pérdidas que la abuela sufre en sus últimos años.

Mis padres aseguraban que la abuela ya no sabía que yo era su nieta Alexandra, la muchachita que se alegraba al verla y la saludaba de beso y que ella cargó alguna vez en sus brazos. Para la abuela, todo era ahora lo mismo: los besos, los rostros, las personas. Eso creían mis padres. Era muy triste darse

cuenta de eso, me dijeron. Y me hablaron de los síntomas de la enfermedad que se habían empezado a agravar en Cartagena" (Collazos, 156).

La tía Esmeralda, en cambio, es una persona muy práctica. Ella prefiere entregar la abuela a una institución especializada en el cuidado del adulto mayor. Y, como la abuela ya no necesitará las cosas que tenía en su casa, lo mejor sería venderlas. Está claro que Esmeralda, quien no es una persona mala, se rige por lo práctico, desde su propio punto de vista.

En ningún momento piensa en los deseos de la abuela. No es sensible a ellos y no la consulta para nada. Francina trata de ponerse en el lugar de Mama Menchú y, en lo posible, de respetar sus deseos y su modo de ser.

Lo que la novela nos muestra es que la familia está completamente sola en esta nueva etapa de la vida—la dependencia de Mama Menchú. Es una dependencia que se había podido pronosticar ya que el esposo de la abuela le llevaba 25 años (Collazos, 126). Para esta familia, los recursos económicos para cuidar a la abuela existían.

Francina podía insistir en la devolución del cuadro que Esmeralda había vendido porque ese dinero no era indispensable para el cuidado de la abuela—una situación de privilegio en comparación con la mayoría de familias colombianas que no pueden darse el lujo de pensar en los deseos de la abuela ante las necesidades de asumir su cuidado.

También se preocupan por entrenar a la enfermera que va a cuidar a Mama Menchú, dándole información sobre la vida de la persona que estaba cuidando. Así es que Mama Menchú creía que la enfermera era pariente de Hermenegilda, la empleada que tuvo por muchos años que ya falleció (Collazos, 86). Es un factor que le inspira confianza.

El ritmo de vida de la abuela cambia de acuerdo con su salud y su estado de ánimo. Viviendo en casa ajena, no fue posible para ella mantener su propio ritmo. En la casa de la tía Esmeralda, querían sujetar la abuela a un horario estricto. Tenía que hacer las cosas—bañarse, comer, ver televisión—a las horas estipuladas (Collazos, 84). No le brindaban la libertad de vivir la vida a su propio ritmo. Alexandra piensa en el ambiente del asilo geriátrico sin el afecto de las personas que la rodeaban y concluye:

Por eso le fastidiaba todo: que encendieran el televisor cuando ella estaba embelesada mirando la pantalla en blanco; que la pusieran a hacer gimnasia cuando ella prefería estar quieta; que la llevaran de paseo por ese jardín sin árboles precisamente cuando ella permanecía quieta y con la mirada puesta en las ramas de un árbol imaginado y en el nido de pájaros que se escondían entre esas ramas (Collazos, 164).

La novela describe muy bien la soledad de la familia que tiene que enfrentar el cuidado de uno de sus miembros. Parece que no existieran recursos sociales e institucionales por lo menos para orientar a la familia en el cuidado de

un adulto mayor. En muchos casos las personas y las instituciones se organizan a su propia conveniencia, sin pensar en las necesidades que puede tener el otro—y en el caso del adulto mayor, ese “otro” puede estar impedido para expresarse.

La memoria y la conexión con la realidad

Otro gran tema de la novela de Óscar Collazos es el de la memoria. El autor explora la conexión entre la memoria y la experiencia personal y familiar en el proceso de envejecimiento. Mama Menchú no cae rápidamente en su laguna profunda. El proceso empieza con pequeños incidentes de poca importancia: no recordar dónde había dejado las gafas; no encontrar los zapatos que se iba a poner; o ponerse dos zapatos diferentes. De repente la familia nota un cambio en su forma de vestir: de sobria y austera a escandalosa (Collazos, 7). También la abuela, que había sido muy juguetona, empezaba a presentar episodios de mal genio (Collazos, 18).

Con el tiempo, los pequeños incidentes se vuelven confusiones—a veces inofensivas pero a veces penosas y peligrosas para la abuela y los demás. Ella saludaba y abrazaba a gente que no conocía. Giró un cheque para saldar una deuda que había terminado de pagar años atrás. Confundía los nombres de sus amigas.

Estaba invitada a jugar cartas en casa de una amiga en el pueblo pero nunca llegó. No se acordaba dónde quedaba la casa de la amiga y un conocido del pueblo la rescató en la calle (Collazos, 34-35) Confundía los colores, las palabras y las horas (Collazos, 40). También tenía “memorias” inventadas de eventos que nunca sucedieron, como un viaje a Puerto Colombia en barco que nunca hizo (Collazos, 46).

Poco a poco la abuela se enfrasca en su propio mundo. Sus confusiones ya son mayores y tienen más riesgo de peligro para ella y para los demás. En la casa de Alexandra, ella entra desnuda al cuarto de su hija Francina quien estaba viendo televisión con su esposo, para buscar su ropa después del baño. La abuela no se acordaba de la palabra “armario” y buscaba sus cosas en un sitio equivocado (Collazos, 50). En ese momento estaba todavía “de visita” en la casa de Alexandra pero después del incidente la mudan de manera permanente para la casa de su hija.

En esa casa la abuela tenía un cuarto cómodo con su propio baño. Sin embargo, tuvieron que quitar el espejo del baño “porque la primera vez que la abuela se vio su propia imagen, se asustó” (Collazos, 57). No reconocía su propia cara.

La abuela, sin que nadie se diera cuenta, salía a la calle y no encontraba el regreso. Los padres de Alexandra mantenían la puerta de la calle con llave

pero en dos ocasiones la abuela pudo escapar pero no encontraba cómo volver (Collazos, 59). En una de esas salidas hizo un escándalo en un almacén en un centro comercial, insistiendo que una ropa allí expuesta era la suya. Los padres de Alexandra la rescataron de una situación penosa y difícil (Collazos, 60-61).

Los padres de Alexandra no hablan de los cambios en la abuela delante de Alexandra. Ella les pregunta si la vejez es una enfermedad pero ellos no le contestan. Por fin su padre le explica: “La vejez no es una enfermedad…pero muchas enfermedades aparecen con la vejez” (Collazos, 64). Es en ese tiempo que la familia de Alejandra viaja y deja a la abuela al cuidado de la tía Esmeralda quien la interna en el asilo geriátrico. Los padres de Alexandra la encuentran más confundida y asustada que nunca, y la sacan del asilo (Collazos, 75).

Desde ese momento Mama Menchú vive permanentemente con la familia de Alexandra cuya familia viaja bastante debido al trabajo del padre de ella. La abuela no se da cuenta que está en diferentes sitios porque ya ha empezado a confundir las épocas, los lugares y las personas (Collazos, 87).

La etapa final de la vida de Mama Menchú es la más deshumanizadora. Aunque Alexandra no lo precisa, esta fase dura unos años y los cambios son cada vez más difíciles. Ya tiene una enfermera para cuidarla permanentemente. Deja de hablar (Collazos, 124). Se moviliza en silla de ruedas (Collazos, 144).

No atiende sus propias necesidades fisiológicas (Collazos, 172). Se fractura la cadera en un intento de trasladarla a la silla de ruedas. Está hospitalizada y la operan de la cadera (Collazos, 145-46). Llega el momento en que necesita oxígeno en casa (Collazos, 146). La abuela, que nunca había sido gorda, adelgazó mucho. En ésa época no comía sino cosas líquidas y blandas. Ya no masticaba la comida porque se había olvidado cómo hacerlo (pp. 169-70).

Aunque Alexandra quiere seguir “acompañando” a la abuela, sus padres no están a favor de la idea (Collazos, 167). Le dicen que la abuela tiene la enfermedad del olvido (Collazos, 168). Desde los 12 años, Alexandra se preocupa por la memoria ya que ve las consecuencias de su ausencia en Mama Menchú.

Ella concluye que la memoria se vuelve más larga y antigua si se la conecta con la memoria de sus padres; y los padres, a la vez, amarran sus memorias a las de sus padres (Collazos, 105). “Si se va hacia atrás en el tiempo, siguiendo la cadena de la memoria, se podrá llegar a los primeros que tuvieron memoria de las pocas cosas que sucedieron cuando el mundo no estaba todavía poblado” (Collazos, 105).

En efecto, por medio del diario que mantiene, Alexandra busca el sentido de continuidad en el tiempo y a través del tiempo. Ésta es la función de un diario según la filósofa inglesa Mary Warnock, dama del reino y activa investigadora de más de 90 años, estudiosa de la memoria y su preservación (1987:103).

La memoria en la literatura

Alexandra no es el único personaje de la literatura que se preocupa por la memoria y el olvido. Quiere conectar su memoria a la de otros para nunca perderla, para nunca caer en la laguna de Mama Menchú. En la muy conocida novela colombiana y caribeña de Gabriel García Márquez, Cien años de soledad, el pueblo de Macondo sufre una enfermedad colectiva de insomnio. Cataure, un indígena que vive con la familia Buendía, los fundadores de Macondo, se huye del pueblo en esa época ya que tiene pavor al insomnio que, según él, resulta en la pérdida total de la memoria. Visitación, la hermana de Cataure, les explica a los Buendía

Lo más temible de la enfermedad del insomnio no era la imposibilidad de dormir, pues el cuerpo no sentía cansancio alguno, sino su inexorable evolución hacia una manifestación más crítica: el olvido. Quería decir que cuando el enfermo se acostumbraba a su estado de vigilia, empezaba a borrarse de su memoria los recuerdos de la infancia, luego el nombre y noción de las cosas, y por último la identidad de las personas y aun la conciencia del propio ser, hasta hundirse en una especie de idiotez sin pasado (García Márquez, 1988:42).

Cataure eventualmente regresa a la casa de los Buendía cuando se acaba la plaga del insomnio y nadie se queda en peligro de perder la memoria (García Márquez, 116).

Para el gran novelista francés, Marcel Proust, escribiendo a principios del siglo 20, el ser humano logra vencer el tiempo y volverse eterno precisamente por medio de la memoria. El valor que le damos a la memoria está relacionado con nuestra continuidad con el pasado (Warnock, 1987:146). El ser humano siempre se ha interesado por la historia y el pensador y filósofo R. G. Collingwood concluye que la historia existe para revelarle al ser humano qué es por medio de mostrarle qué ha hecho (Warnock, 115).

Muchos investigadores sobre la población esclava en la América colonia identifican la memoria como un factor clave en la sobrevivencia de los africanos forzosamente desplazados. El novelista cartagenero, Roberto Burgos, en su novela titulada La ceiba de la memoria nos presenta a Analia Tu Bari, una esclava traída a Cartagena en los primeros años del siglo 17. Analia trata de entender su destino de esclava y de reconciliarlo con su pasado en su pueblo del África—pasado que ella lucha por conservar en su memoria.

Viviré en cuanto he habitado. Árbol y tierra. Cosechas y animal intocable. Mis parientes y mis antepasados. Soy siempre. Enriquecida por mi pasado que es presente. Continuidad que viene del primero de los primeros jefes de la tribu y que seguirá sin fin más allá de las vidas. Más allá de las muertes. Más allá del más allá. Vivir vidas que son mi vida (Burgos, 2007:35).

Más que una muleta de sobrevivencia, la memoria se convierte en la

pieza central del triunfo de los esclavos contra su destino. Precisamente por sus memorias, no están vencidos por las horribles injusticias y crueldades de sus vidas.

Memoria individual y memoria colectiva

Alexandra y los otros personajes de creación literaria aquí presentados, piensan en la memoria individual—la que la persona utiliza para recuperar su experiencia. La memoria da significado a la experiencia y se recupera la experiencia a través del significado que se le asigna. Alexandra está bien consciente de los peligros representados por la pérdida de memoria, y lucha para encontrar la manera de "mantenerse conectada". Los trastornos de la memoria nos alejan de nuestras propias vidas y de las vidas de los demás. Vivimos como entidades aisladas, como Mama Menchú, a quien acompañamos por un tiempo de ocho años, como testigos de su deterioro.

Sin embargo, hay investigadores que han llevado los estudios de la memoria a un nivel colectivo. Así es que ese concepto entiende la memoria como algo compartida. Esto no anula los estudios sobre la memoria individual, sino que amplía nuestra idea de cómo funciona ese diálogo entre el individuo y la sociedad. Warnock nos enseña que la memoria es privada y su contenido es, en gran parte, emocional. La verdad de la memoria es la verdad de los sentimientos (Warnock, 1987:93). Como una vez lo comentó García Márquez: "Recodar es fácil para el que tiene memoria. Olvidar es difícil para el que tiene corazón" (Báez A.:2014:3).

Los seres humanos también compartimos memorias—los que estudian en una misma época en una misma institución, por ejemplo, tienen muchas memorias en común. El hecho de compartir memorias, según Warnock, nos ayuda a entendernos mejor y a tener empatía con otros seres humanos (1987:129). Patrick O'Connell, otro estudioso de la memoria, extiende los conceptos aplicados a la memoria individual a lo que ahora se llama la memoria colectiva (1998:31).

La literatura hoy en día no se preocupa por narrar grandes historias que pretenden sintetizar épocas enteras de la experiencia humana. La tendencia de ahora es de reconocer y escuchar las múltiples voces que nos cuentan sus historias y sus "verdades" (O'Connell, 2001:185). Así es que la literatura de ahora nos proporciona historias muy personales. A la vez que estudiamos, por ejemplo, la emigración europea a Argentina, y las políticas que los fundadores de esa república aprobaron para estimular tal resultado, también tenemos la novela de Mempo Giardinelli, Santo oficio de la memoria, que narra la experiencia de varias generaciones de una familia italiana en ese país (1997).

Ana María Shua, también de Argentina, personaliza la historia de la inmigración judía a Argentina por medio de la novela titulada El libro de los

recuerdos (1994). En Colombia, la barranquillera, Marvel Moreno en su novela En diciembre llegaban las brisas (1987), enfoca los destinos de diferentes emigrantes y colombianos de la clase pujante de esta ciudad, recipiente de múltiples influencias, haciendo énfasis particular en el impacto de los cambios en las mujeres de las familias prestantes.

Así es que tenemos no sólo las voces de la historia, sino las de las personas que vivieron los acontecimientos históricos y narran el impacto de esa historia con “H” mayúscula en sus vidas corrientes. Los buenos escritores logran un diálogo entre la memoria personal y la memoria colectiva que enriquece el conocimiento del ser humano.

Imaginación y memoria

Este estudio empezó cuestionando lo que nos puede enseñar la literatura sobre la vejez en la sociedad colombiana de hoy, enfocando la novela En la laguna más profunda del ya fallecido escritor, Óscar Collazos. Esta novela tiene su validez en la manera en que nos hace sentir el proceso de envejecimiento y dependencia de Mama Menchú y su familia. El ingrediente básico que Collazos aplica al tema es su buen uso de la imaginación, aplicada a la memoria de los personajes que él crea para narrar la historia. El bueno uso de la imaginación, entonces, eleva la memoria a un nivel artístico, dándole la oportunidad de comunicar con un gran público muy diverso.

El artista aplica la imaginación a la memoria y, por medio de ese proceso, convierte la memoria en arte.

La actividad de “recordar” implica el uso de la imaginación a la vez que “imaginar” implica el uso de la memoria (Warnock, 1987:76). La imaginación funciona de una manera diferente en diferentes personas. Puede producir imágenes y sonidos y puede crear entendimiento. El papel de la imaginación, entonces, es el de revelarnos el significado de nuestra experiencia (Warnock, 100). El papel del escritor es el de “traducir” su entendimiento al lenguaje que es comprensible para los demás (Warnock, 102).

La literatura, tal como la vida real que imita, tiene ejemplos de personajes que tienen memorias prodigiosas pero son absolutamente carentes de imaginación. Para esas personas la memoria, en vez de integrarlas a los demás, los mantiene aislados del contacto humano. El muy conocido escritor argentino, Jorge Luis Borges, escribió un cuento corto titulado Funes el memorioso sobre un personaje de estirpe humilde que sufre un accidente y, como consecuencia, recuerda todo—y recuerda las veces que ha recordado cada memoria. Aunque logra dominar el latín y varios temas esotéricos, la falta absoluta de imaginación en el uso de la memoria lo hace poco atractivo.

Funes mismo no emplea su gran talento para nada útil que pudiera

compartir con los demás seres humanos (Borges, s. f.). Entonces, aunque no termina en la misma laguna que Mama Menchú, tampoco logra aprovechar su talento.

El tiempo es un concepto importante en todo este estudio de la memoria. El tiempo para estos propósitos entonces, se entiende como el principio organizador que utilizamos para clasificar, sentir y comprender la experiencia (Warnock, p. 93). El tiempo no tiene una vida independiente como creía José Arcadio Buendía que lo buscaba en todas las cosas—y se enloqueció cuando no podía encontrarlo (García Márquez, 1988:68-69).

Es algo que utilizamos para dar significado a lo que nos pasa, entendiendo cuanto antes que la imaginación tiene que ayudarnos en esta tarea. Para el artista en cambio, la función primordial de la imaginación es la de ver lo universal en lo particular.

Éste nos guía en la tarea de entendernos a nosotros y a los demás (Warnock, 1987:132). El libro estudiado, En la laguna más profunda, nos muestra las consecuencias cuando nos alejamos de nuestras propias vidas. Quedamos desconectados de nosotros mismos y de los demás. Los que tienen la tarea de cuidarnos tienen que estar bien capacitados para darnos seguridad y seguir queriéndonos aunque nuestro amor propio aparentemente se ha desvanecido.

La palabra “amor” puede aparecer sin miedo en las novelas. Puede ocupar un lugar céntrico y protagónico de las historias. Pocas veces es mencionado en las políticas institucionales cuyas directrices tienden a hablar de “cuidado” y “protección” como ideales máximos en la atención al adulto mayor.

El papel de la literatura en el cuidado del adulto mayor

Alexandra no es una persona entrenada en el cuidado de personas como su abuela pero su entendimiento de la tarea de cuidarla incluía una gran dosis de amor—sin ignorar la realidad objetiva de las circunstancias de su abuela y su familia. Ella tiene muchas preguntas sobre lo que le está pasando a la abuela y la mayoría de las veces esas preguntas no reciben respuestas. La familia no puede—o no quiere—contestarla. Aparentemente no hay ningún otro lugar que pueda ayudarla. Su familia tampoco tiene ayuda en el cuidado de Mama Menchú.

Ella empieza bajo el cuidado de su empleada, una persona mayor que ella, situación que los mismos investigadores de la vejez en Colombia señalan como problemático. Luego pasa al cuidado de su familia que tiene criterios muy diferentes sobre qué hacer y cómo proceder.

La lectura de la novela de Collazos deja al lector con muchas preguntas—muchas de las mismas que señala el extenso informe Misión

Colombia envejece. Ambos documentos son necesarios e importantes. Ambos señalan la necesidad de dirigirse como sociedad a la pregunta fundamental "¿de quién es la responsabilidad del adulto mayor?" Sin duda no hay una sola respuesta a esta pregunta pero la sociedad tiene que diseñar políticas amplias y flexibles para empezar a encontrar respuestas adecuadas. En este proceso, la literatura, cuidadosamente seleccionada puede tener un papel importante.

La sabiduría popular nos dice que la ficción existe para revelar verdades, mientras que la no ficción nos ayuda a destapar mentiras. El problema del adulto mayor en la sociedad contemporánea es algo que amerita atención inmediata. Soluciones creativas pueden salir de esfuerzos de planeación interdisciplinaria. Y una de las disciplinas que no debe ser olvidado es la literatura que no tiene miedo ni pena de llamar las cosas por su nombre y de resaltar la importancia del amor. Es cierto que su verdad es la del corazón, pero en fin ¿no es esa la que debemos fortalecer?

Referencias bibliográficas

Báez, A., José Ángel, ed. Gabo 1927-2014. Edición de colección de Semana (2014): 1-164.

Borges, Jorge Luís. "Funes el memorioso". Funes el memorioso pdf. app.idu.gov.co/boletín_ alejandria/1113_080721/doc/e_lit

Burgos Cantor, Roberto. (2007). La ceiba de la memoria. Bogotá: Planeta.

Collazos, Óscar. 2011. En la laguna más profunda. Bogotá: Editorial Norma, S.A.

Economía y Vida de hoy. (28 sept. 2015). El Tiempo. Recuperado de: www.eltiempo.com/economia/sectores/adultos-mayores

Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha. (2015). Misión Colombia envejece: Cifras, retos y recomendaciones. Recuperado de: www.fedesarrollo.org.co/wp-content/upoads/FSC-MCE

"Ficción". Pequeño Larousse ilustrado. 1982.

García Márquez, Gabriel. (1988). Cien años de soledad. Bogotá: Editorial Oveja Negra.

Giardinelli, Mempo. (1997). Santo oficio de la memoria. Argentina: Seix Barral.

"Literatura". Pequeño Larousse ilustrado. 1982.

Moreno, Marvel. (1987). En diciembre llegaban las brisas. Barcelona: Plaza y Janés.

"Narrar". Pequeño Larousse ilustrado. 1982.

O'Connell, Patrick L. "Individual and Collective Identity through Memory in Three

Novel of Argentina's 'El Proceso'". 32 Hispania 81 (marzo 1998): 31-41.

"Narrating History through Memory in Three Novels of Post-Pinochet Chile". 84 Hispania (mayo 2001): 181-92.

Shua, Ana María. (1994)... El libro de los recuerdos. Buenos Aires: Sudamericana.

"Verosímil". Pequeño Larousse ilustrado. 1982.

Warnock, Mary. (1987). Memory. London: Faber y Faber.

La Gerontagogía: una alternativa desde la educación social y permanente para personas mayores

Martha Silva Pertuz

Introducción

Se tiene como objetivo caracterizar como equivalente a establecer/identificar/clarificar, integrando variados aspectos y ámbitos, acerca de las necesidades vitales y educativas en las personas mayores. Aquellas son definidas como el espacio abierto entre un tiempo/contexto presente y un estado/proceso deseado de conocimiento, habilidades y actitudes de una persona particular.

La necesidad educativa no se hace explícita sino hasta que los seres humanos adquieren conciencia del "espacio/ámbito" existente entre lo que ellos son en el presente y lo que ellos piensan que deberían ser en ese mismo momento.

La principal necesidad educativa de las personas mayores está relacionada con la búsqueda de una nueva identidad personal y social, abordando la vejez como etapa del ciclo vital humano, individual y grupal, desde los aportes de la Gerontagogía y la Educación Social, a ello apunta este proyecto, con miras a ulteriores fases y acciones.

"…No podía compararse con algo tan conmovedor, tan humano y tan lleno de verdad cotidiana como una banda de músicos." Cien Años de Soledad (Gabriel García Márquez, 1967)

Dedicado a: Ulises Rafael Silva Angulo (qepd), mi padre y Benita Esther Pertuz Ilia, mi madre.

Desde "Los Tres Robles" (nombre de la tienda luego miscelánea que por 25 años tuvieron mis padres en un pedacito de cielo en el suroccidente cartagenero, en el barrio Blas de Lezo)

"El mundo se veía ancho y ajeno", tierra de muchos, y a la vez tan cerca, en hermandad con la vida cotidiana que discurría en una esquina sublime, serena, punto de encuentro y de partida para muchos afectos y vivencias, para

el reposo sosegado y voyerista de una cena sin tiempo y si apuro, para la digestión de un almuerzo frugal, un segundo golpe rotundo, sazonado y con variado bastimento, el cual nutre y se diluye en el sosiego de una sinfonía de rayos luminosos, sonidos de hojas danzantes y a la sombra esplendorosa del ramaje entrecruzado al borde de una frenética avenida (Kennedy), tributo memorioso al gestor de la Alianza para el Progreso, Silva (2003).

Continuando con esta evocación con sentido presente, Silva manifiesta que desde “Los tres Robles” muchas parejas y familias de diverso tipo conocieron sus orígenes, muchos seres vivieron la alegría y el jolgorio del primer beso, la primera bocanada aspirada a un cigarrillo, el encuentro de la primera casa escapada cómplice de la casa, del colegio o del trabajo. “Los Tres Robles”, en su sentido literal y tendero, se convirtieron en la biblioteca de consulta escolar, para estudiantes de los múltiples colegios cercanos a la casa-tienda esquinera y al barrio en comento, enmarcada en la memoria prodigiosa del músico carmero (oriundo del Carmen de Bolívar)

En sus momentos de descanso o de trabajo hogareño, hacían de las rejas que custodiaban las entradas y salidas de la casa esquinera blasdelezana, un sitio para las citas y análisis literarios, para la ubicación de lugares y hechos cercanos o remotos solicitados en las clases de Geografía, Historia o de Filosofía, o para orientar la solución de un problema en Física, Geometría o en Matemáticas, mediante incontrovertibles razonamientos lógicos, de un sentido común, que generaban la sonrisa o el asombro del compungido estudiante o interlocutor consultante.

Ulises, quien partió a la dimensión espiritual a sus casi ochenta y dos años y su compañera de amor, batalla y sueños, Benita -Beni, para sus allegados, hoy con casi setenta y seis años, entre otros viejos-as hermosos-as y amados-as, se constituyen en la piedra angular motivadora, de esta labor investigativa y proponente sobre la Educación Social (ES) y la Gerontagogía (Gg), a la vez que auto profiláctica (por aquello que se dice en la refrenaría popular: “plátano maduro no vuelve a verde”). A propósito de estos dos campos (ES y Gg), unos cuantos trazos a manera de antecedentes.

Algunos antecedentes

En América Latina y el Caribe, se contextualiza la problemática de educación de adultos, según Rodríguez (2009) en el sentido del concepto que designa acciones educativas dirigidas a población que no ha concluido sus estudios formales en la edad que la normativa estipula para ello. Ubicada así la cuestión, si bien no resuelve la complejidad que plantea la polisemia del concepto, permite circunscribir un campo problemático, y ubicados en la segunda parte del siglo XX, se diferencian tres grandes períodos: 1. Las décadas del 40 y 50 donde predominó el concepto de educación fundamental

(con una fuerte influencia norteamericana en el escenario de posguerra). 2.

Las del 60 y 70 vinculadas a los planteos desarrollistas y al surgimiento de la educación popular (posterior a la Revolución Cubana) y 3. Las del 80 y 90, caracterizadas por la crisis y procesos de re conceptualización de la educación de adultos y la educación popular en su esfuerzo de responder a los nuevos contextos (creciente influencia del modelo neoliberal, iniciado con férreas dictaduras militares, en las décadas del 80 y el 90), y se terminan ubicando los temas de agenda, surgidos de las reuniones regionales de fines de los años 90, en el proceso de seguimiento de la V Conferencia Internacional de Educación de Adultos realizada en 1997, realizada en Hamburgo (Alemania).

Para esta década en Canadá así como en España, Francia, y en años más recientes en otros países del continente americano, especialmente en Centro y Suramérica (Chile, Brasil, Argentina), viene redefiniéndose la educación para personas adultas, a partir de los aportes de la Educación Social y la Gerontagogía.

Aproximaciones a la Educación Social (ES) y la Gerontagogía (Gg)

La educación en personas entradas en años es una acción fenomenológica orientada a posibilitar el descubrimiento del capital personal, social y cultural del colectivo mayor para su reconocimiento y transformación

Jesús García Mínguez (2004)

Gerontagogía, ciencia educativa interdisciplinaria cuyo objeto de estudio es la persona mayor, en la etapa de la vejez…conjunto de métodos, técnicas y estrategias, reagrupados en un nuevo cuerpo de conocimientos que consideran, asumen y cualifican a las personas mayores como protagonistas de su propia existencia, y el camino / ámbito educativo los-as distingue como ciudadanos-as capaces de seguir viviendo dignamente y de dirigir sus propias vidas André Lemieux (1998). Gerontagogo, pionero canadiense en esta interdisciplina, Montreal - Quebec

En la página web del Ministerio de Educación Nacional (2016), MEN, en Colombia, la educación se define como un proceso de formación permanente, personal, cultural y social que se fundamenta en una concepción integral de la persona humana, de su dignidad, de sus derechos y de sus deberes.

En la Constitución Política colombiana se dan las notas fundamentales de la naturaleza del servicio educativo. Allí se indica, por ejemplo, que se trata de un derecho de la persona, de un servicio público que tiene una función social y que corresponde al Estado regular y ejercer la suprema inspección y vigilancia respecto del servicio educativo con el fin de velar por su calidad, por el cumplimiento de sus fines y por la mejor formación moral, intelectual y física de los-as educandos-as.

También se establece que se debe garantizar el adecuado cubrimiento del servicio y asegurar a los menores las condiciones necesarias para su acceso y permanencia en el sistema educativo. El sistema educativo colombiano lo conforman: la educación inicial, la educación preescolar, la educación básica (primaria cinco grados y secundaria cuatro grados), la educación media (dos grados y culmina con el título de bachiller) y la educación superior.

Esta última según el MEN, o sea La educación superior, se imparte en dos niveles: pregrado y posgrado. El nivel de pregrado tiene, a su vez, tres niveles de formación: Nivel Técnico Profesional (relativo a programas Técnicos Profesionales); Nivel Tecnológico (relativo a programas tecnológicos); Nivel Profesional (relativo a programas profesionales universitarios). La educación de posgrado comprende los siguientes niveles:

Especializaciones (relativas a programas de Especialización Técnica Profesional, Especialización Tecnológica y Especializaciones Profesionales); Maestrías y Doctorados. Pueden acceder a los programas formales de pregrado, quienes acrediten el título de bachiller y el Examen de Estado, que es la prueba oficial obligatoria que presentan quienes egresan de la educación media y aspiran a continuar estudios de educación superior.

Toda educación per se es social (y se identifica con sus iniciales en minúsculas: educación social), sin embargo es menester en esta investigación, delimitar lo que se asume como la disciplina o profesión denominada Educación Social (con sus iniciales ES con mayúsculas). Según Petrus (2004), la formación de ciudadanos-as, de todos-as los ciudadanos-as, jóvenes o mayores, hombres o mujeres, pasa forzosamente, por el derecho a la participación en las actividades sociales y políticas de su sociedad.

En otras palabras: la participación de los-as ciudadanos-as, de todos-as los-as ciudadanos-as, es hoy una imperiosa necesidad educativa más. Por Educación Social (ES), variados autores coinciden en definirla como una forma de intervención social que se lleva a cabo desde estrategias y contenidos educativos, con el propósito de promover el bienestar social y mejorar la calidad de las personas en general y, especialmente en lo referente a la resolución de problemas de aquellos grupos marginados o excluidos que quedaron o están por fuera del sistema por diversas creencias, valores, prejuicios y prácticas socioculturales.

Lo que se propone la Educación Social con su acción, es por un lado, prevenir dichos problemas de marginación y, por otra, parte asegurarles a todos los individuos el cumplimiento de sus derechos, fundamentalmente, su objetivo principal se constituye en optimizar los procesos de socialización, la incorporación de los individuos a las diferentes redes sociales favorecerá el desarrollo de su sociabilidad y permitirá su circulación social.

Entre las funciones que corresponden a la Educación Social se cuentan: la observación de contextos, comportamientos y actitudes que detecten a los

individuos o grupos que se encuentran en una situación de inadaptación o marginación; contactar a estos mismos seres humanos y/o colectivos, recopilar información sobre sus vidas, problemas, relaciones, para así adecuar la estrategia que resulte mejor en cada caso; planificación de la estrategia educativa que estimulará / motivará la participación.

Consecuentemente traerá aparejado o así se espera, una mejora en la calidad de vida de los-as implicados-as; mediar entre los grupos, entidades y personas con / y las instituciones sociales, escolares o laborales, según corresponda, para con ello facilitarles el acceso y el uso contextual, así como adecuado a las mismas, según rezan las definiciones, aproximaciones conceptuales, propósitos y denominaciones básicas frente a la “tercera edad”, “adulto mayor”, entre otras denominaciones, que se suelen encontrar al rastrear significados, -ABC(definiciones)-.

Cabe destacar que la ES abarca una variada oferta de ámbitos en los que interviene, destacándose entre ellos: la educación de personas adultas, la educación social especializada, animación sociocultural, la educación no formal, la educación ambiental, investigación y acción en/con/para la tercera edad/personas mayores/vejez y el abordaje de las personas (colectivos) que consumen sustancias psicoactivas (drogodependencias).

En este contexto de la ES, el acceso a la educación, en cualquiera de los casos, facilitará y contribuirá a poder disfrutar de un futuro mejor, con mejores posibilidades tanto en lo que respecta a lo personal como a lo profesional, ya que quien accede a una preparación podrá competir y obtener mejores condiciones laborales en su ámbito de acción, posibilitando con ello, la autorrealización, el servicio, la solidaridad, el sentido altérico y nutrir la calidad y cantidad de vida propia, así como la de quienes le / s rodean y con quienes interactúan.

Los planteamientos sobre educación social y Educación Social, antes expuestos, se constituyen en la puerta de entrada al ámbito gerontagógico o de la ciencia interdisciplinar de la Gerontagogía (Gg). “Desde 1996, cuando Profesor André Lemieux de la Universidad de Quebec en Montreal (UQAM) y presidente del Instituto Universitario de la Tercera Edad, en Montreal (Canadá), visitó a Granada (España), con motivo del I Encuentro Nacional de Programas

Universitarios para personas mayores, hemos venido trabajando conjuntamente en torno a la Gerontagogía”, Sánchez Martínez (2000, 2001). Para el anterior autor, aquella no es una especialidad de las Ciencias de la Educación, ni de la Gerontología, ni una nueva ciencia sino un ámbito, un espacio de conocimiento interdisciplinar y fronterizo, híbrido, que combina y pone en diálogo diversas especialidades, más allá de las disciplinas establecidas.

En tal sentido, la Gerontagogía, apuesta por una renovación a fondo de los modos de pensar la educación y el envejecimiento; es ante todo, un

paradigma, una forma concreta de apostar por la educación (escenarios, epistemología y metodología) pro inclusión de / con las personas mayores.

Para Lemieux (1997) se está hablando en lo gerontagógico de la “ciencia educativa interdisciplinaria cuyo objeto de estudio es la persona mayor en situación pedagógica”, en otro texto, Lemieux (1998), acota que la Gg “es la ciencia práctica que tiene como objeto la intervención educativa en los sujetos mayores”, o también, “el conjunto de métodos, técnicas, estrategias, reagrupados en un nuevo cuerpo de conocimientos que da origen a esta ciencia interdisciplinar”.

Interpretando de la manera más sencilla posible y sintética, la Gerontagogía es una nueva disciplina que se encarga o tiene como objeto de estudio, el proceso de enseñanza-aprendizaje de las personas mayores, lo cual conlleva a elegir diferentes modelos, así como métodos y estrategias apropiadas, contextualizadas para esta población etaria.

El / la Gerontagogo-a, de acuerdo con los investigadores y profesionales en esta nueva disciplina ya referenciados, García Mínguez, Lemieux, Bedmar & Montero, entre otros autores-as, debe cumplir o cualificarse en competencias básicas, entre las que se encuentran: Tener vocación para trabajar con personas mayores y enseñar-aprender (basados en las teorías aportadas por las Ciencias de la Educación: entre estas, la teoría socio-cultural, modelos constructivistas y estrategias del aprendizaje significativo, así como métodos de enseñanza situada / contextual)

Además el/la Gg, conocer / investigar acerca de las características generales del proceso del envejecimiento, sobre las capacidades y necesidades específicas de aprendizaje en las personas mayores; cumplir un papel de mediador en el proceso de enseñanza aprendizaje más que de transmisor de conocimientos; tener claro el proceso de auto envejecimiento, entre otras (Prezi, 2015).

Importante resulta, destacar algunas de las investigaciones realizadas o n desarrollo que son fundamento o realimentan experiencias para la inclusión educativa en el nivel terciario / superior o en el primer ciclo universitario (pregrado) de las personas mayores, en etapa de prejubilación, jubilación y/o pensionadas o sin pensionarse, tal es el caso en Cuba de Lig Long (2002) y el USTE (Una Sociedad para Todas las Edades, Proyecto)

Por la misma autora Lig Long (2004), la Universidad Pinera del Adulto Mayor. Proyecto "Abuelos". La tesis doctoral, en la UNED de España, “El sentido de la vida humana en adultos mayores enfoque socioeducativo” Acosta (2011), resulta un interesante documento orientador, para quienes le apuestan a la Gerontagogía y la Educación Social como alternativas posibles en lo humano, interdisciplinario e inter-institucional y social.

Del mismo país, se destaca el trabajo, en la Universidad de Sevilla: Mayores ¿activos o pasivos? la importancia de la educación en la tercera edad,

Guerra (2009), en donde acota que gran parte de la población europea y, especialmente, la española está compuesta por personas jubiladas o prejubiladas con muchos años de vida por delante, cuya actividad laboral, y con ella la actividad física y mental, se ha visto reducida drásticamente. Son muchas las investigaciones que han demostrado la necesidad de mantener la actividad, principalmente, cognitiva para paliar o evitar el natural deterioro degenerativo.

Los Gobiernos han desarrollado planes específicos de ocio y entretenimiento, dirigidos principalmente a conservar mínimamente la actividad de este colectivo. La Gerontagogía tiene el compromiso de emplear todo su potencial creativo, educativo y didáctico en el diseño e implementación de programas específicos centrados en el ejercicio de la actividad mental de los mayores, que contribuyan a minimizar los efectos negativos del envejecimiento, abordar esta propuesta desde la perspectiva de la funcionalidad, es un importante y muy positivo camino.

En Barranquilla (Colombia), un grupo de investigadores, entre quienes se cuentan Guerrero et. al (2015) se establece la relación entre autoestima y autonomía funcional en una muestra de ancianos institucionalizados en función del apoyo social externo. Los participantes fueron 30 ancianos entre 67 y 93 años de ambos géneros, que en promedio llevan 5 años viviendo en un asilo de ancianos.

Para medir la autoestima, utilizaron la escala de Rosenberg (2007) y para medir la autonomía funcional, el índice de Barthel (2005). Los resultados confirman que existe una relación entre la autoestima y autonomía funcional, y que la capacidad de desplazamiento sin ayuda externa es un factor determinante de la autoestima.

Por otra parte, no se encontraron diferencias significativas en la autoestima en lo que respecta al apoyo social representado en visitas externas. Concluyó este grupo de investigadores, que el factor determinante de la autoestima en ancianos institucionalizados es la autonomía funcional relacionada con el desplazamiento sin ayuda antes que el apoyo social externo, esto es una condición / característica que dispondría de manera favorable a estas personas mayores (ancianos, viejos) a posibilidades y ámbitos educativos, si su motivación así lo fundamenta.

En la misma ciudad colombiana, en la Región Caribe, al norte del país, Cardeño & Loaiza (2010) realizaron, según los criterios del paradigma empírico-analítico, un análisis descriptivo sobre la fluidez verbal de dos personas mayores de ochenta años institucionalizadas para quienes el lenguaje constituye la forma básica que poseen para expresarse; la información necesaria se obtuvo mediante la aplicación de la escala verbal del test de WAIS que evalúa el lenguaje en varias áreas específicas. Además de la aplicación del Test, se aplicó una entrevista que arrojó datos importantes de la historia personal de cada paciente.

Los resultados se analizaron bajo una óptica clínica, apoyada en el análisis propuesto por Josette Benavides (1984) en técnicas de evaluación de la personalidad. El estudio sigue, además, los conocimientos aportados por la Clínica de la Memoria de la Universidad Javeriana dirigida por Patricia Montañés, Diana Matallana y Carlos Cano, quienes son autores de numerosos estudios relacionados con el adulto mayor en Colombia.

Por otro lado, los anteriores planteamientos y rutas, se sintonizan con destacar y aprovechar los lados fuertes, las oportunidades, tesoros y funcionalidad, que presenta la vida de las personas mayores / vejez, así como el estudio y abordaje de esta última etapa del ciclo vital, proponiendo asumirla con optimismo, proactiva actitud y salud (de la mayor manera posible), en lo individual y colectivo (familiar, social, institucional -he aquí uno de los fundamentales ámbitos para la dinamizar la labor gerontagógica y social de la educación.

Referencias Bibliográficas

García M. G. (1967). Cien años de soledad. Novela. Editorial Sudamericana. Buenos Aires.

García Mínguez, J.G. (2004). Educación en personas mayores. Ensayo de nuevos caminos. Madrid: Narcea

Lemieux, A. (1998). La gérontologie oú l´education des perones agées a´ l´université de l´an 2000. Actas del Primer Encuentro Nacional sobre Programas Universitarios para Mayores. Granada (España): Grupo Editorial Universitario, pp.199-234

Ministerio de Educación Nacional (2016). MEN. Colombia.

Silva (2003). Desde Los Tres Robles. (Libro) Editorial Ideas Gráficas, Cartagena (Colombia).

Rodríguez (2009). Educación de adultos en la historia reciente de América Latina y el Caribe (Universidad de Buenos Aires y Universidad Entre Ríos, Argentina). Universidad de Salamanca (España), EFORA, Marzo, Volumen 3

Sánchez Martínez (2000, 2001).). Haciendo avanzar la Gerontagogía. Aprendiendo de la experiencia canadiense. Pedagogía Social, 6 – 7 (segunda época), Pp 243 -262

Lemieux (1997).). Los programas universitarios para mayores: enseñanza e investigación. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

(Prezi, 2015).). https://prezi.com/3z3jmqa7dflf/la-gerontagogia-y-el-perfil-del-gerontagogo/ [Extraído el 31 de Agosto de 2016]

Lig Long (2002). Proyecto Una Sociedad para Todas las Edades (USTE) 1er. Cuba: Universidad de la Habana, Lig Long Rangel, C. (2004) Universidad del Adulto

Acosta (2011). “El sentido de la vida humana en adultos mayores enfoque socioeducativo”. Tesis Doctoral.

Guerra (2009). Mayores ¿activos o pasivos? La importancia de la educación en la tercera edad. Cuestiones Pedagógicas, 19, 319-332.

Guerrero et. al (2015). Relación entre Autoestima y Autonomía Funcional en Función del Apoyo Social en Adultos Institucionalizados de la Tercera Edad. Revista Psicogente. 18 (34): pp. 303-310. Julio-Diciembre, 2015. Universidad Simón Bolívar. Barranquilla, Colombia

Rosenberg, N. (2007). Statistical Tests for Taxonomic Distinctiveness from Observations of Monophyly. Rev. Evolution. Volumen 61, Issue 2

February. Pp 317 - 323 Pages 317–323

Barthel (2005). Indice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. Plasticidad y Restauración Neurológica Nuevos Horizontes Vol. 4 Núms. 1-2 Enero-Junio, Julio-Diciembre

Cardeño & Loaiza (2010). Verbalización en dos mujeres octogenarias. Psicogente, 13 (23): pp. 100-106. Junio, 2010. Universidad Simón Bolívar. Barranquilla, Colombia

Benavides, J. Di Castro S.F. (1984). Técnicas de Evaluación de la Personalidad. UNAM. México D.F.

Modelo de atención centrada en la persona aplicado a una muestra española de personas mayores con demencia institucionalizadas

Marta Sahagún Navarro

Introducción

Con el objetivo de evaluar la atención asistencial recibida por trece personas mayores con demencia institucionalizadas en un centro residencial de larga duración, así como proporcionar información específica a los distintos profesionales que velan por su atención, se utilizó la escala Dementia Care Mapping (DCM) como metodología de observación sistemática; puesto que esta población presenta alteraciones en su comunicación y, debido a su alto nivel de dependencia, entre otros procesos, a menudo impide que se establezcan los apoyos adecuados.

Las principales conclusiones indican una falta de implicación de las personas mayores con demencia con el entorno, lo cual apunta una insuficiencia de estímulos que generen estados de bienestar en los mismos.

Actualmente, la población mundial se encuentra ante un evento demográfico de envejecimiento poblacional que lleva consigo una mayor demanda de servicios de salud por parte de las personas mayores, presentando este grupo poblacional “las tasas más altas de morbilidad y discapacidad” (Segura, Cardona, Segura & Garzón, 2015, p. 185).

Este fenómeno ha traído consigo la aparición de patologías, tales como la demencia y la depresión, siendo esta última considerada la enfermedad del presente y del futuro, afectando entre un 15 y un 35% de personas mayores institucionalizadas (Borda et al., 2015).

En este sentido, la esperanza de vida “es uno de los indicadores principales que reflejan consecuencias de las políticas sanitarias, sociales y económicas de un país (Abellán & Pujol, 2016, p. 10).

Este aumento de la longevidad ha llevado consigo el aumento de situaciones de dependencia, en el que las personas por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o pérdida de

autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de apoyos humanos o materiales para realizar las actividades de la vida diaria (IMSERSO, 2009).

Lo anterior, “evidencia la necesidad de establecer nuevas estrategias de abordaje ante las situaciones en las que se acrecienta la población mayor, especialmente en las situaciones de dependencia o discapacidad que afectan a gran parte de las personas mayores” (Landinez, Caicedo, Lara, Torres & Beltrán, 2015, p. 76).

Es aquí donde, en la atención de las personas mayores institucionalizadas, el modelo médico-rehabilitador ha sido predominante en la atención de personas mayores con demencia, considerándolos sujetos pasivos, receptores de atención y apoyo, donde se corre el riesgo de entrar en pautas de deshumanización. Tal y como especifican Vila-Miravent, Villar, Celdrán y Fernández (2012) no tener en cuenta los deseos y necesidades de la persona con demencia promueve su pasividad y compromete incluso su identidad como persona.

Promover la pasividad de la persona mayor desencadena un fenómeno definido por Baltes y Baltes (1990; citado en Montorio, 2007) como exceso de incapacidad, el cual hace alusión “al deterioro provocado por el desuso de las capacidades preservadas, que no son consecuencia directa de un estado de fragilidad física o enfermedad y que son de carácter reversible” (p. 50).

La dependencia funcional en la persona mayor tiene implicaciones en su autoestima así como en el bienestar autopercibido, generando maltrato, marginación y abandono con devastadores efectos en la calidad de vida. La actividad productiva en la edad avanzada es un tema relevante y de gran actualidad, apunta al “hacer con sentido” y la pérdida de privacidad genera vulnerabilidad, dependencia acelerada de los individuos debido a la pérdida de la autonomía (Pinillos & Prieto, 2012, p. 438).

Es aquí donde entra en juego el modelo de atención centrada en la persona (en adelante, ACP) desarrollado por Kitwood y Bredin (1992; citado en Brooker & Surr, 2009), en el que la persona mayor con demencia institucionalizada pasa a ser un agente activo, donde una de las máximas prioridades es mejorar su atención, empleando una atención individualizada, en el que se mejore su calidad de vida. Las horas de comida, las actividades o los cambios de turno, a menudo revelan qué cosas pueden cambiarse para mejorar el bienestar de todos los usuarios del servicio (Brooker & Surr, 2009).

Para poder comprender los comportamientos de una persona con demencia y realizar una buena atención existen factores que influyen en la manera de actuar, sentir y pensar de las mismas, además del daño neurológico producido, tales como aspectos relacionados con su salud y el estado físico en general, en el cual hay que centrar la atención para poder intervenir sin menoscabar las capacidades que aún se conservan.

Conocer, también, las experiencias pasadas de la persona con demencia,

su biografía e historia de vida, puede ayudar a los miembros del personal a comprender conductas confusas. Por ejemplo, si una persona ha ocupado puestos de dirección durante su vida laboral es muy probable que quiera sentarse en la oficina para revisar documentos…, y seguramente le resultará desconcertante que un cuidador, al que ve como un subordinado, le diga lo que tiene que hacer.

Otro un factor determinante es la personalidad y los rasgos característicos de la misma, puesto que influyen en la manera de enfrentarse a la demencia. Por ejemplo, una persona que le gusta tener la situación bajo control seguramente tendrá más dificultades en aceptar las consecuencias de la demencia que alguien que siempre ha delegado sus decisiones en los demás.

Finalmente, hay que tener en cuenta que a medida que se van perdiendo las capacidades verbales, el contacto humano, cariñoso y cálido se vuelve más importante a través de los canales no verbales, lo cual resalta la importancia de las relaciones interpersonales de la persona con demencia, teniendo presentes las características de su entorno.

Todo este conjunto de aspectos Kitwood (citado en Brooker & Surr, 2009) los agrupó creando el modelo enriquecido de la demencia, el cual identifica cinco necesidades psicológicas que toda persona posee en mayor o menor medida pero que, en el caso de estar presente la demencia, es responsabilidad de los profesionales y cuidadores profesionales ofrecer su cobertura. Son las siguientes (Brooker & Surr, 2009):

a) Confort, referido al suministro de cariño, atención y proximidad hacia los demás, evitando intimidaciones y omisión de cuidados;

b) Identidad, haciendo referencia al respeto hacia la persona, independientemente de su experiencia y edad, aceptación del participante y refuerzo a las habilidades que aún se conservan, evitando infantilizar a la persona mayor, etiquetarla o infravalorarla;

c) Apego, definido como el reconocimiento de las personas como únicas y la sensibilidad por los sentimientos y emociones, fomentado vínculos de afecto y confianza, evitando la culpa por cosas que no han podido hacer, manipulaciones para que hagan o dejen de hacer alguna cosa, ningunearles;

d) Ocupación, respecto al empoderamiento de las capacidades de las personas, facilitándoles el apoyo necesario, colaborando conjuntamente para cubrir sus necesidades, evitando imponer, cosificar, interrumpir en la realización de actividades;

e) Inclusión, tanto física como psicológica, formando parte de un grupo, pudiendo acceder al ocio, sin estigmatizar, ignorar ni humillar, teniendo en cuenta que las personas con demencia corren un gran riesgo de estar socialmente aisladas aunque residan en un entorno comunitario.

En la medida en que estas necesidades psicológicas no están cubiertas,

pueden producirse distintos riesgos dentro de la práctica profesional que conllevan a una cultura asistencial y paternalista, reforzando entornos poco participativos y, en consecuencia, produciendo estados de malestar en la persona que no está siendo atendida de manera integral, despersonalizándola, disminuyendo así su bienestar.

Este conjunto de situaciones, Kitwood (1992, citado en Brooker & Surr, 2009) las agrupó en la denominada psicología social maligna (en adelante, PSM), puesto que se produce un proceso de deshumanización, donde los deseos y necesidades de las personas con demencia se encuentran mermados.

Una de la propuestas que se viene planteando hace años es la de priorizar a la persona frente a la demencia (Fernández & Vila, 2006), de tal forma que para obtener información acerca de la situación de una persona acerca del grado de autonomía con la que está hace frente a su vida cotidiana es necesario valorar la mayor parte de áreas en las que se desenvuelve el individuo. Es decir, no se trata solo de medir el estado de salud o la memoria, sino de valorar su posibilidad de autonomía en cada área y, además, relacionarlo con otras: física, provisión de servicios, apoyo social, contexto, etc., a fin de tener una idea global e interrelacionada del funcionamiento y la autonomía de esa persona en su vida cotidiana (Julve, 2011).

Sin embargo, tal y como especifica Fernández y Vila (2006) la dificultad emerge en cómo obtener la opinión, la percepción subjetiva y, en definitiva, la valoración de los propios interesados. Estos, a causa del deterioro cognitivo de la enfermedad, no la pueden expresar.

Por ello, esta investigación trata de dar a conocer posibles medidas para una intervención integral a través de la observación sistemática de personas mayores con demencia institucionalizadas que, dada su alteración en la comunicación y su alto nivel de dependencia, entre otros procesos, a menudo impide que se establezcan los apoyos adecuados. Asimismo, se pretende reflejar la funcionalidad que tiene este método para hacer posible su uso en las organizaciones de carácter asistencial (residencias, hospitales y centros de día) con el fin de incidir positivamente en la calidad de vida y atención de las personas con demencia.

Metodología

Con previo consentimiento informado tanto de las personas usuarias (o familiares) como de los profesionales que participaron en este estudio, se contó con un total de 13 mujeres, mayores de 65 años, diagnosticadas con demencia, alguna de ellas en fase avanzada, pertenecientes a una misma institución (pública con gestión privada), con un tiempo de ingreso de más de 6 meses. Estas usuarias fueron objeto de este estudio por la necesidad que presentaban de una atención individual y personalizada, puesto que generalmente se

desconoce cómo actuar ante estas situaciones de demencia, siendo la farmacología el tratamiento estrella para la misma.

El instrumento utilizado para la recolección de datos fue la escala Dementia Care-Mapping, en su versión octava (la más actual y también, válida para personas con demencia más avanzada). Según el protocolo de evaluación del DCM (Bradford Dementia Group, 2009), para analizar los resultados se debe elaborar un informe individual para cada participante observado, el cual debe contener:

- Datos sobre ánimo/implicación;
- Datos sobre la categoría del comportamiento;
- Detractores personales;
- Potenciadores personales;
- Otras observaciones importantes para la evaluación.

El primer tipo de información registrada son los datos sobre ánimo/implicación (Mood and Engagement; ME) que describen el estado de bienestar o malestar (Well/illl-being scores; WIB) que los participantes han experimentado en cada intervalo de tiempo (IT en adelante), representándose en una escala de seis puntos (+5, +3, +1, -1, -3, -5), siendo el -5 el máximo nivel de malestar y el +5 el máximo nivel de bienestar, siguiendo los criterios que se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Niveles de bienestar y malestar emocional (ME) según el DCM

Ánimo	Valor ME	Implicación
Muy contentos, alegres. Estado de ánimo muy positivo.	+5	Profundamente ensimismados. Muy entretenidos.
Contentos, alegres, relajados. Estado de ánimo considerablemente positivo.	+3	Concentrado pero fácil de distraer. Muy ensimismados.
Neutral. Ausencia de señales evidentes de ánimo positivo o negativo.	+1	Atentos y conscientes del entorno. Participación breve o intermitente.
Pequeñas señales de estado de ánimo negativo.	-1	Ausente y sin contacto.
Señales considerables de estado de ánimo negativo.	-3	
Muy afligido. Señales claras de estado de ánimo muy negativo.	-5	

Fuente: Brooker y Surr, 2009

La combinación e interpretación de los datos ME de cada IT permite

valorar el nivel de bienestar/malestar (WIB) de la persona con demencia. Sin embargo, para realizar este cálculo se deben tener datos sobre los valores ME a lo largo de, por lo menos, cuatro horas o 48 IT.

Uno de los indicadores de calidad de la atención en una organización puede ser la cantidad de tiempo que los participantes pasan en un estado de ánimo o implicación negativos de forma ininterrumpida (UNME en adelante). Esto se detecta estudiando las hojas de datos en bruto durante periodos de seis IT consecutivos pasados con valores ME negativos.

El segundo tipo son los datos sobre la categoría del comportamiento (Behaviour Category Code; BCC) donde se recogen veintitrés diferentes tipos de comportamiento que son más frecuentes en un entorno residencial y que puede haber tenido el participante. Se identifican con una palabra para memorizarlos que ayuda a recordar la letra del código, así como una breve descripción de la categoría, tal y como podemos observar en la tabla 2. No se incluyen los IT en los que el mapeador interactuó con el participante, pero sí aquellos en los que se ha registrado un BCC sin un valor ME. Pueden presentarse los resultados en formato gráfico.

Tabla 2. Códigos de categorías del comportamiento

Código	Palabra clave	Descripción general
A	Interacción	Interacción con otros, verbalmente o no, sin otra actividad observable.
B	Borderline / Límite	Implicación social, pero pasiva (contemplación).
C	Desvinculado	Socialmente desvinculado, aislado.
D	Dedicación / Autocuidado	Atención a uno mismo.
E	Expresiva	Actividades expresivas o creativas.
F	Ingesta	Comer, beber.
G	Recuerdo	Reminiscencia y revisión de la propia vida.
I	Intelectual	Actividades que priorizan las capacidades intelectuales.
J	Actividad física	Hacer ejercicio o deporte.
K	Caminar	Caminar, estar de pie, moverse con independencia.
L	Ocio	Ocio, diversión, actividades recreativas.
N	Dormir	Dormir, descansar.
O	Objetos	Mostrar afecto o relación con objetos inanimados.
P	Asistencia física / Práctica	Recibir asistencia práctica, física o personal.

R	Religiosidad	Participar en una actividad religiosa.
S	Sexualidad	Expresión sexual.
T	Sensaciones sensoriales	Estimulación directa de los sentidos.
U	Sin respuesta	Intentar comunicarse y no recibir respuesta (chillar, llorar).
V	Vocacional	Participar en una actividad, taller…
W	Auto estimulación repetitiva	Auto estimulación repetitiva (balancearse).
X	Excreción	Episodios asociados con la excreción.
Y	Yo mismo	Interacción en ausencia de otra persona observable (hablar solo).
Z	Cero	Cuando no encaja en ninguna de las categorías precedentes.

Fuente: Brooker y Surr, 2009

Cuando el mapeador abandona el lugar de observación y no puede proceder con la misma puede codificarse con la letra Q.

Este conjunto de códigos permite identificar una serie de indicadores de la calidad de vida de la persona institucionalizada. Son los siguientes:

a) potencial de implicación positiva (IPO) existente en el participante durante la observación, teniendo en cuenta las siguientes categorías de gran potencial: A, D, E, F, G, I, J, K, L, O, P, R, S, T, V e Y;

b) diversidad ocupacional (DO) del participante durante la observación, teniendo en cuenta sus preferencias y capacidades de implicación en las siguientes categorías de gran potencial: A, D, E, G, I, J, K, L, O, R, S, T, V e Y, con un valor ME positivo de un 2% o más, lo cual es la suma de los distintos comportamientos que ha tenido con un valor máximo de 14, puesto que este es el número máximo considerado para esta variable;

c) agitación y angustia (AGI) a partir de la cantidad de IT pasados en la categoría U, K, W, e Y en valores ME negativos (-1, -3, -5), mostrando el malestar emocional del participante;

d) abandono o aislamiento (ABA) que se constituye por la cantidad de tiempo pasado en las categorías C y N, en las que el participante no muestra señales de implicación consigo mismo ni con el mundo que lo rodea, tanto activa como pasivamente;

e) implicación pasiva (IPA), identificándose con la categoría B.

El tercer tipo de información registrada como otro indicador de la calidad de la atención proporcionada en la organización es la presencia de detractores personales (Personal Detractions; PD) o potenciadores personales (Personal Enhancers; PE), una manera de captar la calidad de las interacciones entre el personal y los participantes observados.

Los PD son comportamientos de los miembros del personal que podrían resultar perjudiciales para la persona con demencia y mina una o más de sus necesidades psicosociales antecitadas (confort, apego, identidad, ocupación e inclusión). Por ejemplo, hablar del residente en su presencia como si este no estuviera se catalogaría como “ignorar”, y minaría la necesidad psicosocial de inclusión de una persona.

Sin embargo, los PE son conductas de los miembros del personal consideradas como positivas para preservar una o más de las necesidades psicosociales de la persona. Por ejemplo, dirigir unas palabras de apoyo para animar a una persona con demencia a hacer una actividad por ella misma, se codificaría como “capacitar” y cubriría la necesidad de ocupación de la persona.

Por último, se tienen en cuenta otras observaciones importantes que el mapeador registra en la hoja de observación, puesto que ayudan a interpretar los datos y a redactar un informe final de los resultados. Es importante incluir información acerca de lo que están haciendo los participantes durante cada IT y las sensaciones sobre el entorno en su conjunto.

De esta forma, la observación sistemática se realizaba cada cinco minutos, donde el mapeador registraba el comportamiento (BCC) y el nivel de malestar-bienestar (ME) que se daba en ese momento. A la vez, se registraban los potenciadores y detractores personales que se observaban. El periodo de observación se realizó en un intervalo de entre mínimo 2 horas y un máximo de 4 horas consecutivas, durante el horario de 9:00 horas de la mañana a 16:00 horas de la tarde, en días laborables de lunes a viernes.

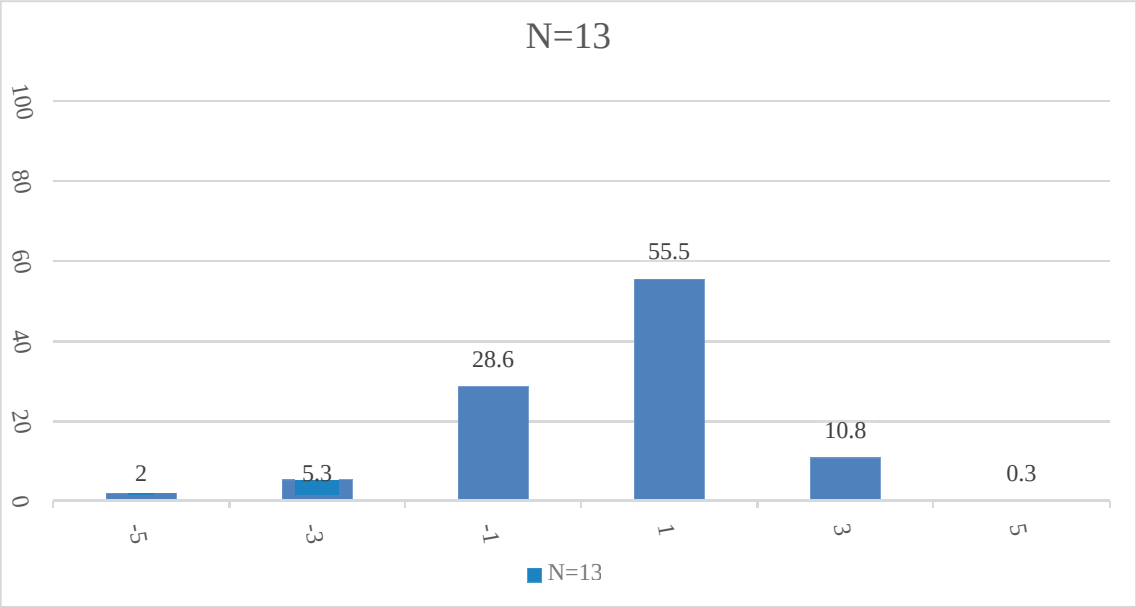
Resultados

Primeramente, se codificó el estado de ánimo e implicación (ME – Mood and Engagement) de las distintas personas participantes, identificando los porcentajes de tiempo observados en los que cada uno se encontraba en niveles de bienestar (ME +1 a ME +5) o de malestar (ME -1 a ME -5).

De esta manera, en la tabla 3, se identifica que las personas con demencia observadas estuvieron en un 55,5% de su tiempo en un estado +1, es decir, atentos al entorno donde residen, en un estado en sí mismo neutro. Por otro lado, un 28,6% se encontraron en un estado de malestar -1.

En segundo lugar, se codificaron las 23 categorías de comportamiento (BCC) en las que cada persona observada había pasado su tiempo, identificando los porcentajes a nivel grupal de los mismos. De esta manera, se identificó la implicación pasiva/borderline (B) como la actividad más empleada, es decir, en un 28,8% las personas con demencia no participaron activamente en lo que estaba sucediendo en su entorno, sino que observaban y estaban conectados con la mirada.

Tabla 3. Datos grupales (N=13) de los valores de bienestar-malestar emocional (ME). Porcentaje de tiempo en cada valor.



Fuente: Elaboración propia

Asimismo, dormir supuso en un 28% la actividad con mayor fuerza entre los participantes, ocupando la ingesta, en un 25,5%, el tercer lugar entre las actividades más realizadas por las personas con demencia en este centro residencial.

Se debe recordar que las personas con demencia tienen reducidas las capacidades de implicarse de manera autónoma con los demás, por lo que es muy importante que se entorno le ofrezca los apoyos adecuados para su implicación (deambular, manipulación de objetos, relaciones sociales…), lo cual se traduciría en estados considerablemente más positivos, incrementando su bienestar y, por lo tanto, su calidad de vida.

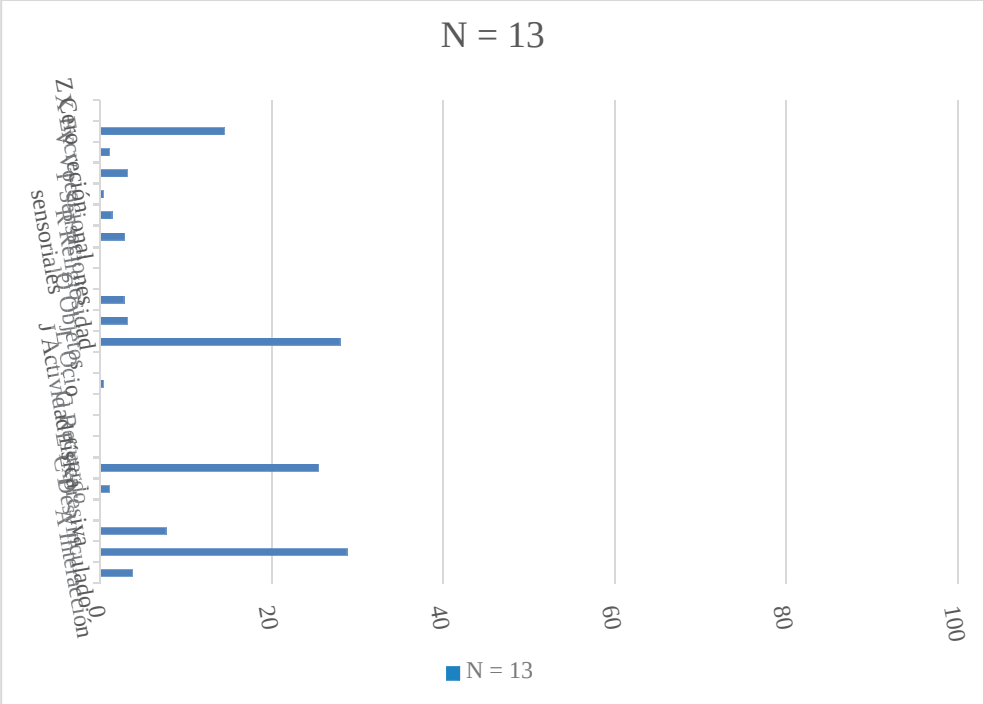
Esta situación observada nos aproxima a una mirada totalmente asistencialista, fomentando el desuso de sus capacidades.

En cuanto al área de calidad, se hallaron cinco indicadores resultantes de la combinación de diferentes categorías de comportamiento (BCC) durante la observación realizada.

La tabla 5 refleja que los participantes estuvieron en un 54,6% implicado de manera positiva con el entorno, en un estado neutro, con un 26,3% de diversidad ocupacional, atendiendo que el comportamiento “Yo mismo” implica hablar con uno mismo, el cual se manifestó en un 14,5%. Por otro lado, el estado de abandono halló un porcentaje preocupante (35,7%) junto la implicación pasiva (28,8%). El estado de agitación y angustia obtuvo un

porcentaje bajo (10%).

Tabla 4. Datos grupales (N=13) de los valores BCC (categorías del comportamiento). Porcentaje de tiempo en cada categoría.



Fuente: Elaboración propia

Por último, se recogieron los datos respecto a las acciones realizadas por los distintos cuidadores que atienden las necesidades de las personas con demencia institucionalizadas en el centro residencial objeto de estudio. Como se observa en la tabla 6, existen acciones potenciadoras (PE) o detractoras (PD) que influyen en el estado de la persona, englobándose dentro de cinco necesidades psicológicas.

Tras las observaciones realizadas, se identifica que hubo mayor presencia de potenciadores personales (13) frente a detractores personales (4), sin embargo, las observaciones realizadas en las personas con demencia participantes muestran que, a pesar de estar en una zona de confort, esta desencadena situaciones totalmente asistencialistas de ingesta, dormir…, no actividades que realmente implican a las personas con su entorno, promoviendo el uso de sus capacidades.

Tabla 5. Indicadores de calidad con la descripción de los tipos comportamiento (BCC) que les corresponden.

Indicadores de calidad	Valores BCC categoría y %		Valor total
Potencial de implicación positiva (IPO)	A Interacción	3,8	54,6%
	E Expresiva	1,1	
	F Ingesta	25,5	
	K Caminar	0,4	
	O Objetos	3,2	
	P Asistencia física/Práctica	2,8	
	T Sensaciones sensoriales	2,9	
	V Vocacional	0,4	
	Y Yo mismo	14,5	
Diversidad ocupacional (DO)	A Interacción	3,8	26,3%
	E Expresiva	1,1	
	K Caminar	0,4	
	O Objetos	3,2	
	T Sensaciones sensoriales	2,9	
	V Vocacional	0,4	
	Y Yo mismo	14,5	
Agitación y angustia (AGI)	U Sin respuesta	1,4	10%
en estados -1, -3, -5	W Auto estimulación negativa	1,4	
	Y Yo mismo	7	
Abandono o aislamiento (ABA)	C Desvinculado	7,7	35,7%
	N Dormir	28	
Implicación pasiva (IPA)	B Borderline/Límite	28,8	28,8%

Fuente: Elaboración propia

Tabla 6. Resumen general de PD y PE observados.

Necesidad psicológica	Muy detractor	Detractor	Potenciador	Muy potenciador
Confort			10	
Identidad				
Apego		2		
Ocupación		2	3	
Inclusión				

Fuente: Elaboración propia

Discusión

En primer lugar, es necesario centrar la discusión en los resultados obtenidos en la tabla de detractores y potenciadores personales. Como se puede observar, el confort es la necesidad más registrada en el centro. El suministro de cariño y proximidad a los demás han sido los aspectos más trabajados, sin embargo, no han sido suficientes, puesto que se han proporcionado en muy pocos casos. Otro de los aspectos que recoge el confort es el consuelo y la ternura que en ninguno de los casos se ha ofrecido. ¿Qué provoca esta situación?

Es importante recordar que el modelo de ACP implica valorar a las personas con independencia de su edad y de su estado de salud, además de individualizar y priorizar la perspectiva de la persona con demencia, reconociendo la importancia de las relaciones sociales (Brooker & Surr, 2009).

Diferentes estudios han demostrado que no existe correlación entre el grado de deterioro cognitivo y los niveles de bienestar/malestar de las personas con demencia; es más, bajas puntuaciones en estos niveles junto con altos niveles de dependencia pueden relacionarse más bien con una peor calidad de atención psicosocial (Edelman et al., 2004; Jarrot & Bruno, 2003; Gigliotti et al., 2004; citado en Brooker & Surr, 2009).

Estimular las capacidades en constante desuso de las personas mayores con demencia, orientándolas en el tiempo, espacio y persona debe ser un objetivo en su atención, puesto que si no se trabajan, al final se pierden. De la misma manera, mantener su independencia en las actividades de la vida diaria, atendiendo a sus necesidades más personales e individuales.

Por otro lado, se han trabajado las necesidades psicológicas de apego y ocupación. Sin embargo, del mismo modo que la variable de confort, la presencia de ambas sigue siendo muy escasa e incluso, detractora. Además, se

debe de trabajar para que la implicación pasiva no se convierta en una falta de implicación.

En cuanto a las necesidades de identidad e inclusión, estas no se han observado, lo que significa que hay que trabajar en proporcionar un entorno idóneo para que los participantes se encuentren a sí mismos. Una manera de hacerlo podría ser incluyendo más actividades a los residentes de la sala, como el uso de flores y juegos de pelota. Incluso podría ponerse música, así se podría estudiar el valor del contacto sensorial con los usuarios. Asimismo, se podrían introducir actividades como las terapias alternativas como por ejemplo, risoterapia, aromaterapia… y de este modo, evitar su desvinculación.

También, para mejorar las relaciones personales se podrían buscar maneras de relacionarse entre ellos mismos con el apoyo del personal, creando grupos de autoayuda, grupos de trabajo, grupos de encuentro o dinámicas grupales. Acciones que irían encaminadas a desarrollar el empoderamiento y la mayor implicación de las personas mayores con menor afectación y que ayudarían a retrasar el deterioro que a menudo acelera el aislamiento, el aburrimiento, la tristeza y la soledad ocasionada por la institucionalización.

Otra forma que existe de relacionarse sería propiciar encuentros con estudiantes, tanto de instituto como de universidad, niños, voluntarios… Un ejemplo de intervenciones en este sentido son las que se están llevando a cabo en Estados Unidos desde hace unos cuantos años: se trata de los programas intergeneracionales. Según Hatton-Yeo y Ohsako (2001; citado en Sánchez, 2007): “Los programas intergeneracionales son medios para el intercambio intencionado y continuado de recursos y aprendizaje entre las generaciones mayores y las más jóvenes con el fin de conseguir beneficios individuales y sociales” (p. 38).

Algunos de estos programas intergeneracionales se llevan a cabo en los centros de día para personas con Alzheimer como es el caso de Neighbors Growing Together en Virginia, un programa dirigido desde la Facultad de Psicología de la Virginia Tech University que une a personas mayores con niños de 0-3 años.

Entre los beneficios evaluados de estos programas se han encontrado: A) Beneficios intrapsíquicos e individuales: Mayor implicación en las actividades; mayor emisión de la comunicación verbal (CV) y comunicación no verbal (CNV); aumento de la motivación por las actividades; responsabilidad por el cuidado (sentimiento de utilidad); actividades con significado (autoestima); disminución del estrés; disminución de las conductas problemáticas: ira, agresividad. B) Beneficios educativos y terapéuticos: disfrute con actividades de psicomotricidad fina y gruesa; preservación de capacidades cognitivas; realización de actividades presentes en la memoria a largo plazo.

También pueden participar personas con enfermedades a largo plazo como el cáncer, personas con VIH/SIDA o la enfermedad del Parkinson,

personas que han tenido un ictus, cuidadores de personas mayores o muy jóvenes, bebés y niños de seis semanas hasta seis años, jóvenes en riesgo (incluyendo niños de crianza y padres adolescentes), jóvenes y adultos con discapacidad y, en definitiva, personas de todas las edades que quieran formar parte de este enfoque intergeneracional.

De esta manera, cuando las personas mayores y niños participan conjuntamente en las actividades las personas mayores recuerdan canciones, juegos y proyectos de su pasado, puesto que comparten sus conocimientos, paciencia y experiencia con niños en edad preescolar.

En otros casos, los jóvenes acuden a los centros de día o residencias y hacen que las personas mayores se sientan más cómodas con las nuevas tecnologías, mientras que éstas favorecen en un mayor desarrollo las habilidades de los jóvenes (como enseñanza de actividades manuales propias de una región: cuero, cestería… Manualidades que muchas personas mayores dominan). Su objetivo es relacionarse recíprocamente, basándose en el respeto mutuo, en el dar y el recibir en un contacto significativo y, por lo tanto, desarrollar un sentido de comunidad.

En segundo lugar, es importante resaltar que una de las observaciones que más se ha contemplado es la falta de implicación de los usuarios con el entorno ¿puede ser debido a una falta de personal, de tiempo, burnout…?

Además de estos factores, la falta de formación en la atención adecuada a los procesos de demencia (tipos de demencia, atención a los comportamientos difíciles, motivación para la implicación en actividades de las personas con Alzheimer u otras demencias, programas intergeneracionales, terapias no farmacológicas, tratamiento individualizado, atención centrada en la persona…) es un valor añadido. Es necesario que los profesionales que intervienen estrechamente con la persona (psicólogos, trabajadores sociales, auxiliares, personal de enfermería y de medicina, educadores sociales, TASOC…) tengan las herramientas adecuadas para tratar la demencia y poder retrasarla así desarrollando las intervenciones pertinentes.

Por ello, es muy importante empezar concienciando a los poderes políticos (a través de investigaciones, publicaciones, congresos y jornadas) de lo que significa y requiere una atención centrada en la persona (ACP) para que estos empiecen a tener en cuenta a las personas con demencia. Como bien explican Brooker y Surr (2009), para influir en las prioridades políticas, hemos de ser capaces de explicar qué significa ACP, tanto a nivel práctico como en la investigación.

Este tipo de atención no es solo sinónimo de asesoramiento o atención individualizados, sino que se ha convertido en un término que engloba todo un movimiento en el campo de la demencia que trasciende esos dos conceptos.

En tercer lugar y a modo general, es necesario hacer énfasis en unos factores de riesgos referentes a las úlceras por presión (UPP en adelante) que

no deben olvidarse. Se observa que los participantes no acuden suficientemente al baño y, puesto que la mayoría tienen incontinencia y síndrome de inmovilidad, es evidente que deberían ser supervisados más a menudo. Si sus heces permanecen mucho tiempo en el pañal hasta que una auxiliar lo ve y lo cambia puede haber riesgo de UPP, debido a que la piel se mantiene húmeda y sin la higiene correcta.

Por ello, deben trabajarse más maneras de prevenirlas, ya sea promoviendo su movilidad; comprobando más a menudo si hay que cambiarle el pañal, manteniendo una higiene correcta, etc. Por otro lado, debemos tener en cuenta que una mal nutrición también puede ser sinónimo de úlceras, lo que resulta impactante que en un centro residencial haya personas desnutridas.

En cuarto lugar y último, es necesario destacar ciertas limitaciones del instrumento y del estudio en sí. Una de ellas es que no se han recogido suficientes valores ME a lo largo de cuatro horas o 48 IT, tal y como recomienda el manual del DCM, lo cual no ha permitido elaborar un perfil de bienestar/malestar (WIB) de los participantes.

Ello podría ser consecuencia del exceso de trabajo o simplemente, la poca variabilidad existente en la dinámica de la residencia, lo cual confirma la poca actividad y estímulos existentes en el centro en cuanto a la atención a personas con demencia. Sin embargo, este hecho no ha condicionado que se tengan en cuenta otros factores que puedan propiciar mayor calidad de vida.

Además, el DCM recopila datos mediante la observación de personas con demencia que viven en centros de atención especializada, sin embargo, las observaciones solo tienen lugar en las áreas comunes de los centros asistenciales, con lo cual el DCM no aporta información sobre la atención que los participantes reciben en los dormitorios y cuartos de baño, por lo que subestima los cuidados íntimos y físicos que se ofrecen en los centros.

Conclusiones

El uso del DCM es una herramienta que puede optimizar la atención ofrecida en una institución y orientarla hacia un enfoque más individualizado, permitiendo recoger las pequeñas cosas que provocan alegría o inquietud, datos que normalmente se pasan por alto en los planes de atención general (Brooker & Surr, 2009).

El DCM es una escala que mide la calidad de vida tanto de la persona con demencia como de la calidad asistencial recibida en un intervalo de tiempo mayor al que otras escalas tienen como por ejemplo, la escala FUMAT (Verdugo, Gómez & Arias, 2008), la cual tiene una duración de 10 minutos, un periodo de tiempo apto para la poca disponibilidad de los profesionales pero insuficiente para mostrar verídicamente la calidad de vida de una persona.

De la misma forma ¿podríamos conocer la calidad de vida que pueden ofrecer unos padres a un hijo en proceso de adopción en 10 minutos? En este estudio las observaciones realizadas se balancean en un intervalo de 2 a 4 horas, siendo el motivo de este corto periodo de tiempo la inactividad de la persona objeto de estudio.

Introducir el concepto de la atención centrada en la persona en todas las organizaciones de carácter asistencial implica incidir en la necesidad de aplicar métodos que mejoren la calidad de vida de las personas que están atendiendo, ya que son su principal objetivo.

Las personas luchamos día a día por nuestra autodeterminación, por seguir manteniendo una participación activa en aquellas áreas donde nos sea posible, por seguir tomando nuestras propias decisiones con independencia del grado de capacidad funcional que tengamos. Señalar qué tipo de servicios requerimos, qué tipo de participación deseamos mantener y con quién..., son algunas de las decisiones que queremos seguir tomando a lo largo de nuestra vida. Las personas mayores son capaces de contribuir de manera activa y ser apoyo a sus familias y a la comunidad en la que viven (Pinazo, 2011) y este es uno de los objetivos que no se deben perder de vista.

Hoy por hoy, nos encontramos ante entornos que ofrecen pocas oportunidades para la implicación y relación con otras personas y/o actividades, lo que conlleva una radical despersonalización de las personas con demencia y el refuerzo de la percepción de la sociedad en cuanto a que éstas no son del todo humanas.

Por ello, identificar estas características resulta el elemento indispensable para transformarlas y conseguir que las relaciones y los entornos de cuidados sean personalizadores y refuercen todo aquello que otorga estatus a una persona (Barnett, 2000; Brooker & Surr, 2005; Sabat, 1994, citado en Vila-Miravent et al., 2012).

Referencias bibliográficas

Abellán, A.; Pujol, R. (2016). Un perfil de las personas mayores en España, 2016. Indicadores estadísticos básicos. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 14. Recuperado de: http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos16.pdf

Borda, M., Ángeles, D., Torres, M., Anaya, P., Rebolledo, M., Pertuz, M., & García, A. (2013). Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia). Salud Uninorte, 29(1), 64-73.

Bradford Dementia Group (2009). DCM 8. Manual del usuario. Barcelona: Fundación Alzheimer Catalunya.

Brooker, D. (2006). Dementia-Care Mapping. Visión general y resumen de la bibliografía de investigación. Alzheimer. Realidades e investigación en Demencia, 33.

Brooker, D. & Surr, C. (2009). Dementia-Care Mapping. Principios y práctica. Barcelona: Fundación Alzheimer Catalunya.

Fernández, E. & Vila, J. (2006). ¿Qué es una asistencia de calidad para las personas con demencia? Alzheimer. Realidades e investigación en Demencia, 33.

Fernández, E. & Vila, J. (2006). Dementia-Care Mapping (DCM). Dosier informativo. Recuperado el 10 de Agosto de 2011 de http://www.inforesidencias.com/docs/dementia_care_maping.pdf

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2009). Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Informe 2008. Recuperado el 23 de Agosto de 2011 de http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/infppmm2008.pdf

Julve, M. (2011). Modelos de protección social a la dependencia. Apuntes del Máster en Atención Sociosanitaria a la Dependencia. Material fotocopiado.

Julve, M. (2011). Valoración de la situación de dependencia. Apuntes

del Máster en Atención Sociosanitaria a la Dependencia. Material fotocopiado.

Landinez, N., Caicedo, I., Lara, M., Torres, L., & Beltrán, J. (2015). Implementación de un programa de formación a cuidadores de personas mayores con dependencia o discapacidad. Revista de la facultad de medicina, 63(3), 75-82.

Montorio, I. (2007). Intervenciones psicológicas en la prevención y atención a la dependencia. Intervención Psicosocial, 16(1), 43-54.

Pinazo, S. (Dir.) (2011). Autonomía personal y dependencia. Bases teóricas y práctica social. Valencia: Publicaciones de la Universitat de València.

Pinillos, Y., & Prieto, E. (2012). Funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, Colombia. Revista de salud pública, 14(3), 436-445.

Sánchez, M. (Dir.), Butts, D.M., Hatton-Yeo, A., Henkin, N.A., Jarrott, S.E., Kaplan, M.S., Martínez, A., Newman, S., Pinazo, S., Sáez, J. & Weintraub, A.P.C. (2007). Programas intergeneracionales. Hacia una sociedad para todas las edades. Colección Estudios Sociales, 23.

Segura, A., Cardona, D., Segura, A., & Garzón, M. (2015). Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores, Antioquia, Colombia 2012. Revista de salud pública, 17(2), 184-194.

Verdugo, M. A., Gómez, L. E. & Arias, B. (2009). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La Escala FUMAT. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad.

Vila-Miravent, J., Villar, F., Celdrán, M. & Fernández, E. (2012). El modelo de la atención centrada en la persona: análisis descriptivo de una muestra de personas mayores con demencia en centros residenciales. Revista de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport, 30(1), 109-117.

La preparación al retiro laboral como un proceso

Lenny Mercedes Muñoz

Introducción

La preparación al retiro laboral se constituye en una necesidad cada vez mayor dada la dinámica de cambio que se vive actualmente y la necesidad de adaptación permanente a esos devenires de la postmodernidad.

La normatividad Colombiana establece el imperativo de organizar programas de corto mediano y largo plazo por lo que se han implementado diferentes modalidades que van desde los cursos informativos hasta el modelo integral de atención al trabajador y su entorno familiar y psicosocial desde una perspectiva de ciclo vital e intergeneracionalidad desarrollando una estrategia pedagógica de acción participativa y con una enfoque académico experiencial que considera la preparación como un proceso vivencial.

Los cambios que de manera constante se viven en el actual mundo globalizado conllevan sin duda a la necesidad que las personas, como parte de un colectivo familiar, laboral y social asuman de manera responsable y adaptada la vida cambiante sin perjuicio de afectar la esencia de cada ser.

El cambio supone pasar de una etapa a otra como lo planteara desde hace más de tres décadas Forteza (Forteza, 1990, págs. 101, 114) quien investigó a fondo el tema de la preparación al retiro laboral. Y se hace referencia no solo a los cambios cronológicos con las etapas niñez adolescencia, juventud, adultez y vejez sino también a otros cambios en las dimensiones arriba citadas por ejemplo el cambio de estado civil, el cambio de empleo entre otros muchos.

Históricamente hay un hecho que frecuentemente se hace coincidir con el comienzo de la vejez: el retiro normalmente obligatorio de la vida laboral, este tiene un referente implícito que es el trabajo. Cualquier consideración en torno al tema y sus consecuencias implica necesariamente aludir al significado que el trabajo tiene para los que continúan en él o ha tenido para aquellos que ya lo han abandonado.

Se conocen resultados de investigaciones que desde los años 60 reportan la importancia que tiene el trabajo para el ser humano sin distingo del nivel del mismo ni del ámbito cultural, como lo indica Forteza (págs. 101, 114)

en la revisión de Morse Weiss y de Mow en 1987; la relevancia del mismo está ligada no solo como alternativa económica sino que apunta a otros aspectos como la autovalía, las relaciones sociales y en general como indicador de calidad de vida.

Si bien el retiro aún en los países de más desarrollo es un acontecimiento de reciente atención, la manera cómo avanza el mundo y la precepción de ello y las condiciones de quienes se jubilan constituye un reto constante que obliga a la búsqueda de alternativas de atención integral que incluyan, normas y valores acordes con las tendencias demográficas y el avance tecnológico en el que la sociedad está inmersa.

La situación pre retiro prevé las condiciones posteriores a la etapa productiva tanto desde lo positivo como a nivel de desventajas y dependiendo de aspectos más individuales que de otros factores .Se cuenta con la posibilidad de manejo del tiempo, la autonomía para la realización de vida ; los estudios sobre estrés laboral ponen de manifiesto las nefastas consecuencias que a medio largo plazo pueden producir las demandas inherentes al trabajo, posibilidades de fortalecer vínculos de pareja de familia y sociales.

A nivel de desventajas después del retiro se tienen la añoranza por los quehaceres laborales, pérdida del rol funcional con afectación en el prestigio, poder autoestima lo cual se refleja en la manera como la sociedad ve a los desvinculados del trabajo, aislamiento soledad e incapacidad para el funcionamiento general como persona.

Estos cambios que cada vez son más vertiginosos conllevan la necesidad de adaptarse a ellos para hacer menos difícil la crisis que produce enfrentarse a nuevas situaciones y por esto resulta importante la preparación al retiro laboral en todos los aspectos que hacen parte de la vida de los trabajadores. Se plantea entonces el modelo de atención integral que involucra varias fases y se desarrolla en un periodo no inferior a un año con proyección al post retiro de tal manera que la adaptación al cambio permita el fortalecimiento o la inserción positiva a la vida después del trabajo.

Marco referencial

Inicialmente es preciso comentar que pre retiro y prejubilación son dos conceptos convergentes pero con diferencias sutiles como que el primero refiere a la desvinculación laboral en cualquier momento del ciclo vital del adulto mientras que prejubilación tiene que ver a la antesala del retiro por jubilación que se define “el cese de la situación de trabajo remunerado dentro del mercado laboral del trabajador y/o profesional, bien sea de manera asalariada o autónoma, para pasar a una fase de descanso también remunerado, a la edad oficial……” (Leturia Arrazola, 1998)

Leturia (1998) indica que hay una situación de semántica que confunde "Hoy en día cuando alguien habla de jubilación y/o jubilados no se sabe si se refiere al momento de salida del mercado laboral, o a la situación en que queda el trabajador una vez de haber salido del mismo, no sabemos si hablamos de pensionistas, quienes cobran una pensión, o de jubilados. En definitiva, se da una polivalencia semántica que en ocasiones puede confundir".

Es conocido que desde finales del siglo 20 se ha generado un importante crecimiento de la esperanza de vida lo que significa que hay un incremento a dos de las tres principales etapas del ciclo vital, la educación-formación y la jubilación con una disminución de la etapa laboral. Se estima que la esperanza de vida después del retiro por jubilación representa el 30% Yanguas. (Forteza, 1990)

La experiencia y las investigaciones respecto del tema han llevado a determinar que la jubilación que se da en un momento vital, no es el fin de la vida laboral necesariamente, por ello en el modelo como proceso de preparación se consideran pilares fundamentales el afrontamiento, la socialización anticipatoria en la fase prejubilación y la adaptación que es constante y permanente tal como lo plantea Atchley. (Yanguas & Cols, 1998).

Ahora bien, en el proceso de adaptación al cambio se han considerado tres etapas: inicial, de asimilación y de proyección al futuro. (Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2008, págs. 179, 195). En la etapa inicial, se presenta un estado de shock ante la dejación del trabajo e inclusive desde que se reporta la novedad del retiro. De no ser manejado adecuadamente puede cronificarse el estado de malestar. La manera como se produce la desvinculación laboral si es obligada o voluntaria, si estaba previsto o es imprevisto y qué tanto se afectan los ingresos son decisivos para hacer traumático o no el retiro.

En la etapa de asimilación se vive el proceso de duelo y que de ser normal se torna necesario para la resignificación de la pérdida de status laboral y sus efectos a nivel psicosocial económico y de relaciones personales y familiares.

En la tercera etapa de proyección hacia el futuro, ocurre el enfrentamiento a los nuevos retos y la incorporación de roles distintos a los desempeñados en el mundo laboral. Según las observaciones realizadas en el estudio de participación social de las personas mayores (Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2008) interviene, como factor decisivo, la capacidad de asimilación al cambio de cada persona jugando un papel preponderante las habilidades para la vida." Asimismo, resulta también determinante el modo en que reaccione el entorno familiar y social ante la nueva situación de uno de sus miembros" (Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2008).

Respecto a las expectativas de futuro," detectamos dos actitudes básicas:

una participativa y otra individualista. La actitud participativa y entusiasta contribuye a generar una respuesta que facilita la integración familiar, social y comunitaria. La actitud individualista está marcada por la insatisfacción y tiende a dificultar la creación de una alternativa potencialmente superadora" (Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2008)

Todas las etapas asociadas a la prejubilación tienen como referente a la jubilación porque es la representación institucional que más se aproxima a su situación de pasividad laboral.

En cambio, los términos lingüísticos prejubilación y desvinculación, son conceptos de uso reciente en tanto no aparecen en el imaginario social como figuras con significados propios, precisos y consolidados, tal como aparece la jubilación.

De manera individual, los pasos previos para afrontar debidamente el retiro son: prever la potencial problemática e identificarla y analizar sus consecuencias, informarse de los recursos disponibles y generar habilidades de afrontamiento, generar alternativas para la realización de actividades, elegir alternativas planificar y ejecutar el plan.

En cuanto al ámbito laboral, el cumplimiento de la norma pero también el cambio de mirada organizacional respecto de la valoración de los trabajadores ha conllevado a considerar la importancia de invertir en el talento humano y en los planes de carrera pues es claro que "en la medida que una persona pueda conocer sus expectativas de trabajo reales, podrá afrontar mejor el último periodo de desarrollo profesional, siendo además de esta manera mejor transmisor de su experiencia y "knowhow" a otros profesionales, sintiéndose más seguro y cómodo" (Torres Ruíz). Para evitar el impacto de esos cambios bruscos e intentando reducir los efectos es que se habla de un modelo transicional que facilite la adecuación y adaptación de nuevas experiencias.

El Modelo de preparación al retiro laboral como proceso tiene como objetivo general: Favorecer el mejoramiento de la calidad de vida de los pre jubilados y la toma de decisiones respecto de su futuro, mediante el acompañamiento en la construcción y/o fortalecimiento del proyecto vital que involucre las áreas de salud física y mental, relaciones familiares y sociales, la psicoafectividad, reforzando sus potenciales, creatividad y utilización del tiempo libre.

Objetivos específicos

•Brindar información para una mejor comprensión del proceso de jubilación y de los cambios y transformaciones que ello implica.

•Posibilitar un conocimiento de las potencialidades de aprendizaje de que se dispone.

•Favorecer a través de la información brindada, la manera de desaprender los prejuicios e ideas erróneas que acerca de la jubilación están instalados en el imaginario.

•Propender por la creación y mantenimiento de redes sociales de apoyo.

•Suministrar herramientas que le permitan apropiarse de su nuevo rol como sujetos de derecho.

Las áreas del proceso cognitiva, conductual, psicoafectiva y social tienen una manera de abordaje en la prejubilación, la jubilación en sí misma y la post jubilación: se pretende que las organizaciones no solo atiendan la pre jubilación sino que desde las áreas de desarrollo de personal se cuente con atención a los jubilados y se estructuren planes de seguimiento.

Metodología

Se parte del análisis situacional conjuntamente con los participantes y se exige un trabajo personal y grupal acompañado de un equipo interdisciplinario formado en gerontología y capacitado en trabajo en equipo con enfoque intergeneracional. De manera sucinta las fases del proceso en cada uno de los momentos descritos son:

- Seminario de inmersión.
- Talleres participativos.
- Propuestas lúdicas y creativas.
- Sesiones de Evaluación.
- Retroalimentación constante a través de actividades extra sesión.
- Aplicación de Tecnologías de la Información.
- Reporte y entrega de evidencia fílmica durante la totalidad de actividades.

Conclusiones

- La importancia de continuar su vida como ser productivo después del retiro de la vida laboral.
- La necesidad de vincular a la familia en los procesos de preparación al retiro laboral.
- Importancia de los procesos constantes de actualización y aprendizaje de nuevas herramientas y tecnologías (TICs)

- Capacidad de adaptarse al cambio y vivenciar la importancia de la convivencia intergeneracional
- Es prioritario ampliar la mirada con enfoque intergeneracional y obtener de las organizaciones la designación de recursos financieros y físicos para el desarrollo de modelos propios de atención a sus trabajadores y jubilados mediante la coordinación y articulación con las Cajas de Compensación en especial para la post-jubilación.
- El concepto de familia debe flexibilizarse acorde con la situación actual y fortalecerla como eje fundamental de bienestar.
- Profundizar en el análisis de las ocupaciones en la vida laboral en razón a que son determinantes del grado de satisfacción

Referencias bibliográficas

Forteza, J. A. (1990). Artículo la preparación para el retiro laboral anal de psicología.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2008). Participación Social de las personas Mayores . Bloque III Prejubilación y desvinculación laboral. Madrid.

Leturia Arrazola, F. (Octubre de 1998). Jubilación y calidad de vida. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 33(90). Madrid.

Torres Ruíz, M. (s.f.). Articulo Orientación Psicológica en procesos de Jubilación. Revista de Psicología on line.

Yanguas, & Cols. (1998). Citando a Atchley. Intervención Psicosocial en Gerontología. Manual Práctico Caritas. Madrid.

Alimentación y nutrición del adulto mayor desde la perspectiva de la funcionalidad

Mylene Rodríguez Leyton

Introducción

Esta ponencia presenta los aspectos generales de la alimentación y nutrición del adulto mayor, se describen los cambios fisiológicos, las interrelaciones con la funcionalidad y aspectos psicosociales, se detallan los métodos e indicadores para evaluar el estado nutricional y algunas herramientas de tamizaje para identificar el riesgo nutricional en comunidad. Se especifican las Recomendaciones de Calorías y Nutrientes para los adultos sanos en Colombia y de establecen recomendaciones alimentarias.

Desde el punto de vista demográfico se considera que los adultos mayores corresponden a las personas de 60 años y más, los cuales se estimaron en Colombia en un 8,9 % de la población (DANE, 2005), desde el punto de vista epidemiológico, este grupo de población presenta unas características de mayor vulnerabilidad en cuanto a los aspectos alimentarios y nutricionales; la alimentación adecuada es un factor protector para un envejecimiento saludable que depende en gran medida de condiciones y estilos de vida adoptados desde la infancia y juventud.

La población adulta mayor presenta cambios fisiológicos y morbilidades que afectan su bienestar, calidad de vida y limitan su funcionalidad; se encuentran más expuestos a condiciones de vulnerabilidad por la edad, el género, estado civil; sumado a factores como la dependencia, pasan de ser jefes de familia a formar hogares autónomos o ser dependientes en hogares multigeneracionales u hogares institucionales; factores que afectan su alimentación y su estado nutricional.

La alimentación es un proceso biopsicosocial que guarda estrecha relación con los cambios que en las diferentes dimensiones presentan los adultos mayores, la alimentación es causa de varias de las situaciones patológicas que presentan los adultos mayores y a su vez se ve afectada por las condiciones de salud y aspectos sociales y psicológicos que rodean su vida.

Resulta paradójico que los adultos mayores que dedicaron buena parte de su vida productiva al cuidado y alimentación de sus hijos y nietos no solo

como proveedores de alimentos sino como satisfactores de esta necesidad básica ligada a significados afectivos y sociales, en esta etapa del ciclo vital no puedan disfrutar de una alimentación apropiada sea por causas primarias como dificultades económicas para acceder a una adecuada alimentación o por causas secundarias como la dependencia, morbilidades y síndromes geriátricos que sumados a los cambios funcionales sistémicos les impiden el consumo y aprovechamiento de una alimentación que les permitan satisfacer sus requerimientos nutricionales mínimos.

En cuanto al estado nutricional, son frecuentes las deficiencias nutricionales que se generan a consecuencia de la falta de funcionalidad del aparato digestivo, disminución de la capacidad masticatoria, disminución del gusto y el olfato, pérdida del apetito, entre otros; los cuales se suman a aspectos psicosociales como el aislamiento social, dificultad para el acceso a una alimentación adecuada y variada; también se presentan sobrepeso y obesidad asociados a morbilidades o síndromes geriátricos.

Es relevante para los profesionales, familia y personal institucional que se relacionan con el cuidado de los adultos mayores conocer los factores asociados a la alimentación y nutrición, con el fin de anticiparse y prevenir sus efectos negativos sobre la funcionalidad y estado de bienestar.

Esta ponencia presenta una revisión de los referentes normativos y conceptuales sobre la atención del adulto mayor y revisión científica de la literatura sobre los aspectos nutricionales, las recomendaciones alimentarias del adulto mayor y los métodos y técnicas indicados para la medición del consumo de alimentos y la evaluación del estado nutricional en esta etapa del ciclo vital.

Se enfoca en identificar los cambios que afectan la funcionalidad del adulto mayor y la relación con su estado nutricional, se presentarán los indicadores utilizados para la evaluación nutricional y sus limitaciones, las recomendaciones nutricionales; con el propósito de suministrar orientaciones que sirvan de guía para prevenir el deterioro del estado nutricional y contribuir en la mejor funcionalidad física y cognitiva que repercutan en un estado de salud, bienestar y calidad de vida.

Marco referencial

El proceso de transición demográfica que se experimenta en el Colombia y el mundo, se evidencia en una menor participación de la población infantil y mayor participación de los adultos mayores, debido al descenso en las tasas de fecundidad; situación que ha llevado a prestar atención a las políticas públicas y atención en salud de este grupo de población, con el propósito de minimizar la vulnerabilidad generada por la pobreza, la exclusión, la desigualdad en el ejercicio de los Derechos, así como las condiciones de salud y nutrición que afectan su calidad de vida (Roncancio B., 2014).

De acuerdo con las proyecciones de población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE-, la población mayor de 60 años en el Departamento del Atlántico es de 9,9 % y en el Distrito de Barranquilla es de 11,0%; la esperanza de vida es de 73 años (DANE, 2014)

A nivel Normativo Colombia cuenta con la Ley 1251 de 2008, que tiene por objeto: “proteger, promover, restablecer y defender los derechos de los adultos mayores, orientar políticas que tengan en cuenta el proceso de envejecimiento, planes y programas por parte del Estado, la sociedad civil y la familia y regular el funcionamiento de las instituciones que prestan servicios de atención y desarrollo integral de las personas en su vejez” (Congreso de la Republica, 2008); así mismo la Ley 1315 de 2009 busca “garantizar la atención y prestación de servicios integrales con calidad al adulto mayor en las instituciones de hospedaje, cuidado, bienestar y asistencia social” (Senado de la República de Colombia, 2009)

La Política Nacional de Envejecimiento en Colombia, pretende visibilizar e intervenir la situación del envejecimiento y la vejez en el periodo 2007-2019, está dirigida a la población mayor de 60 años, en especial la que se encuentra en mayores condiciones de vulnerabilidad social, económica y de género, (Política nacional de envejecimiento y vejez. 2007- 2019, 2007), se enfoca en cuatro ejes:

- Promoción y Garantía de los Derechos Humanos de las Personas Mayores
- Protección Social Integral
- Envejecimiento Activo
- Formación del Talento Humano e Investigación

Para dar cumplimiento a las políticas y normas de atención y protección al adulto mayor y dar respuesta a las necesidades de intervención integral, en lo que a nutrición se refiere, es preciso conocer los factores que determinan la situación alimentaria y nutricional de este grupo poblacional con el fin de garantizar condiciones de bienestar y mejorar su calidad de vida.

Los adultos mayores presentan cambios en el organismo sumados a condiciones patológicas y síndromes geriátricos que afectan su alimentación y su nutrición, al generar síntomas como pérdidas Sensoriales, efectos sobre la salud oral, cambios en la función gastrointestinal, metabólica, cardiovascular, musculo esquelética, neurológica, capacidad inmunológica, desempeño cognitivo y discapacidades como la ceguera, sordera, trastornos mentales, problemas motores; a los cuales se suman factores sociales como el aislamiento social, la viudez, la pobreza y la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles con los efectos del uso de medicamentos.

En los adultos mayores existen factores que pueden modificar el estado nutricional; el Gasto metabólico basal disminuye a partir de los 60 años y esta

disminución se correlaciona estrechamente con una disminución de la masa corporal.

El estado nutricional es un claro indicador de fragilidad en los adultos mayores e influye en gran medida en la capacidad para afrontar las enfermedades, teniendo en cuenta que el 85% de los adultos mayores tiene una o más enfermedades crónicas y el 30% más de tres.

Es preciso conocer e intervenir en los diferentes niveles de prevención estos cambios y establecer medidas para evitar o detener sus efectos sobre el estado de nutrición, la funcionalidad y el estado de salud de la población adulta mayor. Una intervención efectiva de este grupo poblacional bien sea a nivel individual o colectivo implica el conocimiento y las habilidades para aplicar las herramientas de atención que se adapten a la situación particular y el trabajo interdisciplinario del equipo de profesionales.

Marco conceptual

Estado nutricional.

El balance en la ingesta de nutrientes y el gasto necesario para cubrir las necesidades fisiológicas óptimas genera como resultado el Estado nutricional; el disbalance entre la ingesta y el gasto ocasionan desnutrición o sobrepeso y obesidad.

En los adultos mayores se observa la doble carga de la malnutrición (Acosta, 2015), algunos presentan desnutrición y otros sobrepeso y obesidad, las dos situaciones constituyen estados de malnutrición, que se asocian a mayores riesgos de morbimortalidad, infecciones, caídas y fracturas, estancias hospitalarias prolongadas, empeoramiento de enfermedades agudas o crónicas y deterioro de la calidad de vida (Varela P, 2013).

Métodos de Evaluación de consumo de alimentos y Estado nutricional.

Debido a los cambios que se presentan en la etapa del ciclo vital de los adultos mayores, los métodos de evaluación de consumo de alimentos y de evaluación nutricional deben ser utilizados con las precauciones necesarias; los cuestionarios de frecuencia alimentaria y el Recordatorio de 24 horas pueden ser poco representativos y generar errores sistemáticos o aleatorios y subestimar la ingesta dietética (Riobó, 2015).

La literatura científica sugiere la evaluación de la malnutrición y la OMS particularmente recomienda el uso del índice de masa corporal, el índice cintura-cadera; otros autores prefieren el uso de la Evaluación funcional como predictor del estado nutricional, sugiriendo medir la velocidad de la marcha y la fuerza de prensión medida con el dinamómetro (Riobó, 2015).

La evaluación nutricional debe ser práctica, de fácil realización no

invasiva, bien tolerada, que no requiera el uso de dispositivos o exámenes complementarios, aplicable a individuos en reposo y que tengan la sensibilidad y la especificidad apropiada (Riobó, 2015). Así mismo, se debe considerar la condición de salud, presencia de síndromes geriátricos y funcionalidad para individualizar la evaluación nutricional y manejo nutricional del adulto mayor.

Cambios en el organismo que afectan la alimentación y la nutrición.

El adulto mayor presenta cambios que afectan su capacidad funcional y guardan relación con su estado nutricional, entre los más relevantes se pueden mencionar los siguientes:

Pérdidas Sensoriales. Los adultos mayores presentan pérdida de los sentidos del tacto, el oído, el gusto y el olfato; estos últimos generan cambios en la percepción de los sabores y textura de los alimentos y en algunos casos, disminución del apetito.

Salud oral. Se presenta disminución en la producción de saliva y pérdida de piezas dentales, sustituidas por el uso de prótesis lo cual genera disminución en la eficiencia de la masticación; hay atrofia de papilas gustativas, boca seca con dificultad para la masticación, formación del bolo y deglución.

Función digestiva. Se presentan algunos cambios a nivel del aparato digestivo que afectan su funcionalidad, los adultos mayores presentan menor tono del esfínter esofágico superior. Además retraso de la relajación tras deglución e incrementos en la presión de contracción faríngea, se puede presentar una disminución de lactasa lo que ocasiona intolerancia a la leche y sus derivados (Socarrás, 2009).

La disminución de los jugos gástricos y pancreáticos afecta la digestión de las proteínas y aumenta el tiempo de vaciamiento para líquido.

En cuanto a la motilidad gastrointestinal existe retraso del tránsito intestinal; se presenta disminución de la absorción de calcio, disminución en la concentración de receptores para Vitamina D; los movimientos del intestino son más lentos lo que disminuye la eficiencia en la evacuación intestinal.

Función metabólica. Los cambios en composición corporal con acumulación de grasa visceral, se asocian a hiperinsulinemia, que es un factor de riesgo independiente de cardiopatía coronaria.

El proceso de envejecer se asocia a pérdidas de líquido intracelular y extracelular, unido a la atenuación en el mecanismo de la sed asociada a la edad, por lo que ocasiona mayor riesgo de pérdidas, deshidratación y aumento de la vulnerabilidad de los diferentes órganos y sistemas.

Función musculo esquelética. Se presentan cambios en la composición corporal como disminución de la estatura, masa corporal y densidad ósea, incrementando el riesgo de fracturas y osteoporosis.

Función cardiovascular. Disminuye la elasticidad de las venas y arterias

con lo que se aumenta el riesgo de hipertensión arterial. Así mismo, se elevan los niveles de colesterol en sangre, incrementando el riesgo de aterioesclerosis.

Función renal. Menor capacidad de respuesta a los cambios e hidratación; menor capacidad para manejar los productos de desecho de las proteínas y los electrólitos.

Función neurológica. Disminución leve del número de neuronas, establecimiento de nuevas conexiones neuronales entre las células restantes y formación de nuevas neuronas en otras áreas del cerebro.

Capacidad inmunitaria. La capacidad inmunitaria disminuye con la edad y genera menor resistencia a las infecciones.

Discapacidad. Algunas limitaciones en los adultos mayores son la ceguera, sordera, trastornos mentales, problemas motores.

Estado nutricional del Adulto Mayor.

Desempeño cognitivo. la ingesta adecuada de nutrientes se relaciona positivamente con el estado nutricional de los adultos mayores y con el desempeño cognitivo, reflejado en las funciones receptivas, de memoria y de aprendizaje, pensamiento y funciones expresivas, en adultos mayores, en Monterrey (México) se encontró que a mayor consumo de energía, proteínas, carbohidratos, niacina y cobalamina, mejor fue el desempeño cognitivo y a mayor ingesta de nutrientes mejor estado nutricional (Celestino, 2008).

Desnutrición. Actualmente se observan limitaciones para evaluar la desnutrición, cada vez se hace más evidente la necesidad de una alimentación adecuada para un envejecimiento saludable; la desnutrición genera consecuencias como alteración de la función muscular, disminución de la masa ósea, disminución de la función inmunitaria, anemia, alteraciones cognitivas, pobre cicatrización, mayor riesgo de morbilidad y hospitalización, baja capacidad de recuperación posterior a una cirugía y efectos sobre el bienestar general y la calidad de vida (García, Malnutrición en el anciano. Parte I: desnutrición, el viejo enemigo, 2012).

Después de los 50 a 60 años de edad se presenta un descenso de peso, reflejado en el Índice de Masa Corporal; pérdidas de peso con estados iniciales de delgadez son de mal pronóstico para la salud de los adultos mayores; las pérdidas de peso en los adultos mayores están representadas por pérdida de grasa y de masa magra; por este motivo las indicaciones de pérdidas de peso deben estar orientadas a metas específicas como mejorar la movilidad.

Causas No fisiológicas

Factores intrínsecos. la desnutrición puede ser originada en factores propios del adulto mayor como son la Salud bucal, por presencia de úlceras

orales, candidiasis oral, mala dentición; aspectos gastrointestinales como la esofagitis, estenosis esofágica, acalasias, úlcera péptica, gastritis atrófica, estreñimiento, colitis, malabsorción; aspectos neurológicos como la enfermedad de Parkinson, enfermedad cerebrovascular, demencia; aspectos psicológicos como el alcoholismo, depresión, duelo; aspectos endocrinos: distiroidismo, hipoadrenalismo, hiperparatiroidismo y otras condiciones médicas: insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, artropatías inflamatorias, tumores, infecciones.

Factores extrínsecos. Corresponden a los factores del entorno que rodea a los adultos mayores tales como factores sociales: pobreza y al aislamiento y falta de soporte social afecta el cumplimiento de sus requerimientos nutricionales, consumo de fármacos: los medicamentos generan efectos secundarios que afectan la alimentación y el estado nutricional del adulto mayor, debido Náuseas y vómito, Anorexia, Saciedad Temprana, limitación de la capacidad de alimentarse, disfagia, estreñimiento, diarrea y hipermetabolismo.

Causas fisiológicas

Algunas de las causas fisiológicas de la desnutrición en el adulto mayor son la Sarcopenia: pérdida de masa muscular en calidad y fuerza, ocasionada por disminución de la actividad física, alteraciones hormonales, disminución del aporte proteíco- calórico de la dieta, la anorexia, secundaria a la disminución del sentido del gusto; alteraciones del gusto y el olfato; mecanismos intestinales como llenado gástrico más lento y retraso en el vaciamiento gástrico, mecanismos neuroendocrinos, se presentan resistencia a la grelina y a la leptina, disminución de la testosterona y otros andrógenos.

El incremento de las citoquinas secretadas en respuesta al estrés oxidativo: procesos malignos, infección, enfermedades crónicas

Obesidad. La prevalencia de Obesidad ha venido en aumento desde edades tempranas y se asocia con mayor riesgo cardiovascular, presencia de diabetes, hipertensión y otras enfermedades crónicas; así mismo aumenta el riesgo de discapacidad física y cognitiva (García, 2012). El tratamiento de la obesidad en los adultos mayores no está contraindicado siempre y cuando tenga en cuenta la prevención de efectos adversos sobre la masa muscular, la densidad ósea, deficiencias de micronutrientes.

Durante esta edad se presenta una mayor acumulación de grasa, sumada a una menor actividad física, disminución de la tasa metabólica basal y del efecto termogénico de los alimentos.

Los aspectos hormonales intervienen en la acumulación y distribución de la grasa corporal en este grupo de edad, es así como los péptidos gastrointestinales como la grelina, la colecistocinina, el glucagón, el péptido 1

ligado al glucagón y la leptina intervienen en la regulación del apetito y la saciedad.

El exceso de peso se asocia con la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles, alteraciones en la función pulmonar y en la función renal, mayores días de estancia hospitalaria, mayor discapacidad física y cognitiva, dependencia e institucionalización.

La obesidad sarcopénica en los adultos mayores, la sarcopenia o pérdida de masa muscular, genera disminución de la fuerza.

Evaluación nutricional del adulto mayor. No hay una herramienta estándar para evaluar el estado nutricional del adulto mayor, es útil una combinación, existen instrumentos sencillos que pueden contribuir en la identificación de factores de riesgo como por ejemplo el Cuestionario Nutricional Simplificado para el apetito, el cual ha mostrado una sensibilidad y especificidad superior al 75 % para predecir una pérdida de peso futura (García, Malnutrición en el anciano. Parte I: desnutrición, el viejo enemigo, 2012).

Antropometría. Las medidas más frecuentemente utilizadas son: el peso, la talla, los pliegues subcutáneos como el tricipital, subescapular y supra iliaco; así mismo, las circunferencias de brazo, cintura, cadera y pantorrilla y el diámetro de la muñeca. El peso y la talla son mediciones útiles como indicadores del estado nutricional global.

Existen debates alrededor de la definición estándares adecuados, no es fácil estimar la composición corporal debido a la redistribución de grasa subcutánea hacia el tejido visceral; otra de las limitaciones es la medición de la talla dadas las alteraciones de la columna vertebral. Estas medidas sin embargo son útiles cuando se utilizan combinadas y no de manera aislada para obtener una descripción del estado nutricional.

Peso corporal.

Es un indicador sensible del estado nutricional de un individuo; las pérdidas de peso mayores a 5 % en un mes o 10 % en seis meses se asocian con mayor tiempo de estancia hospitalaria y mayores tiempos de rehabilitación. El peso es un indicador necesario pero no suficiente para medir la composición corporal la comparación del peso actual con pesos previos es útil para la predicción de discapacidad en personas de edades avanzadas.

Una pérdida de peso mayor a 20 % del peso en seis meses y un índice de masa inferior a 22 son sugestivos de desnutrición y más probables si es inferior a 18,5 kg/m2. ; el análisis aislado del peso presenta limitaciones en personas con edema, o en pacientes con alteraciones cognitivas que no pueden recordar su peso habitual o reciente.

Otras medidas antropométricas

La medición del pliegue del tríceps es un indicador de los depósitos de grasa.

La medición de la circunferencia media del brazo es un indicador de los depósitos de proteína.

Estas medidas presentan limitaciones en casos de personas con edema o la carencia de valores de referencia ajustados a la edad, al género y al género.

El Índice de Masa corporal o Índice de Quetelec, es útil para evaluar tendencias del estado nutricional y permite estimar la masa corporal. De acuerdo con la OPS los puntos de corte para el índice de masa corporal en adultos mayores no se encuentran bien definidos pero se propone como margen de normalidad 23 a 28 kg/m2 .Los niveles significativamente más altos o más bajos de estas cifras se consideran asociados a factores de riesgo.

La Circunferencia De La Cintura, valores de más de 88 cm en la mujer y 102 cm en el hombre, están asociados con un riesgo sustancialmente aumentado de complicaciones metabólicas.

El Índice cintura- talla, Es el resultado de la circunferencia de la cintura sobre la talla, este índice se asocia con factores de riesgo de obesidad y síndrome metabólico; es útil para identificar riesgo metabólico asociado a obesidad central, aún en personas con índice de masa corporal normal.

Diámetro sagital del tronco: esta medida se toma con la persona ubicada en posición decúbito y es diámetro máximo del abdomen en el plano sagital; ha mostrado ser un mejor indicador de la grasa visceral que la circunferencia de la cadera en adultos mayores de 70 años.

Evaluación bioquímica

Proteínas. La medición de las proteínas plasmáticas permite deducir el tiempo de evolución del estado nutricional, de acuerdo a la vida media de cada una de ellas; la albúmina tiene una vida media más larga – 18 días- por lo que es un buen marcador para la desnutrición aguda; la transferrina tiene una vida media de 8 días, su medición se asocia con estados tempranos de desnutrición. Estudios de la OMS han demostrado bajas prevalencias de hipoalbuminemias (3,5 gr/dl) o menos) en adultos con buena capacidad funcional y que viven en comunidad; niveles de albúmina menores a 3.5 g/dl, tienen un valor significativo como indicador nutricional cuando no miden otros factores patológicos.

Hemoglobina y Hematocrito. Se utilizan para identificar presencia de anemia; estudios han reportado prevalencia de anemia en adultos mayores se

recomiendan los valores de referencia (Organizacion Mundial de la salud, 2011), según los cuales los valores normales con para Mujeres no embarazadas de 15 o más años es de 120 mgr/litro o superior y para hombres 130 o más gr/litro.

Perfil lipídico. Es un indicador de riesgo cardiovascular aceptado tanto en adultos como en adultos mayores; se ha demostrado que al corregir este factor, disminuye el riesgo de enfermedad cardiovascular. En adultos mayores con cifras de colesterol total superiores a 200 mg/dl; colesterol HDL inferiores a 40 mg/dl y triglicéridos superiores a 150 mg/dl. Se indica tratamiento.

Glicemia e Hiperinsulinemia. En el adulto mayor se presentan cambios metabólicos, intolerancia a la glucosa que ocasiona efectos sobre los lípidos plasmáticos y sobre la presión arterial, generando como consecuencia hiperinsulinemia; los cambios en la composición corporal con mayor acumulación de grasa visceral se asocian también a niveles de insulina más altos.

Se sugiere mayor adecuación del peso corporal con reducción de grasa y aporte de carbohidratos complejos y mejoría de la acción de la insulina con el ejercicio físico y el entrenamiento muscular.

Evaluación inmunológica

Cuando se presenta deficiencia de nutrientes esenciales se afectan los mecanismos inmunológicos como los niveles de inmunoglobulinas, respuesta inflamatoria, producción de fagocitos, inmunidad secretoria, función del complemento; mecanismos que se recuperan con la mejora en la ingesta de nutrientes y recuperación nutricional.

La presencia de enfermedades infecciosas es sugestiva del estado de las defensas corporales. Se realizan pruebas de hipersensibilidad celular para medir la inmunidad celular y se usan como pronóstico de normalidad. Se utilizan antígenos como estreptoquinasa, cándida, tricofitón, paperas y tuberculina. Valores iguales o superiores a 5 mm se consideran positivos.

Recuento total de linfocitos en sangre periférica. Cuando hay presencia de desnutrición se alteran la estructura, componentes, peso y tamaño de órganos como el bazo, el timo y los nódulos linfáticos. Disminuye el número total de linfocitos en sangre a valores inferiores a 1500 linfocitos por mm3 .Su interpretación como indicador del estado nutricional es limitada dado que puede alterarse por otras variables.

Medidas de la función corporal. La desnutrición afecta la función musculo esquelética, por lo tanto esta puede utilizarse como marcador de la desnutrición.

Evaluación clínica

Evaluación global subjetiva. Incluye cuatro aspectos: historia médica y dietética, evaluación de la funcionalidad y examen físico y clasifica el estado nutricional en tres niveles (García, Malnutrición en el anciano. Parte I: desnutrición, el viejo enemigo, 2012).

Nivel A: Cambio mínimo en la ingesta de alimentos, mínimo cambio en la función corporal y peso corporal estable.

Nivel B: se observan claras evidencias de la disminución de la ingesta alimentaria, algunos cambios funcionales, no se encuentra disminución del peso corporal.

Nivel C: se presenta una disminución significativa del peso corporal, reducción significativa del consumo de alimentos, disminución en la función física

Las limitaciones de este método se relacionan con la inexactitud de la información suministrada de manera subjetiva por los adultos mayores.

Herramientas de tamizaje en la Comunidad.

Con el propósito de detectar riesgo nutricional a nivel comunitario se han desarrollado varias herramientas de tamizaje entre las que se pueden mencionar las siguientes:

Evaluación nutrimental mínima (MNA). Es un instrumento diseñado para detectar riesgo nutricional a partir de la medición de 18 variables que incluyen mediciones de antropometría, evaluación global, dietética y subjetiva. Los resultados se evalúan de 24 a 30, sin riesgo; de 17 a 23 con riesgo y menores de 17 con desnutrición

Además de conocer el riesgo nutricional el instrumento permite identificar necesidades de intervención y en algunos casos complementar con evaluación bioquímica (Organización Panamericana de la Salud).

Mini tamizaje nutricional ó Nutritional Screening Initiative –NSI. (Organización Panamericana de la Salud)-: Es un cuestionario sencillo que contiene 10 preguntas para identificar el riesgo nutricional de los adultos mayores en la comunidad; cada una de las preguntas tiene un puntaje asignado; los resultados se interpretan así:

La persona no tiene riesgo nutricional: 0- 2

La persona se encuentra en riesgo nutricional moderado: 3- 6

La persona se encuentra en riesgo nutricional alto: Mayor de 6

Escala de Payyette. Es una herramienta de uso en comunidad, en especial con aquellas personas que han perdido autonomía, tiene un buen valor predictivo del riesgo nutricional (Organización Panamericana de la Salud). El riesgo se clasifica de acuerdo al puntaje en:

Riesgo Elevado: 6 - 13 puntos. Se recomienda ofrecer auxilio en la preparación de comidas y consultar con un profesional de nutrición

Riesgo Moderado: 3 -5 puntos. Se recomienda supervisión constante en la alimentación, seguimiento para motivar.

Riesgo bajo: 0- 2 puntos. Vigilar la aparición de factores de riesgo.

En Costa Rica se encontró que la pérdida de apetito, el riesgo de depresión y el IMC, son predictores fuertes para riesgo nutricional, hallazgos similares demostrados por otros investigadores (Barrientos, 2014)

Alimentación en adultos mayores sanos.

Recomendación de Ingesta de Energía y Nutrientes

A continuación se presentan las Recomendaciones de Ingesta de Energía y Nutrientes (RIEN) para adultos mayores de Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), considerando que estos aplican para población aparentemente saludable, en situaciones especiales deberán realizarse los ajustes por parte de los profesionales, con el fin de lograr la adecuación nutricional, prevenir el déficit y evitar efectos adversos para la salud por exceso en la ingesta.

Requerimientos de Energía. De acuerdo con las RIEN, es la cantidad de energía que debe suministrar la dieta para mantener su balance según edad, género, estatura, peso y un grado de actividad física compatible con buena salud a largo plazo. Los componentes del requerimiento de energía para el adulto mayor son: el Metabolismo Basal, la respuesta metabólica a los alimentos (ECA) y la actividad física.

Proteínas. El Aporte Dietético Recomendado de proteína para hombres y mujeres adultos mayores es de 1.1g/Kg de peso corporal al día y el Rango Aceptable de Distribución del valor calórico es de 14 a 20 %.

Una ingesta inadecuada de proteínas puede contribuir a la pérdida progresiva de masa muscular o sarcopenia del adulto mayor.

Grasas. El rango Aceptable de Distribución del valor calórico para adultos mayores de ambos sexos es del 20 a 35 % del valor calórico total.

La ingesta adecuada de ácido Linoleico es de 14 gr/día para hombres y 11 gr/día para mujeres.

La ingesta adecuada de Ácido a-Linolénico es de 1,6 gr/día para hombres y 1,1 gr/día para mujeres.

Carbohidratos. El Aporte Dietético Recomendado es 130 gr/día para adultos mayores de ambos sexos y el rango Aceptable de Distribución del valor calórico para adultos mayores de ambos sexos es de 50- 65 % del valor calórico total.

Fibra. La Ingesta Adecuada es de 30 gr/día para hombres y de 21 gr/día para mujeres.

El contenido de fibra y el bajo índice glicémico disminuyen el riesgo de diabetes mellitus no insulino-dependiente.

Vitaminas y antioxidantes. La importancia de las vitaminas radica en su papel específico y en su efecto antioxidante por su participación en la inactivación de los radicales libres, en un sistema de defensa en el que participan la Vitamina C, el beta caroteno, la Vitamina E y el Licopeno.

Vitamina A. Se denomina vitamina A al retinol en sus diversas formas de configuración cis o trans y a las provitaminas entre ellas los carotenoides como el licopeno y el betacaroteno. El Aporte Dietético Recomendado es de 900 ugr/día para hombres y 700 ugr/día para mujeres. Las principales fuentes de vitamina A con los lácteos, las carnes, el pescado; los carotenoides se encuentran en las frutas y verduras amarillas como la zanahoria, ahuyama, papaya, mango y el licopeno se encuentra en el tomate.

Vitamina D. El Aporte Dietético Recomendado es de 600 ug/día en hombres y mujeres de 50 a 70 años y 800 ug/dia en hombres y mujeres mayores de 70 años. Los requerimientos de vitamina D se ven aumentados para una adecuada mineralización ósea. Los requerimientos dependen de la síntesis mediada por la radiación solar. Alimentos fuentes de esta vitamina son los lácteos, huevos, el pescado.

Vitamina E. La Ingesta Aceptable es 10 mg/día para hombres y 7,5 mg/día en mujeres; con su efecto antioxidante podría potencialmente disminuir los efectos del Alzheimer. Se encuentra en los pescados, los aceites de oliva, de maíz, de girasol, de soya, las almendras.

Vitamina K. La Ingesta Aceptable es 70 ug/día para hombres y 60 ug/día en mujeres. Esta vitamina es un cofactor para la síntesis de proteínas que participan en la coagulación; es sintetizada por las bacterias del tracto intestinal; se puede encontrar en las verduras de hojas verdes frescas como el brócoli, la lechuga y la espinaca; así como en el hígado.

Vitaminas del Complejo B. La recomendación de las vitaminas del complejo B no cambia, sin embargo se encuentran disminuidas por baja ingesta.

El aporte Dietético Recomendado de vitaminas del complejo B, para Adultos mayores en Colombia, se encuentra a continuación:

La deficiencia de Tiamina produce deterioro de la función cognitiva, lo que se confunde con otras causas y no se suplementa.

La absorción de Vitamina B-12 disminuye por la presencia de gastritis atrófica propia de esta edad, la deficiencia de esta vitamina se relaciona con el deterioro cognitivo del adulto mayor y con la presencia de anemia.

Vitamina C. Denominada ácido ascórbico, se encuentra en la guayaba y

los frutos cítricos, participa en los procesos metabólicos y estructurales y sus cualidades antioxidantes en la prevención del cáncer, enfermedades cardiovasculares y procesos degenerativos. El aporte dietético recomendado es de 90 mg/día en hombres y 75 mg/día en mujeres.

Tabla 1. Aporte Dietético Recomendado

Vitamina	Unidad	Hombres	Mujeres
Tiamina	mg/día	1,2	1,1
Riboflavina	mg/día	1,3	1,1
Niacina	mg/día	16	14
Vitamina B6	mg/día	1,7	1,5
Folato	µg/día	400	400
Vitamina B12	µg/día	2,4	2,4

Fuente: Resolución No. 003803 2016, RIEN

Minerales

Calcio. El Aporte Dietético Recomendado es de 1000 mg/día en hombres de 50 a 70 años y 1200 mg/día para mujeres de 50 años y más y hombres mayores de 70 años.

Hierro. El Aporte Dietético Recomendado es de 13 mg/día para hombres y mujeres de 50 a 70 años y 12 mg/día para hombres y mujeres mayores de 70 años.

Zinc. El Aporte Dietético Recomendado es de 14 mg/día para hombres y mujeres de 50 a 70 años y 8 mg/día para hombres y mujeres mayores de 70 años.

Agua.

Para mantener la hidratación el adulto mayor debe ingerir agua, líquidos como zumos y jugos; con el fín de evitar complicaciones se recomiendan de 1,5 a 2 litros.

Recomendaciones alimentarias para una dieta sana en general en las personas mayores de 60 años

Es importante anotar que las pautas para la alimentación del adulto mayor no son rígidas ni estandarizadas debido a los cambios fisiológicos propios de la edad, se debe tener presente las situaciones patológicas y la presencia de síndromes geriátricos, con el propósito de realizar el soporte nutricional

apropiado a las características individuales de cada adulto mayor, con el objetivo que la alimentación cumpla los principios de ser: completa, equilibrada suficiente, adecuada, variada e inocua de tal manera que permita satisfacer los requerimientos nutricionales de cada individuo.

Algunas recomendaciones generales pueden ser las siguientes:

- Promover condiciones que permitan al adulto mayor disfrutar la comida.

- Ofrecer variedad de alimentos, que incluyan diariamente alimentos de todos los grupos: Carnes o equivalentes; pescados, huevos, leguminosas: 2 - 3 raciones; lácteos: 3 - 4 raciones; frutas: 2- 4; verduras y hortalizas: 2- 3; cereales: arroz, pasta, pan, galletas raciones de alimentos del grupo de cereales o papas; tubérculos y plátanos: 2- 3; grasa, principalmente aceite de oliva o de semillas para las preparaciones, agua: 1,5 – 2 litros (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2015)

- Considerar las preferencias de los adultos mayores.

- Evitar dietas excesivamente uniformes o basadas en una política de prohibiciones.

- Preparar los menús de acuerdo con los hábitos culturales del adulto mayor.

- Presentar los alimentos de formar atractiva y en las texturas adecuadas.

- Establecer un esquema de 4-5 comidas al día.

- Comer cantidades apropiadas para mantener un peso saludable.

- Motivar el consumo de frutas y verduras frescas: 5 porciones diarias

- Evitar el exceso de alimentos fuentes de grasa, especialmente grasa saturada.

- Realizar ejercicio físico moderadamente, como por ejemplo, caminatas y ejercicios en el círculo de adultos mayores o con la familia.

- Ingerir el contenido líquido de los alimentos para aprovechar sus minerales y vitaminas.

Actividad física.

La práctica regular de la actividad física, disminuye los factores de riesgo cardiovascular, la diabetes y reduce las limitaciones funcionales cuando se suma a la pérdida de peso contribuye a disminuir el deterioro cognitivo. La prescripción de la actividad física debe ser realizada con cautela considerando la capacidad funcional del adulto mayor.

Conclusiones

El estado nutricional de los adultos mayores guarda una estrecha relación con la funcionalidad y estado de salud y bienestar.

La evaluación del Estado nutricional de los adultos mayores, debe ser realizada considerando las limitaciones y sesgos que pueden generarse por las condiciones propias de este grupo de edad; se deben utilizar métodos y técnicas sencillas y aplicables, la evaluación de la funcionalidad es un buen predictor del Estado Nutricional.

La alimentación saludable desde épocas tempranas de la vida, es un factor protector para el estado nutricional

Los cambios fisiológicos del adulto mayor y la presencia de patologías o síndromes geriátricos son claves para determinar sus requerimientos nutricionales y recomendaciones de alimentación tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo que garanticen su consumo y aprovechamiento biológico y bienestar nutricional.

La intervención nutricional del adulto mayor debe realizarse de manera individualizada y considerando su estado nutricional, condiciones de salud, funcionalidad, presencia de síndromes geriátricos y se debe considerar el trabajo interdisciplinario.

Referencias

Acosta, L., Carrizo, E., Peláez, E. y Roque, T. (2015). Condiciones de vida, estado nutricional y estado de salud en adultos mayores, Córdoba, Argentina. Revista Brasileña Geriatría Gerontolontolgia, 18(1), 107-118.

Celestino, S., Salazar, G. y Novelo H. (Octubre de 2008). Nutrición y Desempeño cognitivo del adulto mayor. Aquichan, 8(2).

Congreso de la Republica. (2008). Ley 1251 de 2008.

DANE. (s.f.). Recuperado el 28 de 07 de 2016, de http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion: www.dane.gov.co

DANE. (2005). Recuperado el 28 de 07 de 2016, de http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-general-2005-1

García, Z. y Villalobos, S (2012). Malnutrición en el anciano. Parte II: obesidad, la nueva pandemia. Medicina Interna de México, 28(2), 154-161.

García. Z., y Villalobos, S. (Enero- Febrero de 2012). Malnutrición en el

anciano. Parte I: desnutrición, el viejo enemigo. Medicina Interna de México, 28(1).

Ministerio de Salud y Protección Social. (22 de Agosto de 2016). Resolución No. 003803.

Organizacion Mundial de la salud. (2011). Concentraciones de Hemogloibina para diagnosticar anemia y evaluar su gravedad. Obtenido del 17/07/2016.

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Valoración Nutricional del Adulto Mayor. Obtenido de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo5.pdf

Política nacional de envejecimiento y vejez. 2007- 2019. (2007).

Riobó, P., Sierra. P., Soldo R., Gómez. C., García. L., Serra.M., (2015). Consideraciones y recomendaciones en el caso de estudios nutricionales realizados en adultos mayores. Revista Española de Nutrición Comunitaria, Suplemento # 1, 81-87.

Roncancio, B., y Ardila, G. (2014). Alimentación, nutrición y envejecimiento: un análisis desde el enfoque social de Derechos. Rev Fac Med., 62(1), 73-79.

Senado de la República de Colombia. (2009). Ley 1315 de 2009. Bogotá, Colombia.

Socarrás, S., Bolet. A. (17 de 07 de 2009). http://scielo.sld.cu/scielo.php?scrip. Revista Habana de ciencias médicas, 8(1). Recuperado el 2016

Varela P,. (2013). Nutrición en el Adulto Mayor. Rev Med Hered., 24, 183-185.

Envejecimiento y funcionalidad del adulto mayor: reto para el fisioterapeuta

Olga Suárez Landazábal

Introducción

La OMS-OPS (2012) recalca que en el Siglo XX se produjo una revolución de la longevidad. La esperanza media de vida al nacer ha aumentado 20 años desde 1950 y llega ahora en un poco más de 65 años y se prevé que para 2050 haya aumentado otros 10 años. Por otra parte, la población adulta mayor va en aumento tal como lo muestran las cifras siguientes: En la región de las Américas en el año 2010 la población de 60 años y más alcanzó el 13.1% de la población total, y para el año 2025, la proporción de la población de 60 años y más ascenderá a 18.6%.

Igualmente en Colombia va en aumento, tal como lo expresa la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDS (2010), ya que entre las ENDS de 1990 y de 2010, la proporción de población de menores de 15 años bajó de 35 a 31%, en tanto que la población con 65 años y más aumentó de 5 a 7 por ciento; además describe la problemática del adulto mayor desde indicadores sobre la situación familiar, económica y el estado de salud general, haciendo sobre este último aspecto, una aproximación a la presencia de enfermedades y situación de discapacidad.

Es importante destacar que el envejecimiento es un proceso multifactorial, (biológico, psicoespiritual, social), pero fundamentalmente biológico. La importancia genética en la regulación del envejecimiento biológico es demostrada por la longevidad característica para cada especie. Sin embargo, la herencia solamente influencia alrededor del 35% de la variabilidad del tiempo total de sobrevida de una especie, mientras que los factores medioambientales son responsables del 65 % restante (Gómez Montes, 2002).

De acuerdo a lo anterior, el valor del medioambiente y de los hábitos saludables a lo largo de la vida tiene un gran peso en el envejecimiento. Ante esto, son de manejo individual ante todo los hábitos, ya que algunos aspectos medioambientales no se pueden modificar tan rápidamente por nuestra decisión como por ejemplo, un sistema de salud, una contaminación ambiental, pero en cambio los comportamientos habituales en torno a alimentación y actividad

física, que tienen una fuerte influencia en la salud, se pueden determinar como individuo.

Según el informe mundial de la discapacidad (OMS, 2011) el número de personas con discapacidad está creciendo. Esto es debido al envejecimiento de la población -las personas ancianas tienen un mayor riesgo de discapacidad- y al incremento global de los problemas crónicos de salud asociados a discapacidad, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos mentales. Se estima que las enfermedades crónicas representan el 66,5% de todos los años vividos con discapacidad en los países de ingresos bajos y medianos.

En Colombia, el DANE (2005) reportó que en lo concerniente a las personas mayores de 65 años, el 12,52% tenía limitaciones para moverse o caminar, el 3.35% tiene limitaciones para su autocuidado y el 2.53% para hablar. Comparando con la ENDS del 2010, se observa un incremento notable de la discapacidad del adulto mayor ya que el 53% de esta población tienen dificultad para caminar largas distancias, el 51% para permanecer de pie y el 40% tienen dificultades para realizar actividades de la vida diaria.

Dicha discapacidad se evidencia lógicamente en menor funcionalidad del adulto mayor, convirtiéndolo con el paso de los años en una persona cada vez menos independiente, lo que genera costos de diferente índole (económicos, sociales, psicológicos entre otros) para la familia y la sociedad. Frente a esto la demanda al sistema de salud es alta por la mayor presencia de enfermedades crónicas, malnutrición, marginación social, pérdida prematura de su capacidad funcional, entre otras (Ruiz-Dioses, Campos-León, Peña, 2008).

Para hablar de funcionalidad es relevante tener clara su definición, al respecto, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (OMS, 2001), la define como un término genérico que comprende las funciones corporales, las estructuras corporales, las actividades y la participación. Muestra los aspectos positivos de la interacción de una persona y el contexto tal como se muestra en la gráfica.

Concepto de funcionalidad

El contexto influye en gran medida en la discapacidad del individuo quien visto desde el modelo bio-psico-social es el centro de las interrelaciones entre las fundamentaciones biológicas, las motivaciones psicológicas y los condicionamientos sociales, donde el sustrato biológico determina la deficiencia, el sustrato personal la actividad personal y el sustrato social la participación social, todo ello en su interrelación reducen o generan la discapacidad.

Según Perez Duporte (2002) la funcionalidad es entendida como la capacidad que tiene la persona de desarrollar actividades propias de la vida

cotidiana, atenderse a sí mismo y desarrollarse en el medio familiar y comunitario. En la vejez el mantenimiento de la autonomía tiene gran incidencia en la calidad de vida; estos aspectos han sido abordados como actividades de la vida diaria.

Por otra parte, en cada caso particular la funcionalidad es distinta, por lo que dos personas con la misma condición podrían tener diferente nivel de funcionalidad. Tal es el caso de dos personas que se movilizan en silla de ruedas y una de ellas cuenta con una silla eléctrica y la otra con una silla manual, una estudia en un lugar que cuenta con rampas adecuadas y la otra lo hace en un espacio con rampas que tienen un nivel de inclinación que dificulta o imposibilita el subirlas con independencia, por lo que sus niveles de funcionalidad son diferentes aun cuando la condición física sea la misma.

La funcionalidad de la persona puede variar, dependiendo de las modificaciones que se den en los factores contextuales y las condiciones de salud. Un ejemplo lo encontramos en el caso de una persona sorda que habla Lengua de Señas y estudia en un lugar donde nadie sabe, lo que le dificulta la comunicación con sus compañeros y compañeras, profesores y profesoras, así como la comprensión de las lecciones.

Si se cambia el factor ambiental, de manera que las personas alrededor aprendan lengua de señas y cuente con un intérprete durante las lecciones, la funcionalidad de la persona variaría, aunque su limitación auditiva siga siendo la misma (Solano Murillo, 2007).

Fernández Garrido (2004) propone que la calidad de vida del anciano está determinada por la funcionalidad y la capacidad de permanecer independiente más que por la gravedad de una enfermedad determinada. La posibilidad de valerse por sí mismo cobra una gran importancia. La mayoría de los ancianos aceptan su proceso de envejecer siempre que sea con autonomía y control de las situaciones.

Funcionalidad y cambio por sistemas

Si se habla de funcionalidad es necesario tener presente que el envejecimiento es un proceso que merma ciertas capacidades, de ahí la necesidad de tener presente que los sistemas músculo-esquelético, cardiovascular y nervioso tienen mucho que ver en los cambios de las habilidades de los adultos mayores, especialmente en lo relacionado con el movimiento corporal humano.

A nivel del sistema músculo-esquelético los músculos se atrofian, disminuyen su masa, y la fuerza muscular pierde alrededor de un 15% entre los 30 y los 70 años, además los ligamentos, tendones, superficies articulares y tejido conectivo reducen su capacidad amortiguadora, por esta razón son

frecuentes la debilidad muscular y el aumento de la resistencia articular (Morelo Negrete, 2007).

La elasticidad y las fuerzas musculares disminuyen cerca del 50% en el octavo decenio de la vida. Los cambios consisten en la reducción de la masa muscular secundaria a reemplazo de fibras musculares por tejidos grasos. La disminución de la fuerza de los grupos musculares distales y proximales parece ser mayor en las extremidades inferiores, en especial los cuádriceps.

Para los ancianos esto constituye una dificultad cuando intentan ponerse de pie de una silla o del baño (Rodríguez García, Lazcano Bottello et. al. 2011).

La percepción de la vibración y la posición de las articulaciones de las extremidades inferiores ayudan a asegurar una marcha adecuada, con el paso de los años su disminución predispone a las caídas durante la deambulación, tanto es así que una de las razones más importantes de los cambios en la locomoción propios de la vejez es la disminución de la sensibilidad somestésica en miembros inferiores que explicaría toda esta gama de cambios (Morelo Negrete, 2007).

Los principales cambios que se producen en la marcha de las personas mayores son tres: disminución de la longitud de paso y aumento del ancho de apoyo, reducción de la cadencia e incremento de la fase de apoyo (Instituto biomecánica de Valencia, 2012), un menor desplazamiento vertical del centro de gravedad,

Esto, lleva a un incremento de más del doble del tiempo de soporte, también se observan alteraciones en la coordinación entre las extremidades superiores e inferiores, lo cual se incrementa conforme se avanza en la edad, según se reporta en estudios realizados en ancianos sanos. Estos cambios quizás ocurran con fines de autoprotección, y con el fin de mantener un consumo bajo de energía que permita compensar los defectos al caminar (D'Hyver, Gutierrez Robledo, 2006).

La reducción de la velocidad y el acortamiento del paso son más aparentes a partir de los 80 años, la mayoría de los trastornos al caminar se relacionan con una enfermedad subyacente y suelen hacerse más patentes cuando ésta progresa (Instituto biomecánica de Valencia, 2012).

En el sistema cardiovascular el aumento de la rigidez arterial es una de las características del envejecimiento. Ocurre como resultado de los cambios estructurales de la pared arterial, principalmente en las arterias de conducción (diámetro mayor a 300 micrómetros) y puede preceder el desarrollo de hipertensión arterial (Salech, Jara, Michea, 2011).

El sistema de conducción cardiaca suele verse afectado por disminución de células en el nodo sinusal, así como en su velocidad de conducción como marcapasos, de aquí la disminución de la frecuencia cardiaca máxima de acuerdo con la edad (D´Hyver, 2009).

Los cambios en el sistema nervioso incluyen pérdida neuronal variable, disminución de conexiones interdendríticas y de neurotransmisión colinérgica, disminución del flujo sanguíneo cerebral, disminución de la velocidad de conducción, alteración en los mecanismos de control de la temperatura y de la sed. Estos cambios traen como consecuencia lentitud y escases de movimientos, hipotensión postural, mareos, caídas, reaparición de reflejos primitivos, hipo e hipertermia y deshidratación (Gómez Montes, 2002).

Todos estos cambios producto del proceso de envejecer disminuyen la funcionalidad del adulto mayor y ante esto es necesario tener las herramientas necesarias para valorarla en forma adecuada e intervenirla para evitar la pérdida de la independencia. Es necesario entender que la funcionalidad debe ser vista mediante la relación del individuo frente al contexto.

Valoración de la funcionalidad

La valoración de la capacidad funcional o funcionalidad debe contemplar múltiples aspectos del usuario y de su entorno; se enfoca en medir las habilidades del individuo para realizar actividades funcionales de una manera exitosa: se entiende por “actividades funcionales el conjunto de tareas que componen el desempeño normal y autónomo de un individuo, su situación ocupacional y su interacción social, teniendo en cuenta la demanda que le plantea su medio ambiente y la sociedad en la que se desarrolla” (Daza Lesmes, 2007).

Los instrumentos más utilizados son el índice de Katz, la escala de Barthel que evalúan las actividades básicas de la vida diaria que corresponden a un primer nivel de funcionamiento e incluyen el baño, vestido, aseo personal, uso del sanitario, continencia, alimentación, traslado y desplazamiento. Para la medición de las actividades instrumentales de la vida diaria se usa la escala de Lawton y Brody que incluye actividades más complejas necesarias para la interacción social tales como la utilización del teléfono, medios de transporte, el manejo del dinero, toma de medicamentos y ejecución de tareas domésticas.

Este instrumento es bastante útil para medir el grado de discapacidad, entendida como las limitaciones que experimenta el individuo para involucrarse en situaciones vitales, ya que contempla actividades funcionales para el desempeño de roles, la participación social y la autonomía (Daza Lesmes, 2007).

Además de la valoración de las actividades de la vida diaria y las actividades instrumentales, es necesario evaluar las actividades avanzadas necesarias para una vida socialmente satisfactoria; éstas están influenciadas por factores culturales y ambientales, así como por factores intrínsecos como los intereses, las motivaciones, los hábitos y las habilidades sociales. Los instrumentos que valoren este tipo de actividades no están estandarizados ya

que se hace compleja la estimación y calificación de la información por la gran variabilidad de acuerdo con el contexto, las características de la población o las condiciones particulares del individuo.

La valoración de la funcionalidad también se puede realizar a través de pruebas basadas en el desempeño, es decir, lo que el individuo es capaz de realizar en una situación determinada y una escala utilizada frecuentemente es la Escala de Tinetti, valorando el equilibrio y la marcha con un método de observación directa utilizando calificadores numéricos de acuerdo a la capacidad de ejecución de acciones específicas.

En este sentido también puede incluirse la escala de Berg que determina riesgo de caídas en adultos mayores. Unido a lo anterior es importante destacar que la valoración debe ser integral, por tanto, no se puede dejar de lado la valoración del comportamiento o deterioro cognitivo, entre ellas está la prueba de Pfeiffer, diseñada para detectar cambios cognitivos en personas mayores.

Por otra parte, si se quiere hacer del envejecimiento una experiencia positiva, una vida más larga debe ir acompañada de oportunidades continuas de salud, participación y seguridad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) utiliza el término "Envejecimiento Activo" para expresar el proceso con el que se consigue este objetivo.

Envejecimiento activo

El envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. El envejecimiento activo se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población.

Permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia (OMS, 2002).

La participación periódica en actividades físicas moderadas puede retrasar el declive funcional y reducir el riesgo de padecer enfermedades crónicas tanto en los ancianos sanos como en aquellos que las sufren. Un estilo de vida activo mejora la salud mental y suele favorecer los contactos sociales. El hecho de mantenerse activo puede ayudar a las personas mayores a conservar la mayor independencia posible durante un mayor período, además de reducir el riesgo de caídas.

Por lo tanto, existen ventajas económicas en el hecho de que las personas mayores permanezcan activas físicamente, entre ellas, la reducción considerable en los gastos médicos (OMS, 2002). No obstante, una gran

proporción de personas mayores lleva una vida sedentaria en la mayoría de los países.

El ejercicio físico, practicado de manera apropiada, es la mejor herramienta disponible hoy día, para retrasar y prevenir las consecuencias del envejecimiento así como para fomentar la salud y el bienestar de la persona. De hecho, el ejercicio físico ayuda a mantener el adecuado grado de actividad funcional para la mayoría de las funciones orgánicas. De manera directa y específica, el ejercicio físico mantiene y mejora la función muscular esquelética, osteoarticular, cardiocirculatoria, respiratoria, endocrino, metabólica, inmunológica y psiconeurológica.

De manera indirecta, la práctica de ejercicio tiene efectos beneficiosos en la mayoría, si no en todas las funciones orgánicas, por lo que contribuye a mantener la funcionalidad e incluso a mejorarla. Dado que la pérdida de funcionalidad que se produce con la edad es, precisamente, la principal consecuencia del envejecimiento, el efecto del ejercicio puede ser considerado como una verdadera terapia que lucha contra las inevitables consecuencias del proceso de envejecimiento (Castillo, Ortega, Ruiz, 2005) y aquí donde el fisioterapeuta interviene para dirigir la actividad física indicada según cada caso.

Es importante considerar que los programas de ejercicio o actividad física dirigidos a personas mayores deben orientarse al mejoramiento de sus condiciones físicas pero principalmente al mejoramiento del equilibrio, el mantenimiento o favorecimiento de la independencia funcional y el mejoramiento de la calidad de vida de esta población y de sus cuidadores.

Prevención de la funcionalidad

Cabe destacar que la funcionalidad o capacidad funcional del adulto mayor depende en gran medida de la prevención, por lo tanto si no se le entrega una atención dirigida y especializada no se logrará mantener o aumentar su calidad de vida. A esto se agrega, que los adultos mayores tienen una excelente capacidad para responder a los tratamientos médicos que se dirigen a mantener su capacidad funcional.

Esto, no solo tiene un efecto positivo para la calidad de vida de los adultos mayores sino que también cobra relevancia para la sociedad, ya que en cuanto a costos económicos, es más rentable que exista una mayor cantidad de adultos mayores autovalentes que postrados sin contribuir al país (Marín, 2006). La prevención debe ser manejada también desde el campo fisioterapeútico, donde igualmente se reconocen excelentes resultados desde la aplicación de programas de actividad física.

Se debe invertir en programas de ejercicio o actividad física de calidad dirigido a la población mayor a través de profesionales calificados con amplio

dominio de estos temas, lo que puede generar un ahorro considerable para la sanidad del país, al disminuir costos por caídas, accidentes cerebrovasculares, infartos de miocardio o por el padecimiento de problemas de origen músculo esquelético y de enfermedades crónicas propias de esta etapa de la vida (Landinez Parra, Contreras Valencia, Ángel Castro Villamil, 2012).

Conclusiones

Para concluir, se puede decir que los fisioterapeutas tienen un gran reto y un compromiso con la sociedad, ya que la situación demográfica muestra las necesidades de una población mayor que tiene problemas sentidos desde la discapacidad, situación que se debe enfrentar con programas tanto de educación como de intervención de esta población, sin olvidar que se debe hacer de forma interdisciplinaria para lograr mejores resultados de tal manera que la etapa de la vejez sea vivida con la mayor independencia posible desde una visión holística del envejecimiento, con el fin de garantizar años de vida con calidad y cambiar el paradigma de que el adulto mayor es una persona discapacitada.

Referencias bibliográficas

Daza Lesmes, Javier (2007). Evaluación clínico-funcional del movimiento corporal humano. Bogotá. Editorial Médica Internacional.

D'Hyver Carlos, Gutierrez Robledo Luis M. (2006). Geriatría. 2°ed. México, D.F: El manual moderno Editorial, S.A de C.V.

D´Hyver, Carlos (2009). Geriatría. 2° ed. México: Editorial El Manual Moderno.

ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFIA Y SALUD (2010). Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Base%20de%20datos%20ENDS%202010%20informe.pdf

Fernández Garrido (2004) Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad. Informe de investigación facultad de enfermería. Universidad de Valencia.

Goméz Montes, JF. (2002). Valoración Integral de la Salud del Anciano, ED Manizales:

Artes Gráficas Tizan.

Instituto Biomecánica De Valencia. Universidad Politécnica De Valencia (2012). Características biomecánicas de las personas mayores. Recuperado de: http://mayoresdehoy.com/2012/11/24/caracteristicas-biomecanicas-de-las-personas-mayores/

Marín, P. (2006). Lineamientos para la reformulación de la Política Pública de Salud para personas mayores. Centro de geriatría y gerontología. Facultad de Medicina Universidad Católica.

Morelo Negrete, Leonilde (2004). Inestabilidad y caídas. Geriatría. Prácticas y procedimientos. Guías de práctica clínica. Vol. 2 Tomo I.

OMS (2001). Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. Recuperado de http://aspacenet.aspace.org/images/doc/cif_2001-abreviada.pdf

OMS (2002). Envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002; 37(S2):74-105. Recuperado de http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf

OMS-BANCO MUNDIAL (2011). Informe mundial sobre la discapacidad. Recuperado de

http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/accessible_es.pdf?ua=1

OMS-OPS (2012). Crecimiento acelerado de la población adulta de 60 años y más edad:

Reto para la salud pública. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2796%3A2010-crecimiento-acelerado-poblacion-adulta-60-anos-mas-edad-reto-salud publica&catid=1796%3Afacts &Itemid=1914&lang=es

Pérez Duporte J. & García Megret E. (2002) Influencia de factores sociales en la tercera edad. Revista cubana de enfermería; 18 (3)

PROFAMILIA (2010). Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDS.

Rodríguez García, Rosalía Maria del Carmen; Lazcano Botello, Guillermo Antonio et. al. (2011). .Práctica de la geriatría. 3° ed. Mcgraw-Hill Interamericana editores S.A. de C.V.

Ruiz-Dioses L, Campos-León M, Peña N. (2008). Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención. Callao 2006. Rev Perú de Med Exp Salud Pública; 25: 374-79

Salech M., Felipe, Jara L., Rafael, Michea A, Luis. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Rev. Med. Clin. Condes. Recuperado de: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012702699

Solano Murillo, Damaris (2007). Guía para la Evaluación de la Funcionalidad a Personas con Discapacidad Participantes en Formación Profesional del INA. San José, Costa Rica- Instituto Nacional de Aprendizaje.

La vejez: actitud frente a la crianza y cuidado de los nietos

Guadalupe Cardeño-Sanmiguel

Jennifer Castillo-Bolaños

Patricia Ruiz-Tafur

Introducción

La vejez es una etapa de la vida en la que suele darse una reducción de las capacidades del individuo en las funciones intelectuales, físicas y sociales. Sin embargo, es importante hacer énfasis en que la persona mayor puede presentar menor deterioro de sus facultades cuando se mantiene activo, cualquiera que sea la actividad que realice, entre ellas la crianza o cuidado de los nietos (as) (Hooker, 2006).

Este estudio busca describir la actitud de los abuelos frente a la crianza de los nietos, para lo cual se utilizó una escala tipo Likert donde se establecieron los pensamientos, sentimientos y comportamientos que mantienen. Encontrándose que las personas mayores presentan una actitud favorable frente a la crianza, de sus nietos (as), apoyándolos en su formación.

La vejez es un proceso de cambios en el ser humano determinado por factores fisiológicos, anatómicos, psicológicos y sociales, detectándose diferencias individuales debido a características de personalidad, acentuados por la variedad de experiencias de cada uno.

Pikunas (2013) expresa que las ideas y las emociones envejecen y se embotan si no se le ejercita o se les mantiene afinados mediante la discusión con otras personas, ya que son precisamente la inactividad de los contactos sociales los que provoca la inadaptación.

La persona mayor debe valorarse como un individuo que posee una gran variedad de experiencias que puede transmitir a los jóvenes y darles la oportunidad de seguir siendo parte del sistema productivo en actividades que le permitan sentirse útil.

No cabe duda que en nuestros días hombres y mujeres alcanzan por lo general una edad más avanzada, esto puede atribuirse a distintos factores: mejores condiciones ambientales, mejor alimentación y un adecuado control de las infecciones más corrientes de la humanidad. (Hooker, 2006). John Price

(2015) anota que en América Latina se envejece con mayor rapidez. Según la CEPAL, organismo de las Naciones Unidas, dentro de 40 años la cantidad de latinoameri¬canos mayores de 60 años se triplicará y llegará a casi 200 millones.

En Colombia no existe en la actualidad un Instituto Nacional de la Vejez. Solo a nivel privado, la Universidad Javeriana cuenta con el “Instituto de Envejecimiento”, encargado de realizar investigaciones y proyectos que beneficien a la población de personas mayores del país. Dignificar la ancianidad, es una tarea en la que la sociedad todavía tiene mucho que adelantar, se le asigna al viejo una edad social de la inutilidad y la degradación, comienza por exigirle al viejo muchos deberes y reconocerles pocos derechos. (Ramírez, 2011).

Debido al cambio social que se ha presentado desde hace algunas décadas, tanto hombres como mujeres se ven obligados a trabajar, quedando sus hijos al cuidado de otras personas, en algunos casos estas personas son sus propios abuelos, quienes deben asumir la su crianza.

En relación a ello, en un estudio realizado por Jendrek (1994), se encontró que dos terceras partes de las personas mayores que participaron son custodios de sus nietos, manifestando que con esta labor, encontraban más sentido a la vida. Cardeño (2014) agrega que el bienestar y cuidado de sus nietos, genera una satisfacción plena de vida que permite trascender y fortalecer encuentros con las nuevas generaciones.

Sin embargo, Mestre-Miguel et al (2012) mencionaron que los abuelos y abuelas asumen el cuidado, crianza y educación de sus nietos y nietas, convirtiéndose en un elemento provisor del bienestar familiar en un contexto de crisis económica y social, imprescindible para la conciliación de la vida laboral y familiar. Y aunque les proporciona experiencias positivas, también les generan problemas físicos y emocionales.

Esta investigación tiene como propósito describir la actitud de los mayores respecto a la crianza y cuidado de sus nietos, para lo cual se realizó la aplicación de una escala tipo Likert construida por las investigadoras y validada por expertos, a 30 personas mayores, quienes firmaron consentimiento informado como participantes del estudio. La escala constó de 18 ítems, donde se determinaron sus pensamientos, sentimientos y comportamientos frente al hecho abordado.

Actitudes

Uno de los primeros usos del término actitud proviene del teatro y se remonta al siglo XIX, donde describía una postura física o posición del cuerpo para indicar el estado mental del personaje y posteriormente a una postura de la

mente (Franzoi, 2007).

Las actitudes según lo manifiesta Alcántara (1998), son modos profundos de enfrentarse a sí mismo y a la realidad, es el sistema fundamental por el cual el hombre ordena y determina su relación y conducta con su medio ambiente. Se pueden considerar como las disposiciones según las cuales el hombre queda bien o mal dispuesto hacia sí mismo y hacia los demás. Las actitudes permiten dar un sentido unitario y singular a las actividades de cada individuo, son el resultado de la influencia que ejercen los valores en cada persona.

Algunas de las características que se pueden mencionar es que las actitudes son adquiridas, estables, consistentes, susceptibles de cambio, precursoras y determinantes de comportamientos.Antes de los años 90s las actitudes eran definidas en función de tres componentes distintos: creencias, sentimientos e intenciones conductuales (Ben, 1970; Summers, 1976; Eiser, 1985; Franzoi, 2007).

Aunque las investigaciones indican que no es necesario que las tres componentes estén en su lugar para que exista una actitud (Eagly & Chaiken, 1993). Por esta razón muchos psicólogos sociales la definen tan solo como una evaluación positiva o negativa de un objeto (Quiles, M. et al,1998; Franzoi, 2007; Zimbardo & Leippe, 2007). Entendiendo como objetos a personas, cosas, eventos y asuntos.

Prácticas de crianza

A finales del siglo XI el término crianza, se usaba con la acepción de “nutrir a un niño o a un animal” y luego como “instruir, educar” (Calmels, 2007). En la definición de prácticas de crianza Recagno (2010) destaca algunos rasgos característicos, las prácticas se constituyen en acciones con un patrón de manera semejante por parte de los adultos de una comunidad de manera semejante y que en tanto son manifestaciones culturales probables al empleo en la orientación y control de las conductas de los niños.

Esto puede ocurrir incluso por fuera del hábitat natural del grupo humano que profesa determinadas prácticas de crianza, como es el caso de los inmigrantes, que emplean las aprendidas en sus lugares de origen para orientar el desarrollo de su progenie y que con ciertas resistencias cambian por las que les brinda al nuevo grupo de referencia.

Ardila (2011) resalta que en los patrones de crianza se transmite la cultura, incluyendo patrones de comportamiento y valores, que pasan de una generación a otra y cambian con los nuevos desarrollos sociales. Notoriamente los primeros años son fundamentales para los miembros de la familia, pues son estos los que dan al niño (a) elementos para que adopten, utilicen y practiquen los componentes de su cultura.

En la vida cotidiana los niños realizan acciones que tienen que ver con el cuidado de sí mismos, del entorno y su relación con los demás, que en conjunto se denominan como prácticas de cuidado de la salud. Estas prácticas de crianza y cuidado se manifiestan explícita o implícitamente en las actividades diarias de la familia y del niño, en los diferentes momentos del microsistema familiar.

La familia con su estructura y dinámica, en tanto espacio y cultura, no sólo expresa dichas diferencias, sino que se constituye en el ámbito de una diversidad asociada a la pertenencia a grupos etáreos y géneros específicos. En este sentido la práctica de crianza y práctica de cuidados de la salud se ven determinados por la conformación de la familia y los lazos de integración particulares que se desarrollan en su seno.

El cuidado personal desde una mirada de la Convención, implica las facultades de dirección y orientación a tener en cuenta en su desarrollo de los niños, las niñas (art. 5 de la Convención), son independientes al tipo de familia que integren, o de la convivencia o no de los progenitores, también está al margen de los procesos de separación o divorcio, o de la crisis de pareja o matrimonial; e incluso la responsabilidad parental, también puede ser ejercida en determinadas circunstancias por quienes convivan con estos, es decir; no está limitada a los progenitores.

La familia incide directamente en los diferentes hábitos de salud, en la expresión de afecto, en la posición moral y en la religiosa, y en el tipo de vínculo interpersonal que se establece entre los individuos. Es así que la orientación de las conductas que ejerce el grupo familiar sobre sus miembros viene determinada por lo que se ha denominado afecto parental (cariño contra hostilidad) y el control parental (permisibilidad contra rigidez) (Musitu et al, 1996).

La percepción social de la crianza no sólo matiza los aspectos relacionados con el control y la disciplina, las expectativas, el éxito y el fracaso, sino más allá, aquellas que tiene que ver con el tipo de ser humano que se quiere formar, ya sea en su masculinidad y feminidad, en su perspectiva de ser feliz, responsable, trabajador, honesto (Hoffman et al, 2006).

La familia como espacio de socialización

La socialización es un proceso que facilita la incorporación de los individuos a la estructura y dinámica social se expresa de una manera particular en las prácticas de crianza, como acciones de los adultos, en especial padres de familia, encaminadas a orientar el desarrollo de los niños. Aunque estas difieren en la forma de expresarse y los contenidos que transmiten, la finalidad es la misma en todos los grupos humanos: asegurar a los niños la supervivencia e integración a la vida social (Myers, 1993), facilitando la incorporación de los nuevos miembros, transmitiendo los valores y las formas de pensar y actuar

esperados (Myers, 2009).

Ruiz (2009) agrega que aparte de los padres y madres, como principales socializadores de los niños (as), otros miembros de la familia, como los abuelos, los hermanos mayores, los primos y las trabajadoras del hogar, son también significativos para el proceso de socialización. Incluso los vecinos también juegan un papel importante al respecto, siendo variable su impacto, de acuerdo con la cercanía y las características del contexto que rodee al niño (a).

La familia como espacio de socialización se encuentra protegida desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 (art.25 inciso 2), la Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño de 1924 (principio primero), la Declaración de los Derechos del Niño de 1959 (principio seis), el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos de 1966 (arts. 23 inciso 4 y 24), el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales 1966 (art. 10), la Convención Americana de Derechos Humanos de 1969 (art.19) y la Convención de los Derechos del Niño de 1989, especialmente el artículo 3 reconoce el derecho de los niños a tener una familia, a mantenerse como parte de ella, al pleno crecimiento del niño, la niña y los /las adolescentes (art.6.2), a que sean sus padres quienes asuman directamente sus cuidados personales (art. 7), aunque estos estén separados y residan en diferentes Estados (art.10), esto incluye a los miembros de la familia extensa (art. 8.1).

En Colombia el derecho a tener una familia, cuenta con una protección en la Constitución Política Colombiana, en los artículos 42 y 44, constituye una de las instituciones garantes del desarrollo de los niños y niñas, además, de las relaciones de afecto, protección y cuidado, las condiciones mínimas de subsistencia, no solo como obligaciones de los progenitores, sino que también son corresponsables los familiares, como es el caso de los abuelos (as), los tías (as), etc., como también a instituciones a cargo del Estado

Teniendo en cuenta la definición jurídica que contempla la Ley 294/1996 (art.2), por la cual se desarrolla el artículo 42 de la Constitución, que amplía el concepto tradicional de familia, concibiendo a las familias desde un sentido amplio y no reduccionista centrado en los progenitores o representantes legales. Así, bajo esta mirada, los parientes como abuelos, abuelas, tíos, tías, y otros familiares pueden ser proveedores de cuidado personal de los niños, las niñas y los adolescentes, en correspondencia al principio de corresponsabilidad, solidaridad y del interés superior del niño.

En Colombia se ha dado el primer caso donde la Corte Constitucional, reconoce el derecho a la pensión de sobreviviente del abuelo al nieto, en relación con el reconocimiento y protección a los diferentes tipos de familias y la figura del abuelo como co-padre de crianza por asunción solidaria de la paternidad (Sentencia T-074/16). Este fenómeno del cuidado a cargo de los abuelos y abuelas en la crianza de los nietos(as) no es nuevo, García (2008) ya había señalado la institución denominada como el “Abuelazgo”, que es muy

frecuente en la Costa Norte de Colombia, vinculado en relación con el embarazo adolescentes y las migraciones de mujeres.

Igualmente Mestre-Miquel, Guillen-Palomares y Caro-Blanco (2012) y Muñoz-Perez y Zapater-Torras (2006) analizan el papel fundamental en la economía y en la conciliación de la vida familiar y laboral que hacen las abuelas dentro de los Estados Familiaristas como el Español especialmente en la época de crisis con respecto al cuidado, crianza y educación de los nietos y nietas. Al respecto Ierullo (2015) hace referencia que la ley ha llegado a legitimar el modelo donde se concibe el cuidado como responsabilidad de las familias.

Crianza de los nietos

Hasta hace unas tres décadas en muchas sociedades tradicionales como en Latinoamérica y Asia, los hogares de familias numerosas eran comunes y los abuelos desempeñaban un papel integral en la crianza del niño y las decisiones familiares (Papalia et al, 2014).

En la actualidad y debido a los cambios que se han presentado dentro de la familia, generados por los aspectos sociales y económicos más recientes, un gran número de personas mayores sirven como padres sustitutos de sus nietos, debido a que ambos padres biológicos deben trabajar, o que estos niños son hijos fuera de una unión estable y el único progenitor que los mantiene (en la mayoría de los casos la madre) debe laborar para proporcionarle a sus hijos todo lo necesario para su subsistencia; o porque los padres aun inmaduros e irresponsables no se hacen cargo de sus hijos.

En cualquier caso la paternidad sustituta no planeada puede ser una carga física, emocional y financiera para las personas mayores, que se encargan del cuidado y crianza de los nietos, algunos de ellos tendrán que postergar sus planes de jubilación, reducir drásticamente sus actividades de tiempo libre y la vida social y poner en riesgo su salud. Sin embargo, la diferencia de edad entre el abuelo y el nieto puede ser una barrera y ambas generaciones pueden sentirse defraudadas de sus papeles (Papalia et al, 2014).

La realidad jurídica es un factor que no se puede desconocer, si bien las personas mayores tienen la responsabilidad parcial o total de la crianza de sus nietos en la práctica pueden enfrentar muchos problemas que van desde matricular al niño en la escuela hasta obtener seguros médicos para el niño. (Papalia et al, 2014).

La crianza y el cuidado de los niños y niñas debe ser compartido especialmente por los progenitores desde una mirada de la equidad e igualdad de género, pero también por la familia extensa como corresponsables el Estado y la Sociedad, esto lo comparten Grosman, 2008; Estrada et al, 2011; Ureta, 2012; quienes señalan que las funciones parentales compartidas y corresponsables podrían pensarse que van acorde a los postulados de la Convención de los Derechos de Niño de 1989.

La crianza y el cuidado compartido permite especialmente que ambos progenitores ya sea por acuerdo, ley o decisión judicial cuando la familia pasa por un proceso de separación o divorcio, que las relaciones familiares se mantengan, esto incluye a la familia extensa como abuelos (as), tíos (as) en manifestación de la responsabilidad parental, con el objeto de facilitar relación frecuente y equitativa tanto en los aspectos cotidianos como los derechos y facultades de la filiación (Barcia, 2013).

En la XII Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe (2013) se reconoce el cuidado como un derecho, una responsabilidad que debe ser compartida tanto por los hombres y las mujeres, por la sociedad y el Estado, adquiriendo un sentido público.

El cuidado compartido implica cooperación de corresponsabilidad como forma de garantizar el derecho de los niños y niñas a tener una familia y no ser separado de ella, y asumiendo la crianza, educación corresponsables. Para Ibañez (2004), la custodia compartida o conjunta es un concepto polémico, de significados diferentes, subjetivos, que se ha venido desarrollando a lo largo de las últimas décadas. De ahí que se identifica en la literatura diferentes posiciones donde encontramos autores entre ellos a Ureta (2012) un derecho de los niños (as) de allí la importancia de su regulación.

En esta postura se observan tres principios que son: la corresponsabilidad parental; el derecho a la igualdad y la cooperatalidad (Barcia, 2012), donde las funciones de cuidado recaen en las familias y principalmente en los progenitores.

Las actitudes de las personas mayores respecto a la crianza de sus nietos, ha sido poco estudiado, tanto en Colombia como en el exterior, es una temática reciente y que puede llegar a tener mucha fuerza dentro del quehacer investigativo de la psicología y el derecho.

En Colombia se encuentran algunas investigaciones realizadas en diferentes ciudades del interior del país, se puede destacar un trabajo de Pineda y Ruiz (2006), en el campo de los estilos de socialización que utilizan frecuentemente con sus descendientes; Ahumada et al (2008), sobre actitud de los abuelos que profesan la religión cristiana frente a la crianza de los nietos, arrojando resultados de bienestar en los mayores mientras realizaban el cuidado.

Alba Marín y María Palacio (2016), resaltan en sus estudios las dinámicas de los enlaces intergeneracionales a través de la participación de los abuelos y las abuelas.

Sandra Varela et al (2015) estudiaron las prácticas de crianza de la familia y los cuidadores adultos de niños y niñas menores de 6 años, evidenciándose la cultura como transversal al proceso de crianza. Se hace referencia a las investigaciones realizadas en Colombia en el periodo 2003 - 2013.

En los Estados Unidos, una fundación La Senior Legal Hotline, dedicada al apoyo de los abuelos que crían a sus nietos cuenta con centros de apoyo en diferentes ciudades, y brinda diversos servicios a las personas mayores y a sus familias. Algunos niños ponen de manifiesto problemas de adaptación, que incluyen agresión, manipulación, desafío a los límites, retraimiento, regresión, trastornos en el sueño, eneuresis nocturna y cambios en los patrones alimentarios.

Megías y Ballesteros (2011), estudian el rol de los abuelos (as) respecto a la crianza y educación de los nietos, cómo asumen la responsabilidad que se les asigna en el día a día de la familia, qué discursos diferenciales existen en función del tiempo y la frecuencia con que atienden a sus nietos. Entre sus conclusiones, los autores señalan el peso social que se otorga a los abuelos como transmisores de valores buenos, sin embargo, se interpretan como escasamente operativos o funcionales para la vida actual.

Alcántara (1998), también resalta que la actitud que los mayores mantienen frente a la crianza de sus nietos es factor importante para que estos niños crezcan con principios, valores y costumbres definidas.

Tony Anatrella (2009) concluye en su investigación que los abuelos tienen un rol importante en el desarrollo afectivo de los niños, constituyen una fuente de felicidad y seguridad, participando en su anclaje en la vida.

Joana Mestre-Miquel et al (2012), mencionan que en un estado familiarista, como se considera el caso del Estado español, necesita de recursos adicionales para que puedan plantearse la posibilidad de tener hijos sin tener que recurrir al limitado y explotado recurso de las abuelas. Resaltan la debilidad de políticas sociales, en el Estado español y otros países europeos, orientadas a reducir las cargas relativas al cuidado de la familia, las cuales van en detrimento no solamente de los derechos de igualdad de la mujer (madres y abuelas) sino también de las condiciones que favorezcan la formación de familias capaces de conciliar el trabajo y la atención adecuada de sus hijos e hijas.

Citlali Quecha Reyna (2015), resalta el papel de la familia extensa en el cuidado de los niños (as) en los procesos de crianza en contextos migratorios, siendo importante la participación de los abuelos y tíos en su rol de tutores.

Actitud frente a la crianza y cuidado de los nietos: Resultados

Los adultos mayores que cuidan a sus nietos se constituyen en un importante apoyo para los niños y la familia. A continuación se relacionan los datos encontrados en el estudio, el 93.3 % de las personas mayores que participaron comparten la crianza de sus nietos, frente al 6.6% que no lo hacen y están en desacuerdo con la crianza de sus nietos.

Dentro del primer grupo un 43.3% está totalmente de acuerdo con la

crianza de los niños y se encuentran satisfechos con este rol, experimentando un cariño por ellos, un 30% manifiestan estar de acuerdo en la crianza, apoyando a los padres mientras estos laboran, en tanto que un 20% comparten la crianza pero afirman que este rol debe ser propiamente de los padres de los niños.

Un 86.6% de los mayores dedican gran parte del tiempo a sus nietos. De estos un 43.3% le dedican todo el tiempo disponible sus nietos, un 30% de los abuelos manifiestan que dedican parte de su tiempo a sus nietos mientras sus padres laboran y un 13.3% expresan que dedican el tiempo necesario, pero que esto debería ser responsabilidad de los padres. Un 13.3% de los abuelos no están de acuerdo con dedicarles el tiempo a sus nietos.

El 50.1% de los abuelos afirman que actúan de manera autoritaria con sus nietos; un 16.7% de los encuestados afirma estar más bien en desacuerdo, mientras que un 33.3% se consideran que no actúan de manera autoritaria con sus nietos. Se consideran más bien flexibles en el trato con sus nietos un 86.7%, el 26.7% denotan completamente ser flexibles al interactuar con sus nietos, el 33.3% se definen como flexibles y el otro 27% se describen como flexibles de acuerdo a las circunstancias. Un 13.4% se definen poco flexibles con sus nietos.

El 73.3% de los abuelos participan activamente en las actividades escolares de sus nietos, de estos el 50% participa activamente en las actividades escolares de sus nietos, un 10% lo hace esporádicamente; y un 26.3% no se encuentra dispuesto a asumir estas actividades.

La totalidad de los abuelos encuestados consideran en algún grado, que las caricias son la mejor manera de expresar amor a sus nietos y afirman sentirse feliz con su rol de abuelos, de los cuales un 66.7% están completamente feliz con su rol, un 30% de los encuestados dicen ser felices con el papel de abuelos y un 3.3% se muestra más bien de acuerdo con este ítem.

El 66.7% de los abuelos consideran que no es desagradable estar al cuidado de sus nietos, mientras que un 33.3% manifiestan algún grado de desagrado en el cuidado de sus nietos. Un 50% está completamente en desacuerdo con la pregunta, frente a un 10% que comparten totalmente esta afirmación, y otro 10% que están parcialmente de acuerdo.

El 93.4% de los abuelos sostienen que le expresan frecuentemente a sus nietos cuanto los quieren, de los cuales el 46.7% lo hace con mucha frecuencia, el 36.7% está de acuerdo y un 10% lo hace esporádicamente. Solamente un 6.7% se muestran más bien en desacuerdo.

Todos los participantes del estudio afirman que les agrada ver a sus nietos divertirse, un 67.7% de estos sujetos están totalmente de acuerdo y un 23.3% se encuentran de acuerdo. El 96.7% de los abuelos aseguran que asumen el cuidado de sus nietos con amor, frente a un 3.3% que manifiestan no estar completamente de acuerdo con esta afirmación. De ese 96.7%, un 60% está completamente de acuerdo, un 20% se mostró de acuerdo y un 16% estuvo

más bien de acuerdo.

El 96.7% de los abuelos aseguran que compartir la crianza de sus nietos es gratificante, un 23.3% sienten completa gratificación al criar a sus nietos, un 56.7% sienten que es gratificante cuidar a sus nietos y un 16.7% sostienen que es más o menos gratificante esta labor. Solo un 3.3% que manifiestan no lo sienten así, es decir que no sienten que sea gratificante la crianza de sus nietos.

Un 60% de los encuestados están de acuerdo que el cuidado de sus nietos es responsabilidad exclusiva de los padres; de estos, un 16.7% manifiesta que la responsabilidad es completamente de los padres, otro 16.7% dice que están de acuerdo con que sean los padres quienes asuman esta responsabilidad, y un 26.7% afirman que la responsabilidad es de los padres pero que ellos (los abuelos) pueden ayudarles. Por otro lado en 40% no comparten totalmente esta afirmación, de los cuales un 6.7% se encuentra completamente en desacuerdo.

Un 83.3% de los abuelos se mostró en descuerdo al considerar que el cuidado de sus nietos no es una carga para ellos. Un 16.6% si sienten el cuidado de sus nietos como una carga.

El 76.7% no se consideran abuelos rígidos, de estos, un 46.7% está totalmente en desacuerdo; el 23.4% se definieron en alguna medida como abuelos rígidos, sin embargo ninguno se evaluó como totalmente rígido con sus nietos.

El 100% de los abuelos encuestados piensan que es importante escuchar la vivencia de sus nietos, de los cuales un 76.7% consideran totalmente importante el escuchar a sus nietos, y un 23.3% sienten que es importante hacerlo. Ningún abuelo estuvo en desacuerdo con esta afirmación.

Un 93.3% de los mayores encuestados sienten que son importantes para sus nietos, de estos el 63.3% están completamente seguros de dicha afirmación y un 30% están de acuerdo con este punto. Se encontró que un 3.3% de los encuestados no se sienten tan importantes para sus nietos.

Conclusiones

En la investigación se encontró que en su mayoría los abuelos sienten agrado al estar criando a sus nietos, es decir que tienen conductas de cuidados hacia sus nietos, dedican tiempo a ellos, los ayudan en sus tareas; influyendo en ellos como fuentes y trasmisor de conocimiento, normas sociales, controlándoles la conducta alimenticia, las expresiones lúdicas, el empleo del tiempo libre el desarrollo moral y las relaciones interpersonales.

Muchos de ellos aseguran que el cuidado de los nietos debe ser responsabilidad exclusiva de sus padres; sin embargo se encuentran

satisfechos con el papel que están desempeñando, experimentando un cariño muy especial por estos niños, tratando de suplir en alguna forma el cariño cuidado y tiempo que no pudieron dedicarles a sus hijos hoy adultos; hay otros abuelos que manifiestan estar de acuerdo en la crianza, apoyando a los padres mientras estos laboran; solo dos de ellos están en desacuerdo con la crianza de sus nietos.

Sostiene Diane Papalia et al (2014) que la mayoría de los abuelos se hace cargo de criar a sus nietos porque los aman y no desean que vayan a un hogar donde los críen extraños, al respecto se encontró que la mayoría de estos adultos mayores asumen con amor y agrado el cuidado de sus nietos, y se sienten satisfechos por la labor que están realizando, aunque algunos de ellos lo hacen porque son los únicos que pueden cuidar de los niños mientras sus padres trabajan.

Es decir que todas las actividades de cuidado las realizan por amor a sus nietos y a sus hijos, sabiendo que este papel es exclusivo de los padres. En este caso las personas mayores colocan por encima de sus creencias, sus propios sentimientos en relación a la crianza de sus nietos; siendo permisivos con estos, a diferencia de lo que fueron al criar a sus propios hijos.

La actitud según Alcántara (1998) es un proceso cognitivo y este componente intelectivo es su centro regulador. Toda actitud es una respuesta electiva ante los valores y ello sólo es posible, si la razón conoce, juzga y acepta el valor. En los resultados se halló que todos los adultos mayores tienen claras sus creencias, pensamientos y sentimientos respecto a sus nietos y su crianza, así, ellos tiene claro que la crianza es responsabilidad de los padres, pero colaboran decididamente en esta labor por los sentimientos de amor hacia sus nietos, por la satisfacción que reciben al realizar este rol y especialmente por lo importante que ellos se sienten en la vida de sus nietos.

Los componentes cognitivo, afectivo y comportamental, se evidencian claramente en las respuestas de los sujetos que participaron en la investigación; se ve claramente que estos adultos mayores aman a sus nietos, realizan su labor de crianza y cuidado de estos niños con mucho amor y dedicación y se encuentran satisfechos con la labor desempeñada, a la vez sienten que sus nietos los quieren (componente afectivo).

Tienen claro que la crianza de los nietos es una responsabilidad de los padres y los abuelos solo colaboran en ella mientras los padres se encuentren laborando (componente cognitivo). Y por último se aprecia claramente que colaboran con el cuidado de los nietos, ayudan a sus nietos en las actividades escolares y participan de ellas en la medida de sus posibilidades, y le demuestran de diversas formas a sus nietos el amor que les tienen (componente comportamental).

En los adultos mayores que participaron en esta investigación se aprecia claramente que hay coherencia entre la forma de pensar, amar y sentir y hasta

comportarse habitualmente, frente a la crianza de sus nietos. Algunos de ellos manifiestan que a sus nietos les permiten hacer cosas que no dejaron que hicieran sus hijos, en palabras de ellos mismos se describen como alcahuetas de sus nietos.

De acuerdo a las respuestas, el 86,6% de los abuelos se describen como flexibles en el trato con sus nietos, mientras que las actuaciones autoritarias se encuentran divididas por igual, Esto se debe a que los abuelos, en su juventud criaron a sus hijos, cometiendo muchos errores y muchos aciertos, y en esa época adquirieron la experiencia necesaria, que le permite en la actualidad saber que les puede convenir a sus nietos y que no.

Al mirar el componente afectivo se aprecia notoriamente los sentimientos favorables que estos adultos mayores mantienen con relación a sus nietos, la totalidad de los encuestados afirma que le agrada ver que sus nietos se diviertan, a la vez el cuidado de sus nietos es asumido con amor por el 96,6% de los abuelos. Todos ellos manifiestan amar a sus nietos, demostrarle con caricias su amor, dicen sentirse satisfechos con la labor que desempeñan y sentirse importantes en la vida de sus nietos. Este amor hacia sus nietos hace que todos los adultos encuestados se sientan felices de ser abuelos; y que la mayoría de ellos no sienten que criar a sus nietos sea una carga.

Ante esta última afirmación, sostienen que no la sienten como una carga, aunque algunos se sienten cansados, creen que deberían dedicar el tiempo a actividades más relajadas, sin embargo, el amor hacia sus nietos y sus propios hijos adultos, hace que se encarguen de los niños mientras los padres de estos se dedican a sus actividades laborales debido a que la mayoría de los hogares colombianos se ven en la necesidad de buscar nuevos métodos que permitan el sostenimiento económico de su familia ante el alto costo de vida originado por la crisis mundial.

Esto ha provocado inflación, viéndose reflejado en el desempleo, inestabilidad laboral, bajo poder adquisitivo, confiando el cuidado físico, integral de sus pequeños hijos a los abuelos, ya al estar estos al cuidado de extraños manifiestan inseguridad por la pérdida de valores que sufre la sociedad. Algunos abuelos solo cuidan a sus nietos el tiempo en que los padres laboran, cuando los padres regresan a casa son los encargados del cuidado de sus hijos. Algunos nietos viven permanentemente con sus abuelos, mientras que otros solo están en casa de los adultos mayores el tiempo en que sus padres están fuera por sus ocupaciones laborales.

Afectivamente existe concordancia en las respuestas suministradas por los adultos mayores, la mayor parte de estos abuelos (93,3%) le expresan frecuentemente a sus nietos que los quieren, todos ellos consideran que las caricias son la mejor manera de demostrarle a sus nietos cuanto los quieren y piensan que es importante escuchar las vivencias de sus nietos. Y 96,6% de los

abuelos sienten que son importantes en la vida de sus nietos. Sintiéndose felices de su rol o papel como abuelos; y esto claro está, los lleva a asumir con amor y dedicación el cuidado de los nietos.

Carrillo et al, (2004), en su estudio con madres son adolescentes encontraron resultados similares, donde las relaciones de apego entre los nietos y sus abuelas eran seguras, reflejándose en el bienestar de los niños (as).

En relación a la crianza Robert Myers (2009) afirma que las personas encargadas de los cuidados de los niños no solamente inician la interacción y les dan respuestas directas a las necesidades del niño, sino que también ayudan a proporcionarles el ambiente físico y en caso necesario, a protegerlo del ambiente mismo.

Lo anterior también se ve reflejado en que la totalidad los abuelos, que intentan darle respuestas a todas las necesidades requeridas por sus nietos, las físicas, emocionales, sociales, espirituales, etc. Brindándole un acompañamiento tanto en las actividades escolares, como recreativas, y expresándole activamente su cariño, sintiendo una completa gratificación y alegría al asumir estas responsabilidades.

La afirmación de Papalia et al (2014): los abuelos desempeñan un papel limitado pero importante en la dinámica familiar, se pudo constatar en los abuelos participantes de la investigación, aunque no están a cargo de la custodia de sus nietos, ya que sus padres trabajan y viven con sus hijos, los abuelos son los encargados de cuidar de ellos la mayor parte del día.

En la actualidad y debido a los cambios que se han presentado dentro de la familia, generados por los aspectos sociales y económicos más recientes, un gran número de adultos mayores sirven como “padres sustitutos” de sus nietos, debido a que ambos padres biológicos deben trabajar, los niños son hijos fuera de una unión estable o porque los padres aun inmaduros no se hacen cargo de sus hijos.

Los resultados de estudios (Jendrek, 1994; Papalia et al, 2014; Cardeño, 2014) coinciden con los resultados encontrados, donde la totalidad de la muestra manifiesta sentirse felices de ser abuelos y a la vez les agrada ver que sus nietos se diviertan, asegurando que asumen con amor el cuidado de sus nietos, manteniendo una actitud favorable frente a la crianza de sus nietos.

Referencias bibliográficas

Ahumada, S., Castillo, S., Gonzales, J. & Mozo, K. (2008). Actitud del adulto mayor frente al cuidado de sus nietos. Barranquilla, Colombia: Universidad Simón Bolívar.

Alcántara, J. (1998). Como educar las actitudes. Perú: Grupo Editorial

Ceac.

Anatrella, T. (2009). El rol de los abuelos en el desarrollo afectivo de los niños. Humanitas, Vol. 14, num. 54, pp.324-332. Base de datos: Fuente Académica Premier.

Ardila, R. (2011). Psicología del hombre colombiano: cultura y comportamiento social. Santa Fe de Bogotá: Planeta.

Barcia, R. (2012). Custodia compartida de los hijos. Revista Ius et Praxis, vol.18, num. 2, pp 441 - 474.

Ben, R. (1970). Valores, actitudes y cambio de conducta. México: C.E.C.S.A.

Calmels, D. (2007). Juegos de Crianza: el juego corporal en los primeros años de vida. (2 Ed.). Buenos aires: Biblos.

Cardeño, G. (2014). Características del maltrato psicológico en personas mayores adscritas a hogares de larga permanencia. En R. Caviedes (Ed.). Violencias, Nuevas Subjetividades y Política de Civilización. Barranquilla: Universidad Simón Bolívar.

Carrillo, S.; Maldonado, C.; Saldarriaga, L.; Vega, L.; Díaz, S. (2004). Patrones de apego en familias de tres generaciones: abuela, madre adolescente, hijo. Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 36, núm. 3, pp 409-430.

Eiser, J. (1985).Psicología Social. Madrid. Pirámide.

Estrada, L., Guerra, L., y Zuluaga, D. (2011). Protección judicial de los derechos de los niños, niñas y adolescentes en Colombia. Estudio de caso: La perspectiva de género en la custodia y cuidado personal. Estudios de Derecho-Est. Derecho. (LXVIII), num.152, pp 319-336.

Franzoi, (2007). Psicología Social. México: McGraw-Hill.

García, Y. (2008). Familias en Colombia. Transiciones hacia el siglo XXI. Barranquilla: Universidad Simón Bolívar.

Grosman, C. (2008). El cuidado de los hijos después del divorcio. Buenos Aires.

Hoffman, L., Scott, P. & Hall, E. (2006). Psicología del desarrollo hoy (6 Ed.). Trad. Serra, E. Madrid: McGraw-Hill.

Hooker, S. (2006). Una vejez feliz a la que todos tendríamos que llegar. México: Gedisa.

Ibañez, V. (2004). El laberinto de la custodia compartida. Claroscuros de un solo nombre con varios significados. DF Boletín de derecho de familia “El Derecho” (40-41).1-15.

Ierullo, M. (2015). La crianza de niños, niñas y adolescentes en contextos

de pobreza urbana persistente. Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud, vol. 13, num.2, pp 971-683. DOI:10.11600/1692715x.1328020615

Jendrek, M. (1994). Grandparents who parent their grandchildren: circumstances and decisions. The Gerontologist, vol.34, num.2, pp 206-216.

Marín, A. y Palacio, M. (2016). La crianza y el cuidado en primera infancia: un escenario familiar de inclusión de los abuelos y las abuelas. Trabajo Social, vol. 18, pp 159-176.

Megías y Ballesteros (2011). Abuelos y abuelas... para todo: Percepciones en torno a la educación y el cuidado de los nietos. Educacion XX, pp. 374-376. Base de datos: Fuente Académica Premier.

Mestre-Miquel, J.; Guillen-Palomares, J. y Caro-Blanco, F. (2012). Abuelas cuidadoras en el siglo xxi: recurso de conciliación de la vida social y familiar. Portularia: Revista de Trabajo Social., Vol. 12, num.1, pp 231-238. Fuente Académica Premier.

Myers, R. (1993). Los doce que sobreviven. Fortalecimiento de los programas de desarrollo para la primera infancia en el tercer mundo. Washington: Organización Panamericana de la Salud. OPS.

Myers, R. (2009). Prácticas de crianza. Santa Fe de Bogotá: CELAM. Unicef.

Muñoz-Perez. MA., Zapater-Torras. F. (2006). Impacto del cuidado de los nietos en la salud percibida y el apoyo social de las abuelas. El SEVIER. ATEN PRIMARIA, vol. 37, num.7, pp 374-80.

Musitu, G., Román, J.M. y Gutiérrez, M. (1996). Educación familiar y socialización de los hijos. Barcelona: Idea Books.

Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R. (2014). Desarrollo humano (12 Ed.). Bogotá: McGraw–Hill.

Pikunas, J. (1979). Desenvolvimiento humano. Sao Paulo: McGraw Hill.

Pineda, O. M. & Ruiz, M. C. (2006). Estilos de socialización de los abuelos. Armenia, Colombia: Asculquin Editores.

Price, J. (2015). El próximo mercado: Los abuelos. Latin Trade (Spanish). Vol. 23, num.5, pp12-14. Base de datos: Fuente Académica.

Pulido, S., Castro-Osorio, J., Peña, M. & Ariza-Ramírez, D. (2013). Pautas, creencias y prácticas de crianza relacionadas con el castigo y su transmisión generacional. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, vol. 11, núm. 1, pp 245-259.

Quecha, C. (2015). Niñas cuidadoras en contextos migratorios. El caso de las poblaciones afrodescendientes en la Costa Chica de Oaxaca. Instituto de

Investigaciones Antropológicas. Cuicuilco, Vol. 22, num.64, pp.155-175. Base de datos: Fuente Académica Premier.

Quiles, M.; Marichal, F. y Betancort, V. (1998). Las actitudes sociales. En M. Quiles (Ed.). Psicología social: Procesos interpersonales. pp 131-159. Madrid: Pirámide.

Ramírez, M. H. (2011). Enfoques y perspectivas de los estudios sociales sobre la familia en Colombia. Santa Fe de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Departamento de Trabajo Social.

Recagno, I. (2010). Hacia dónde va la familia. Caracas: XX Congreso Interamericano de Psicología. Unicef.

Ruiz, P. (2009). La investigación en el tema de socialización. Psicogente, vol.12, Num. 22 pp 326-340.

Summers, G. (1976). Medición de actitudes. México: Trillas.

Ureta, G. (2012). Cuidado personal y coparentalidad. Debates en curso en Chile. Chronicle Chronique Cronica.

Varela, S.; Chinchilla, T. y Murad, V. (2015). Prácticas de crianza en niños y niñas menores de seis años en Colombia. Zona prox, num.22.

Zimbardo, P. y Leippe, M. (2007). The psychology of attitude change and social influence. Nueva York: McGraw Hi

Guadalupe Margarita Cardeño-Sanmiguel

Psicóloga. Magíster en Psicología Clínica. Especialista en Psicogeriatría Clínica. Docente e investigadora de la Universidad Simón Bolívar de Barranquilla. Correo electrónico: gcardeno1@unisimonbolivar.edu.co

Jennifer Castillo-Bolaños

Abogada. Magister en Menores en Situación de Desprotección y Conflicto Social (Vigo-España). Doctoranda en Administración y Políticas Públicas (Córdoba-Argentina). Docente e investigadora de la Universidad Simón Bolívar de Barranquilla. Correo electrónico:jcastillo@unisimonbolivar.edu.co

Patricia Ruiz-Tafur

Psicóloga. Magíster en Desarrollo Familiar. Especialista en Gestión de Proyectos Educativos. Doctoranda en Ciencias Sociales. Docente e investigadora de la Universidad Simón Bolívar de Barranquilla. Correo electrónico: pruiz@unisimonbolivar.edu.co Psicóloga.

Presbifagia: pautas de abordaje preventivo

Miguel Vargas García

Introducción

El envejecimiento demográfico es una de las características más usuales de las comunidades; cambios sociales, generacionales, de pensamiento; el concepto de familia y hasta la realidad económica mundial ha llevado al envejecimiento de las poblaciones.

En España, por ejemplo, en el último decenio la población mayor de 65 años se ha incrementado en un 28%, mientras que el resto de la población sólo ha crecido un 0,8% (Clavéa & Arreolaa, 2005). Con la proyección de la población geriátrica, la disfagia se perfila como una enfermedad de alto impacto. Pero quizás de los menos conocidos, a pesar de su enorme impacto en factores funcionales, y de calidad de vida.

Estudios europeos afirman del 56 al 78 % de los adultos institucionalizados padecen signos sugestivos de aspiración (Ekberg, Hamdy, Woisard, Wuttge-Hannig, & Ortega, 2002)

La deglución, concebida como un proceso neuromuscular caracterizada por la sucesión de fenómenos complejos, se debe explicar desde la neurología teniendo en cuenta aspectos anatómicos y fisiológicos para su entendimiento. Además, se debe tener en cuenta que su condición de sincrónica y sistemática, revela la secuencia normal de su procesamiento, lo que evidencia una mayor complejidad en cuanto al proceso neuromuscular.

Al momento de un evento neurológico adverso o de la aparición de las limitaciones motoras y sensitivas propias de la vejez, esta secuenciación del proceso se puede ver alterada (NAZAR, ORTEGA, & I, 2009).

Pautas de abordaje preventivo

Las restricciones motoras propias de la edad, generan errores de funcionamiento denominados Presbifagia. Estos errores de funcionamiento, aunque sean propios de la edad, se deben abordar para evitar problemas de salud como las neumonías. El error inicia en el deterioro muscular secuencial; la

pérdida de fibras tipo II, el enlentecimiento de las funciones, las imprecisiones motoras y el resecamiento de la mucosa oral vulneran la seguridad de la deglución en el anciano.

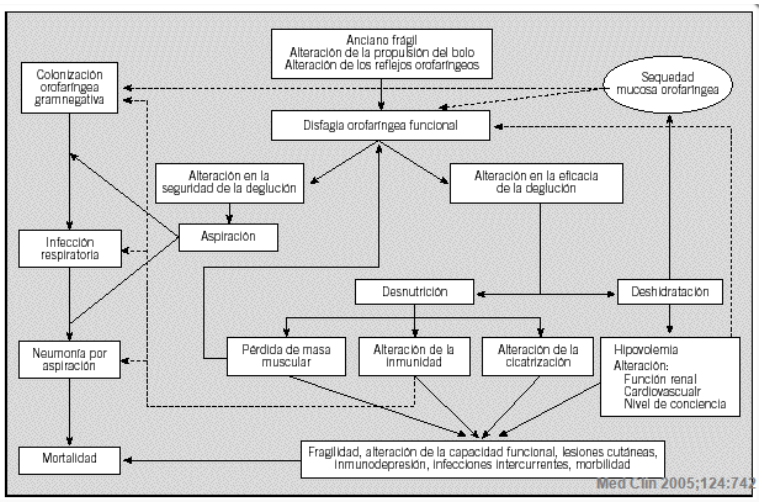
La disminución en la sensibilidad también genera un aporte negativo, la aparición tardía de reflejos como el deglutorio, termina por empeorar el desencadenamiento de la función.

Se señala que las alteraciones en la dinámica deglutoria en el adulto mayor se representan a través de las aspiraciones o microaspiraciones, éstas están consideradas como un problema de salud relacionada con la mortalidad de los sujetos mayores a 80 años (Awano, y otros, 2008). Esta alteración puede intensificar sus efectos negativos dependiendo del aseo oral, del deterioro cognitivo, las restricciones motoras, etc.

Estos factores funcionales, evidenciados en la edad adulta, se abordan terapéuticamente adaptando factores externos del sujeto: los tiempos de proporción del alimento, el volumen de la ingesta, las consistencias y las texturas, son algunos de los factores que se deben adaptar a las exigencias motoras del geronte.

Todos estos efectos podrían incurrir en apariciones de neumonías aspirativas, un motivo de consulta frecuente en el anciano. Esta neumonía por aspiración de alimento, se ha convertido en una causa principal de mortalidad en el anciano, sobre todo aquellos que padecen de lesiones o enfermedades neurológicas (Baine, Yu, & Summe, 1998). El efecto de la presbifagia se convierte, entonces, en un factor predisponente para el desencadenamiento de complicaciones asociadas.

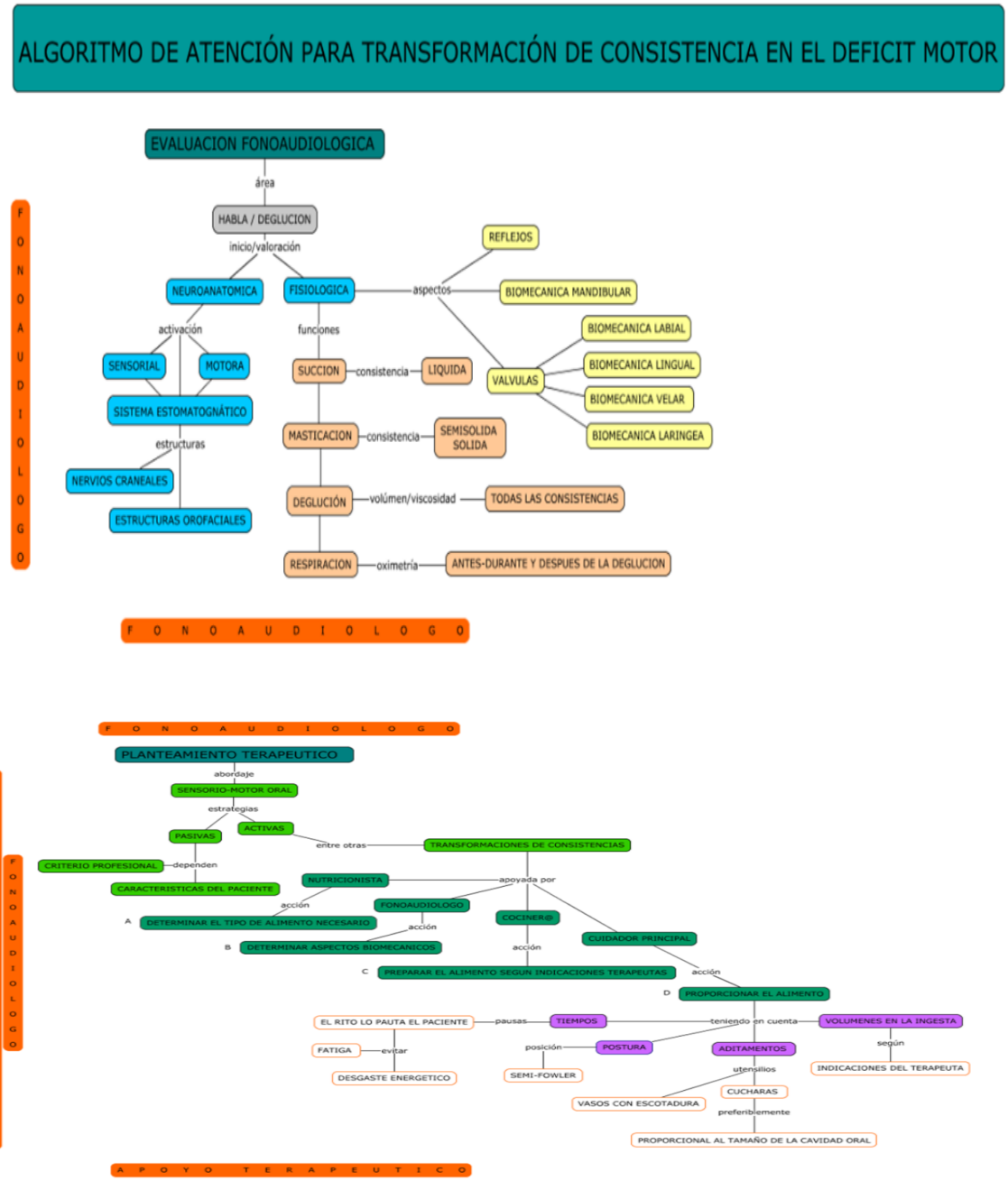
Imagen 1. Fisiopatología de las complicaciones asociadas a la disfagia orofaríngea funcional en el anciano.

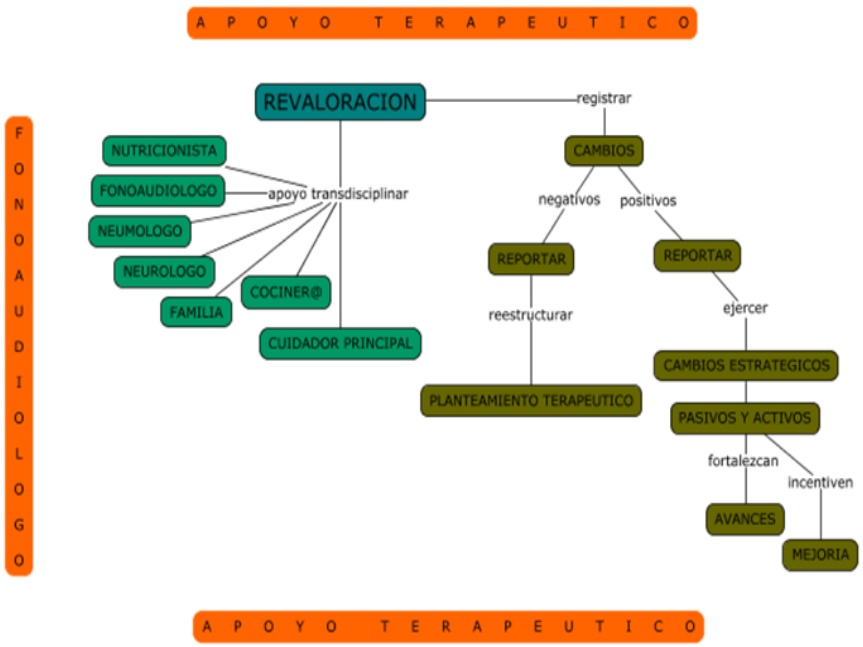


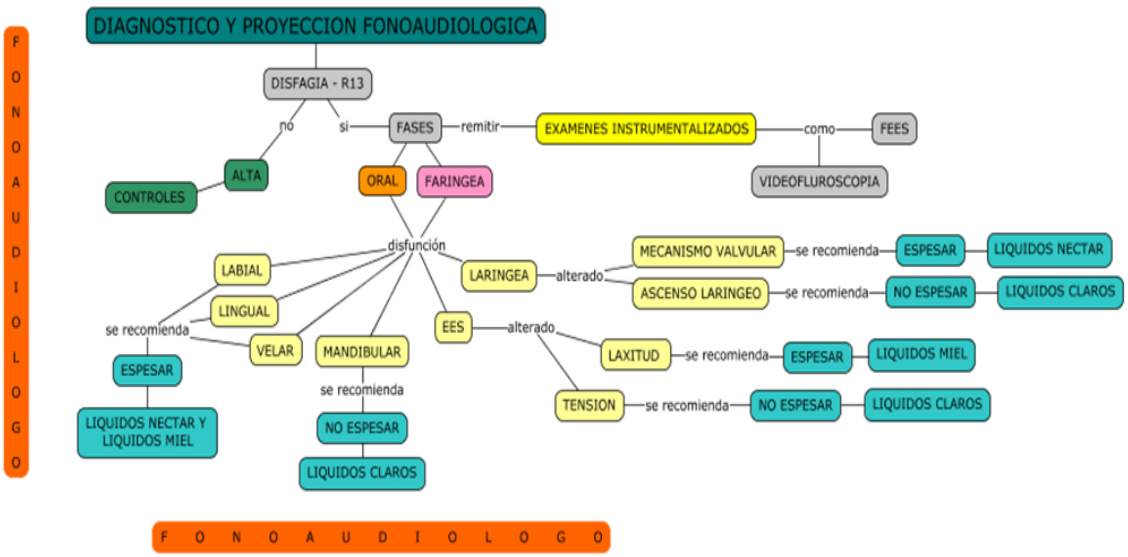
Fuente: Pere Clavéa, Albert Verdaguera, Viridiana Arreola: Disfagia orofaríngea en el anciano.

Las herramientas diseñadas desde la Fonoaudiología para contrarrestar las alteraciones propias del proceso deglutorio en el anciano deben fundamentarse inicialmente desde los procesos de capacitación al cuidador. Los aspectos de abordaje en el adulto mayor con presbifagia deben ir encaminados hacia la adaptación de factores externos como la textura, la temperatura, adecuaciones posturales, transformaciones de consistencia, el tiempo el tiempo de proporción del alimento y hasta los utensilios (Vargas & Brito, 2015).

Imagen 2. Algoritmo de transformación de consistencia.







Fuente: Miguel Antonio Vargas García, Angélica María Brito Rojas: Transformaciones de consistencia líquida para favorecer la biomecánica deglutoria

Referencias bibliográficas

Awano, S., Ansai, T., Takata, Y., Soh, I., Akifusa, S., Hamasaki, T., . . . Takehara, T. (2008). Oral health and mortality risk from pneumonia in the elderly. J Dent Res, 87(4), 334-9.

Baine, W., Yu, W., & Summe, J. (1998). Epidemiologic trends in the hospitalization of elderly Medicare patients for pneumonia, 1991-1998. Am J Public Health,, 191(200), 1121-3.

Clavéa, P. V., & Arreolaa, V. (2005). Disfagia orofaríngea en el anciano. Med Clin (Barc), 124(19), 742-8.

Ekberg, O., Hamdy, S., Woisard, V., Wuttge-Hannig, A., & Ortega, P. (2002). Social and psychological burden of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment. Dysphagia., 17 Suppl(2), 139-46.

NAZAR, G., ORTEGA, A., & I, F. (2009). EVALUACIÓN Y MANEJO INTEGRAL DE LA DISFAGIA OROFARÍNGEA. REV. MED. CLIN. CONDES, 20(4), 449-457.

Vargas, M., & Brito, A. (2015). Transformaciones de consistencia líquida para disminuir riesgos de broncoaspiración en personas con lesiones cerebrales. . Revista InternacionaldeSalud, Bienestar y Sociedad, 2(1), 40-51.

El emprendimiento como estrategia para el uso adecuado del tiempo libre en el adulto mayor. Una experiencia con adultos mayores institucionalizados

Arturo Pedroza Pedroza

Olga Suárez Landazábal

"Todo por ellos, pero nada en su lugar"…Es decir, todo por el bien de ellos pero que hagan todo lo que ellos sean capaces de hacer por sí mismos para así poder mantener una mayor independencia y calidad de vida. Marjory Warren. Gerontóloga, Inglaterra (1897-1960)

Introducción

En muchas comunidades Colombianas es común considerar la convivencia con los adultos mayores en el seno de la familia, como un proceso normal del ciclo familiar,comprendiendo a la vejez como una etapa más de la dinámica familiar, con sus características, cuidados especiales y valores que enriquecen la experiencia de vida de cada una de las personas que integran el núcleo familiar.

En las regiones colombianas, especialmente en la costa atlántica y sus ciudades capitales, es común la familia extensa, (Profamilia, 2010 p: 39) "La familia extensa se encuentra predominantemente en la región Caribe (39 por ciento, más de la mitad extensa completa).

Las familias incompletas, sean nucleares o extensas, son más representativas de la zona urbana" en estos hogares es común que los abuelos acompañen a sus hijos e hijas en los procesos de atención a la reproducción y compartan los costos de la manutención familiar, contribuyendo a la crianza de los nietos, con los consejos y rutinas emanados de la tradición, hasta las etapas más avanzadas de la primera infancia.

Los abuelos y tíos, asumen responsabilidades especificas en las familias

extensas, donde se considera al adulto mayor como fuente de sabiduría y experiencia que ocupa un lugar preponderante en la estructura familiar como lo define la jerga popular los adultos mayores, “Están por encima del bien y del mal”.

La mayor parte de la población mayor de 60 años se mantiene laboralmente activa, aunque no siempre implique remuneración económica. Su participación laboral ayuda a mantener los hogares de residencia y a disminuir la pobreza, por ejemplo mediante el cuidado de los nietos. A pesar de lo anterior se tiene el estimativo que cerca del 45% de los mayores de 60 años permanecen en el mercado laboral formal e informal (Arango, Ruiz, 2008 p: 25)

El aumento de la esperanza de vida, la prevalencia de la familia nuclear con un número limitado de hijos, los cambios sociales y culturales, la evolución de la familia y el rol de la mujer como agente económico, especialmente en las ciudades, inciden en que el adulto mayor afronte cambios en la vivencia de su retiro.Entre 2015 y 2050, “la proporción de la población mundial con más de 60 años de edad pasará de 900 millones hasta 2000 millones”, lo que representa un aumento del 12% al 22% (OMS, 2016)

La futura asistencia de los mismos en esta etapa de sus vidas, no solo desde lo material, sino desde lo afectivo, representa un dilema para los hogares donde existen limitaciones económicas, disfuncionalidad o pocas personas dispuestas a desempeñarse como cuidadores, actualmente son contadas las familias que entienden la naturaleza compleja de la vejez y la contribución que constituye para la familia el cuidado de los adultos mayores, en cuanto a la consolidación de los hogares, las comunidades y el tejido social.

En Colombia todas las entidades territoriales deben aportar a la estructuración de las políticas sociales encaminadas a la inclusión y apoyo al adulto mayor desde su Política Nacional de Envejecimiento y Vejez.

La protección de los derechos de los adultos mayores se realiza de conformidad con los lineamientos establecidos por el Gobierno Nacional en su Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007 – 2019 contenida el documento elaborado por el Ministerio de la Protección Social en el año 2007, y en cumplimiento de las normas expedidas para tal fin. (Ministerio de Protección Social, 2007)

Desde la Alcaldía de Barranquilla se vienen desarrollando programas encaminados a apoyar, a partir de las políticas nacionales trazadas por el Ministerio de Protección Social en relación a la asistencia social de la ciudadanía en esta etapa del desarrollo humano (Secretaría de Gestión Social del Distrito de Barranquilla, 2007). Esta estrategia distrital, se manifiesta a través de diferentes programas: Programa de Atención Integral al Adulto Mayor (Centros de Vida), Subsidio Distrital para el Adulto Mayor, Colombia Mayor, Instituciones y Recuperación social de los habitantes de la calle (hogar de paso).

En Barranquilla existe un número significativo de Centros

Gerontológicos/Geriátricos públicos y privados que reciben cada vez más adultos mayores, los cuales, en su mayoría, provienen, de familias con limitaciones económicas y en algunos casos presentan enfermedades degenerativas que requieren cuidados especiales, en algunos casos son llevados al Centro Gerontológico ante el abandono de familiares directos o indirectos que no están dispuestos a compartir sus vidas con una persona que ha perdido o está perdiendo sus facultades.

La Institucionalización, es una alternativa de limitado orden para estas familias, que sea por imposibilidad económica o simplemente desafecto, terminan llevando a sus familiares a estas Instituciones u hogares para adultos mayores o simplemente los abandonan en los mismos.

Ya institucionalizados los adultos mayores, gozan de un ambiente seguro donde los atienden en sus necesidades básicas, y reciben los cuidados y asistencia para llevar una vejez digna, sin embargo, la dignidad de la vejez no solo está representada en la seguridad y sostenimiento material derivados de unos espacios institucionales, sino que es importante considerar la generación de una cultura que los considere personas capaces de aportar a su familia y a la comunidad.

La propuesta de reflexionar en torno a una estrategia transversal del uso adecuado del tiempo libre en los hogares y en los centros gerontológicos, apunta a la humanización de las rutinas de los adultos mayores como individuos capaces de desarrollar competencias y habilidades,no solo desde una perspectiva recreativa, contemplativa o cultural, sino para potenciar en ellos habilidades relacionadas con el aprender a emprender. (OMS, 2015):

Actualmente la OMS, incorpora el concepto de “envejecimiento activo” como el proceso de aprovechamiento y optimización de las oportunidades que favorecen el mantenimiento del bienestar físico, social y mental con el fin de aumentar la esperanza de vida en la edad avanzada, basándose en el enfoque integral del envejecimiento, dirigido a familiares y cuidadores, a fin de promover la salud y el bienestar de las personas mayores mediante la elaboración y fortalecimiento de entornos propicios para ellos.

Es por esto que una mirada más compleja del envejecimiento poblacional en Colombia representa un reto para los involucrados directos en el proceso, es necesario que el país establezca una estructura de base que blinde a los adultos mayores frente al devenir socio económico y los cambios inexorables de la sociedad y especialmente las estructuras familiares. El tema de la vejez y la natural perdida de capacidades es vital en una sociedad que asume en un mismo contexto, el control natal, el aumento en la expectativa de vida y la disfuncionalidad de las familias.

Desde una mirada de la salud pública todos deberían pensar en la vejez como un periodo de nuevas actividades incluso diferentes a las desarrolladas en sus actividades productivas del pasado, acorde con el cultivo de competencias

para la vida, considerando que se tiene un mayor tiempo para el ocio, y si se cuenta con una seguridad económica, esto agregaría autonomía al adulto mayor en muchas de sus decisiones, desde esta perspectiva, es necesario considerar una planeación especifica del tiempo libre.

El tiempo libre ha sido valorado a través de la historia, pero si lo miramos desde la perspectiva del adulto mayor, puede verse como un enemigo que convierte el día a día en algo poco atractivo, ya que estos espacios en el pasado, estaban llenos de actividades, y en el presente, se convierte en algo frustrante si no se cuenta con espacios propios para cultivar hábitos de vida saludables, socialización y espacios para ser productivos para sí mismo, su familia y la comunidad.

Desde esta perspectiva es necesario el establecimiento de actividades que despierten el interés y resulten atractivas para los adultos mayores, ya que estas reportan beneficios desde diferentes aspectos: físico, psicológico y social. Por tanto, la ocupación del tiempo libre es un mecanismo terapéutico, de gran valor social, que fortalece la salud y le permite disfrutar de la vida.

El manejo del tiempo en esta etapa importante de la vida, es sinónimo de nuevas experiencias y exploración vocacional, y a la que todos llegaremos en el transcurso de los años, la Organización Mundial de la Salud, OMS, en este sentido ha considerado las competencias relacionadas con el aprender a emprender, como un excelso mediador social para fomentar el uso adecuado del tiempo libre del adulto mayor, quien es susceptible de mejorar su calidad de vida y superar su vulnerabilidad o riesgo social a través del emprendimiento.

En esta reflexión analizaremos los principios que expone la OMS respecto al tema del emprendimiento con base en la experiencia con un grupo de adultos mayores internos del Hogar Granja San José de Barranquilla.

Preliminares de la experiencia

La Universidad Metropolitana viene desarrollando investigaciones enfocadas al adulto mayor desde 2013 y en términos concretos el colectivo Educación, Salud y Rehabilitación, EDUSAR consolidó en el 2014 la línea de investigación Discapacidad y Participación, enfocándose en temas como la motricidad, y prevención encaminada a generar proyectos que describan, analicen y formulen estrategias de solución en torno a los contextos y problemas relacionados con la discapacidad y la participación del adulto mayor en su comunidad, considerando las implicaciones biológicas, humanas y sociales del problema de la vulnerabilidad y riesgo social de la población con discapacidad.

Desde esta perspectiva la adaptación de los países al aumento del envejecimiento poblacional es una prioridad en la que las universidades deben contribuir activamente pues los gobiernos deben formular estrategias de

estabilización, al respecto según la (OMS, 2016)

“Francia dispuso de casi 150 años para adaptarse a un incremento del 10% al 20% en la proporción de la población mayor de 60 años, mientras que países como Brasil, China y la India deberán hacerlo en poco más de 20 años”. Por ello, a partir de los las reflexiones generadas desde esta línea de investigación, se pretende generar un impacto especifico en estas comunidades para mejorar su calidad de vida, considerando aspectos no solo de la salud física, sino, desde los contextos sociales y de la psicología, considerando que la estabilidad emocional, es uno de los aspectos fundamentales de las estrategias generales de salud promovidas.

Frente a la coyuntura del envejecimiento poblacional, uno de los puntos neurálgicos es la ocupación del tiempo libre en los hogares gerontológicos/geriátricos, el cual en algunas instituciones constituye una prioridad para asegurar el bienestar de los internos, propósito que fue focalizado por el grupo EDUSAR en cooperación con el grupo de investigación Desarrollo humano y Sistemas Sociales DEHUMS del programa de Psicología, que desarrolla una investigación enfocada al emprendimiento como proyecto integrador, y aplica directamente para los objetivos planteados dentro de esta estrategia formulada en el Hogar San José.

Una propuesta congruente con el envejecimiento activo

Antes que un programa de recreación o esparcimiento, en el enfoque del uso adecuado del tiempo libre, las competencias relacionadas con el aprender a emprender apuntan a la superación de la vulnerabilidad y el riesgo social de los adultos mayores, considerando, que el fomento de estas competencias contribuyen con la autoestima y la prevención de estados depresivos, ya que están encaminadas a generar actitudes constructivas (Rase, 2000) citado por (Formichella, 2004 p. 19)

“La formación en emprendimiento favorece la auto confianza, la autoestima, la auto eficacia y la necesidad de logro”,por esa razón, la estrategia, desde el inicio,insertóentre sus propósitos, no solo el desarrollo de habilidadespara mejorar la motricidad y la salud física general, sinoel cultivo de habilidades psico - sociales, por tanto, se introdujoentre sus objetivos específicos el fomento de actividades que fortalezcan la socialización entre los adultos, mayores a través del trabajo en equipo y la cooperación.

La propuesta inicia con los adultos mayores institucionalizados, residentes del Hogar Granja San José, para operacionalizar el proceso, se evaluó la idoneidad y habilidades que poseen los adultos para recibir formación y acompañamiento, organizando diferentes actividades en acuerdo con los mismos, mediado por un proceso de selección entre los que voluntariamente desearon participaren el proyecto

Para este propósito, se establecieron condiciones cognitivas mínimas y de funcionalidad y autonomía, para este propósitose aplicó el Mini-mental Estate Examination (por sus siglas MMSE), considerando las necesidades requeridas en manejo del lenguaje, la atención para la introyección de instrucciones, al respecto (Kurlowicz, Wallace, 1999) dice “La evaluación del estado cognitivo de una persona mayor es fundamental en la identificación de cambios tempranos en el estado fisiológico, capacidad de aprendizaje y la evaluación de la respuesta al tratamiento”, contándose para esta labor con la colaboración de la Psicóloga del Centro, quien realizó una preselección de los participantes en la prueba.

Respecto a la funcionalidad del adulto mayor a partir de las actividades básicas de la vida diaria, se recurrió a la prueba de Barthel, considerando el impacto que los problemas de salud subyacentes al deterioro natural de las funciones producto de la edad en el adulto mayor.

Es una medida simple en cuanto a su obtención e interpretación, fundamentada sobre bases empíricas. Se trata de asignar a cada paciente una puntuación en función de su grado de dependencia para realizar una serie de actividades básicas. Los valores que se asignan a cada actividad dependen del tiempo empleado en su realización y de la necesidad de ayuda para llevarla a cabo (**Cid-Ruzafa, Moreno, 1997).**

Transcurridas las pruebas se seleccionaron 12 residentes, de los cuales asistieron 11, de estos 9 eran hombres y 2 mujeres; un objetivo específico desde el punto de vista físico, fue fortalecer las habilidades motoras, especialmente a nivel de miembros superiores enfatizando en la motricidad fina a través de los diversos ejercicios preliminares a las actividades, a esta conducta inicial, se suma el dibujo como actividad mediadora de la apropiación del conocimiento tanto individual como grupal, a estas acciones se integra el fomento de habilidades psicosociales, especialmente la introyección del compromiso y la necesidad de logro, pues los productos elaborados serían destinados a presentarse como evidencia en un evento cultural programando por Centro Gerontológico,

Asi fue se consolidó el trabajo por cada sesión donde los adultos mayores demostraron valores relacionados con la formación y el compromiso a partir de sus competencias, según la (OMS, 2016) “El envejecimiento biológico no siempre se corresponde con los años. Algunos octogenarios tienen unas facultades físicas y psíquicas que nada tienen que envidiar a las de muchos veinteañeros”.

La organización del trabajo demando una sesión semanal con los adultos hasta completar siete sesiones, jornadas con una duración de 4 horas que contemplaron un conjunto de actividades destinadas a procesos de motivación, ejercicios y actividades mediadas por el dibujo, que se consideraron las más apropiadas para mediar los procesos de enseñanza – aprendizaje, así mismo se

llevaron a cabo como actividad focal la narración a partir de la técnica de la historia de vida.

Figura 1.Procesos establecidos para potenciar las competencias del aprender a emprender.

Ejercicio dirigido: Se realizaron ejercicios encaminados a mejorar la postura, flexibilidad y fuerza en miembros superiores.

Didácticas: Se utilizó el dibujo como actividad mediadora esencial para el afianzamiento de conceptos y selección de actividad productiva, considerando las limitaciones específicas de los internos. Para darle un carácter instructivo y de planeación al trabajo se les solicitó a los internos que dibujaran los pasos para producir, entregándoles los útiles y papelería para expresar sus ideas,así mismo se les dieron las instrucciones para solicitar en orden los insumos y materiales necesarios para su emprendimiento en particular. En las siguientes sesiones se suministraron los materiales prometidos, lo que motivo la participación y adhesión al proyecto por parte de los internos.

Motivación: La motivación comenzó desde el mismo proceso de preselección que se llevó a cabo por parte de la Psicóloga del centro, se le confirió formalidad para generar expectativas positivas al proceso, de allí se designó el lugar de trabajo y las sesiones que se iniciaron con una historia de superación y como conducta de entrada se invitó a realizar una reflexión a partir de una lectura.

Conductas constructivas: Este componente del proceso se logró a partir de las instrucciones y actividades llevadas a cabo para desarrollar los procesos productivos por grupos o individualmente. Se trabajó como posibles actividades de emprendimiento, preparación de alimentos; manualidades, como bordados y dibujo; y jardinería, todo ello de la mano de personal del centro.

Nuevas rutinas: La generación de nuevas rutinas es el producto de las conductas promovidas por los facilitadores, las cuales se expresan en el cumplimiento de tareas que requiere la producción desarrollada por los internos y el reconocimiento por ellos de las responsabilidades adquiridas, todo lo cual evidencia la consolidación de la estrategia.

Seguimiento del proceso: un encuentro de voluntades

La actitud de los internos mejoró de manera importante gracias a la estrategia de motivación, lo que contribuyó a que mejoraran, pese a su edad, en la aptitud para el desempeño de la competencia emprendedora, esto se evidenció en la voluntad expresada por los mismos, para desarrollar actividades específicas o estructuradas, acompañados de la disciplina y orden en el desarrollo de las acciones propuestas.

Los internos convocados a la evaluación inicial, mostraron que los cambios en la actitud contribuían a mejorar la aptitud pese a que se enfrentaban a las mismas circunstancias y ambiente donde venían desarrollando sus actividades ordinarias, mostrando, además, aprendizaje en la práctica para el desarrollo de acciones de mejora personal,mediante una rutina lógica, a nivel físico y mental, lo que les permitió fundamentar su formación para trabajar en equipo e integrarse a su tejido social.

Cuando se establecen procesos encaminados a mejorar la salud de los adultos mayores institucionalizados, se debe entender que el concepto de la misma, no lo define la ausencia de enfermedad, sino que el enfoque es más integral, el desarrollo psicosocial y la generación de nuevas rutinas especialmente productivas, aportan al carácter multidimensional de su ser:

“En la edad avanzada, la salud no debe definirse solamente como la ausencia de enfermedad. Todos los adultos mayores pueden gozar de buena salud y continuar realizando todas las actividades que les interesan. A menudo, el gasto social y sanitario dedicado a los ancianos se considera un costo para la sociedad cuando, en realidad, debe entenderse como una inversión que permite ofrecerles la oportunidad de seguir realizando numerosas contribuciones positivas.(OMS, 2016)

En este caso se establecieron indicadores para determinar la aptitud física y psicológica de los participantes, lo cual requirió de dos jornadas de evaluación, con test dirigidos a la evaluación mental y de autonomía (Minimental y Barthel).

Los internos recibieron instrucciones para las evaluaciones ponderando igualmente como la motricidad y actitud. Una parte fundamental de la evaluación la constituyó la calidad de la atención y coherencia de las acciones, así como del discurso de los convocados, todo lo cual condujo al cuidado en la actividad

desarrollada a nivel individual y su capacidad empática para trabajar en equipo.

Para el concreto seguimiento de las actividades propuestas se analizaron:

Postura del cuerpo, especialmente cuando es determinada por los movimientos del ánimo.

Disposición de ánimo manifestada de diversas formas.

La motivación que precede a la guía.

La predisposición estable o forma habitual de pensar, sentir y actuar en consonancia con los objetivos trazados durante la actividad.

Reacción afectiva positiva o negativa hacia un objetivo o proposición de trabajo al igual que el trabajo en equipo.

Limitaciones y fortalezas

El proceso no fue ajeno a limitaciones derivadas de diversas condiciones de la población convocada, especialmente los cambios en la salud de los internos que desvincularon, inicialmente, a uno de los convocados, así comoel hecho que un interno que fue retirado del hogar por sus familiares. Las fortalezas en la práctica superaron las limitaciones.

Dos de los internos no continuaron por razones de salud, argumentaron malestar o dolencias inespecíficas y otro se retiró de la institución.

Es importante subrayar la motivación del resto de asistentes, quienes cumplieron con las instrucciones impartidas en cada sesión y asistieron a todas las sesiones.

La Institución cuenta con infraestructura y espacios importantes para desarrollar el proyecto del uso adecuado del tiempo libre.

El uso adecuado del tiempo libre puede incidir positivamente en la calidad de vida de los internos, toda vez que les motiva a realizar cambios en sus rutinas diarias.

Los ejercicios físicos propuestos para iniciar las actividades de cada jornada aportan a mejorar la postura y la motricidad fina de los participantes.

Conclusiones y recomendaciones finales

La estrategia desarrollada para el uso adecuado del tiempo libre sensibilizó a los internos convocados para entender la importancia de desarrollar actividades que impliquen esfuerzo y uso de su creatividad.

La asistencia y cumplimiento de los internos con las tareas y compromisos del proyecto uso adecuado del tiempo libre permitieron identificar la potencialidad y disposición delos internos para realizar nuevas actividades y mejorar sus rutinas.

La motricidad fina de los internos, al igual que su estado de ánimo mejoró a partir de las tareas y actividades propuestas.

El ciclo propuesto de motivación, planeación y elaboración de productos se cumplió a partir de lo establecido en la estrategia, permitiendo la ampliación del espacio y tiempo a otras actividades.

Se evidenció en el grupo de internos que es posible el trabajo en equipo, fortaleciéndose entre ellos la comunicación haciendo evidente que tienen potencial para desarrollar ideas y actividades en pro de sentirse útiles.

A partir de esta consultoría se puede establecer por el Centro Granja San Mosén cooperación con la Universidad Metropolitana, programas de uso adecuado del tiempo libre orientados al emprendimiento como actividad productiva.

Se contribuyó con la muestra de productos en la semana cultural en agosto 2016 en el Hogar San José, convirtiéndose estos en un estímulo para la continuidad de los internos participantes en el programa de emprendimiento y para la vinculación al mismo de internos que no habían participado en el programa.

Referencias Bibliográficas

Alcaldía de Distrital de Barranquilla, política publica de envejecimiento y vejez del distrito de barranquilla, 2007, file:///C:/Users/DRA%20ANA%20MARIA/Desktop/POLITICA_PUBLICA_ENVEJECIMIENTO_VEJEZ.pdf

Arango Victoria, Ruíz Isabel, Fundación Saldarriaga Concha, Diagnóstico de los adultos mayores de Colombia. 2008 http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/SeguimientoPoliticas/Politicas%20Poblacionales/Envejecimiento%20y%20Vejez/Documentacion/A31ACF931BA329B4E040080A6C0A5D1C

Cid-Ruzafa Javier y Damián-Moreno Javier**,** valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Revista Española de Salud Pública, 1997.

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004

Ojeda, Ordoñez, Hernández, PROFAMILIA, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Printex Impresores Ltda. 2011.

https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR246/FR246.pdf

Formichella María Marta – EL CONCEPTO DE EMPRENDIMIENTO Y SU RELACION CON LA EDUCACIÓN, EL EMPLEO Y EL DESARROLLO LOCAL © Copyright 2002. INTA. Rivadavia 1439 (1033) Buenos Aires, Argentina. http://municipios.unq.edu.ar/modules/mislibros/archivos/MonografiaVersionFinal.pdf

Kurlowicz, Lenore Wallace, Meredith, TRY THIS: Best Practice in Nursing Care Adult to Older Adults, fromthe Hartford Institute for Geriatric Nursing, Division of Nursing, New York University 1999. www.mountsinai.on.ca/care/psych/on-call-resources/on-call-resources/mmse.pdf

OMS, Diez (10) Datos sobre el envejecimiento y la salud, 2015, http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/

OMS, Datos y Cifras, Envejecimientoy Ciclode Vida 2015, http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/

Funcionalidad en el adulto mayor: ¿qué nos dicen los números?

Rusvelt Vargas Moranth

Adalgisa Alcocer Olaciregui

Introducción

Las tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares en adultos residentes en países desarrollados ha disminuido desde la década de 1970, pero se ha incrementado en los países de ingresos bajos y medios (OMS, 2014), lo cual es un indicativo de los cambios relacionados con la transición demográfica y epidemiológica a nivel mundial, en donde el porcentaje de envejecimiento se ha incrementado, pero no va acompañado necesariamente de un mejor nivel de salud, afectando áreas como la funcionalidad, entendida como la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente (Sanhueza Parra y cols., 2005)

En el presente documento, se hace una revisión documental sobre datos clave alrededor de la funcionalidad en el adulto mayor, como forma de aportar un grano de arena al planteamiento de líneas temáticas y la posterior búsqueda de soluciones desde un punto de vista multidisciplinar.

Justificación

La expectativa de vida a nivel global se ha incrementado en las últimas décadas, y Colombia no ha sido ajena a este fenómeno, pasando, de 1990 a 2013, de 75 a 78,9 en mujeres, a 75 a 78,9 en hombres (Murray y cols., 2013) (Figura 1). En Barranquilla, esta cifra también se ha incrementado sostenidamente, pasando de64,7 en el quinquenio 1985-1990 a 72,1 en el período 2010 a 2015 (Figura 2) (Secretaría Distrital de Salud, 2014).

Sin embargo, vivir más años no significa necesariamente vivir con buenos años, ya que no siempre la expectativa de vida al nacer se acompaña de niveles altos en calidad de vida, lo que hace necesario explorar las relaciones alrededor del tema, enfatizando el componente de funcionalidad.

Figura 1. Expectativa de vida al nacer (Global y en Colombia): 1990-2013
Fuente: http://www.healthdata.org/colombia

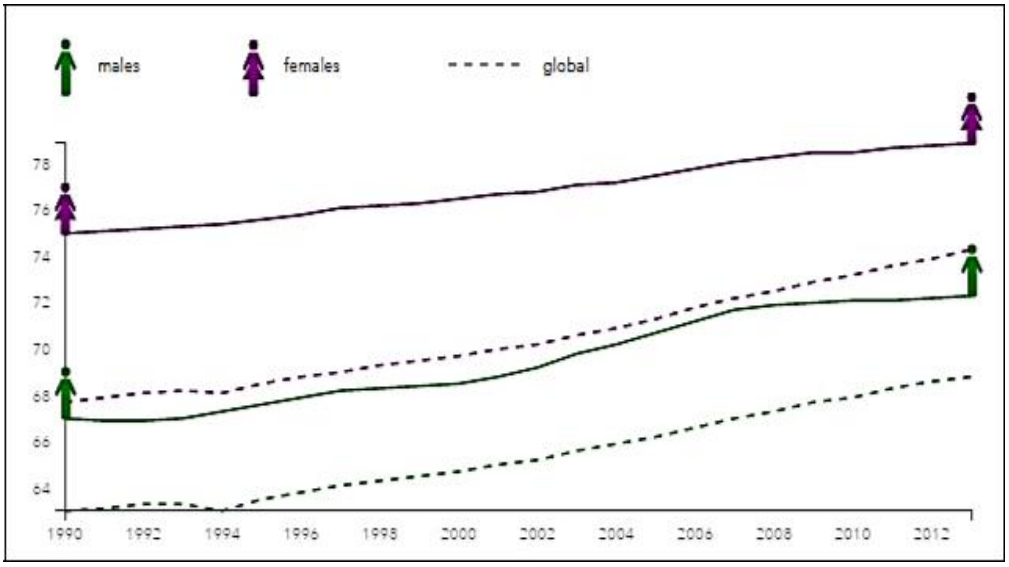
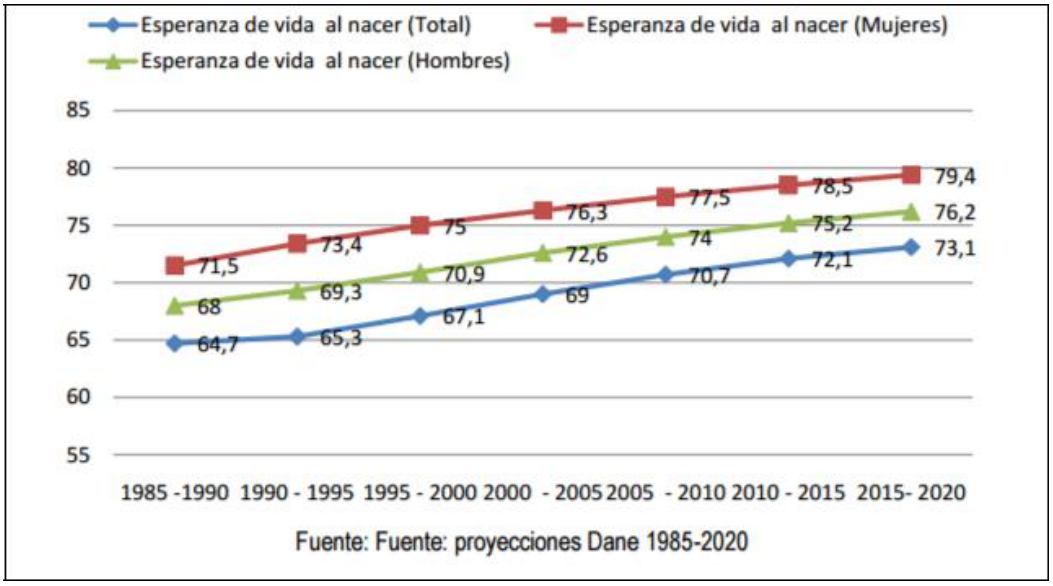


Figura 2. Esperanza de vida al nacer, por sexo, Distrito de Barranquilla, 1985.2020



Desarrollo

En 2015 12% de la población mundial tenía 60 años o más, pero para 2050 ese valor estará prácticamente duplicado, y en ese año, se proyecta que alrededor del 20% de la población será mayor de 60 años, 80% de estas personas vivirá en países de bajos y medianos ingresos, y sumarán en total alrededor de 395 millones de personas (OMS-OPS, 2002).

En Barranquilla, según el Análisis de Situación de Salud 2013 (Secretaría Distrital de Salud, 2014), se ha presentado un incremento importante en la proporción de personas mayores de 60 años (Figura 3), y es así que, indicadores como el índice de envejecimiento (número de personas de 60 años y más / personas menores de 15 años), pasó de 23% en 2005 a 29,2% en 2013, y se espera que para 2020 sea de 39,6%, mientras que el índice de vejez (población mayor de 60 años /población total) también se incrementó, de 6,5% a 7,4%, así como el índice de dependencia (población no trabajadora por edad/población potencialmente activa

Se espera que para 2020 sea de 13,2% (Figura 4). Estas cifras indican que la atención debe centrarse en un alto porcentaje sobre este fenómeno, especialmente porque la mayoría de nosotros seremos los adultos mayores del futuro.

Figura 3. Cambio en la proporción de la población por grupos etários, del Distrito de Barranquilla, 2005, 2013 y 2020

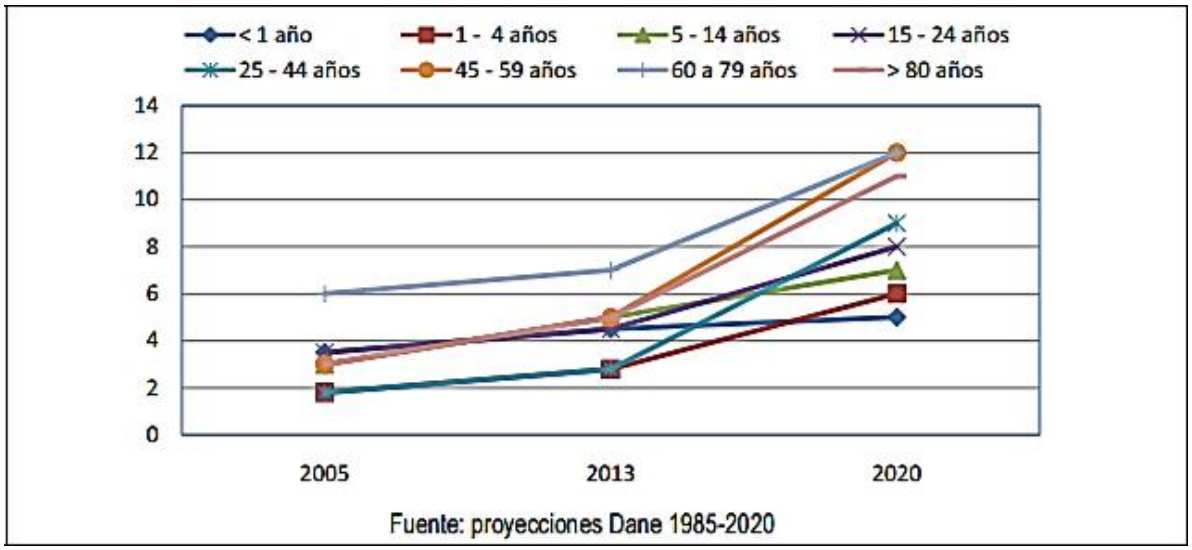
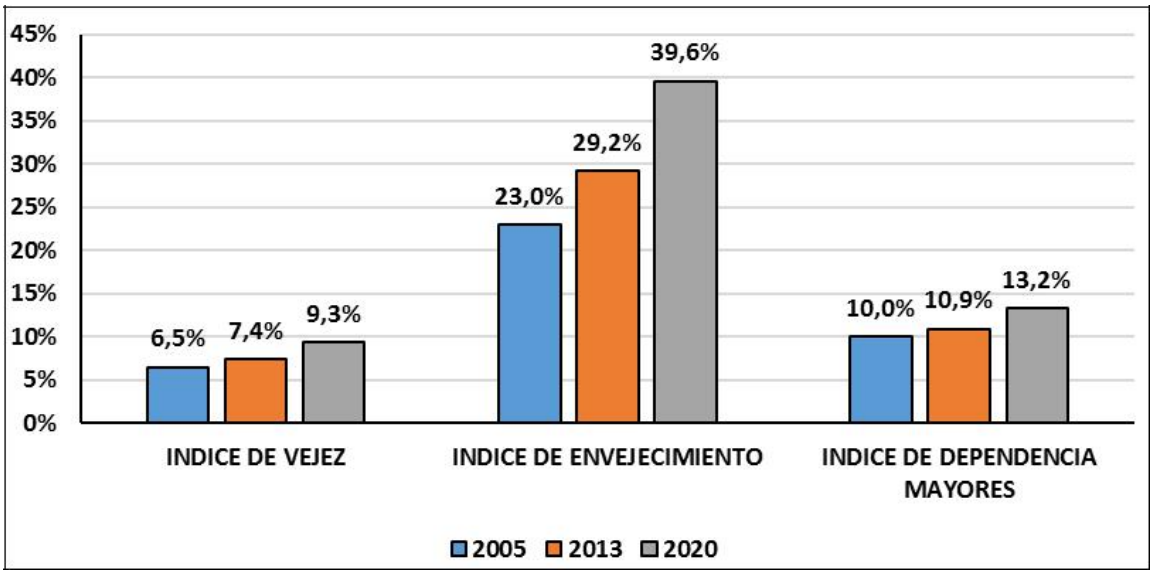


Figura 4. Índice de Envejecimiento Barranquilla 2005, 2013 y 2020



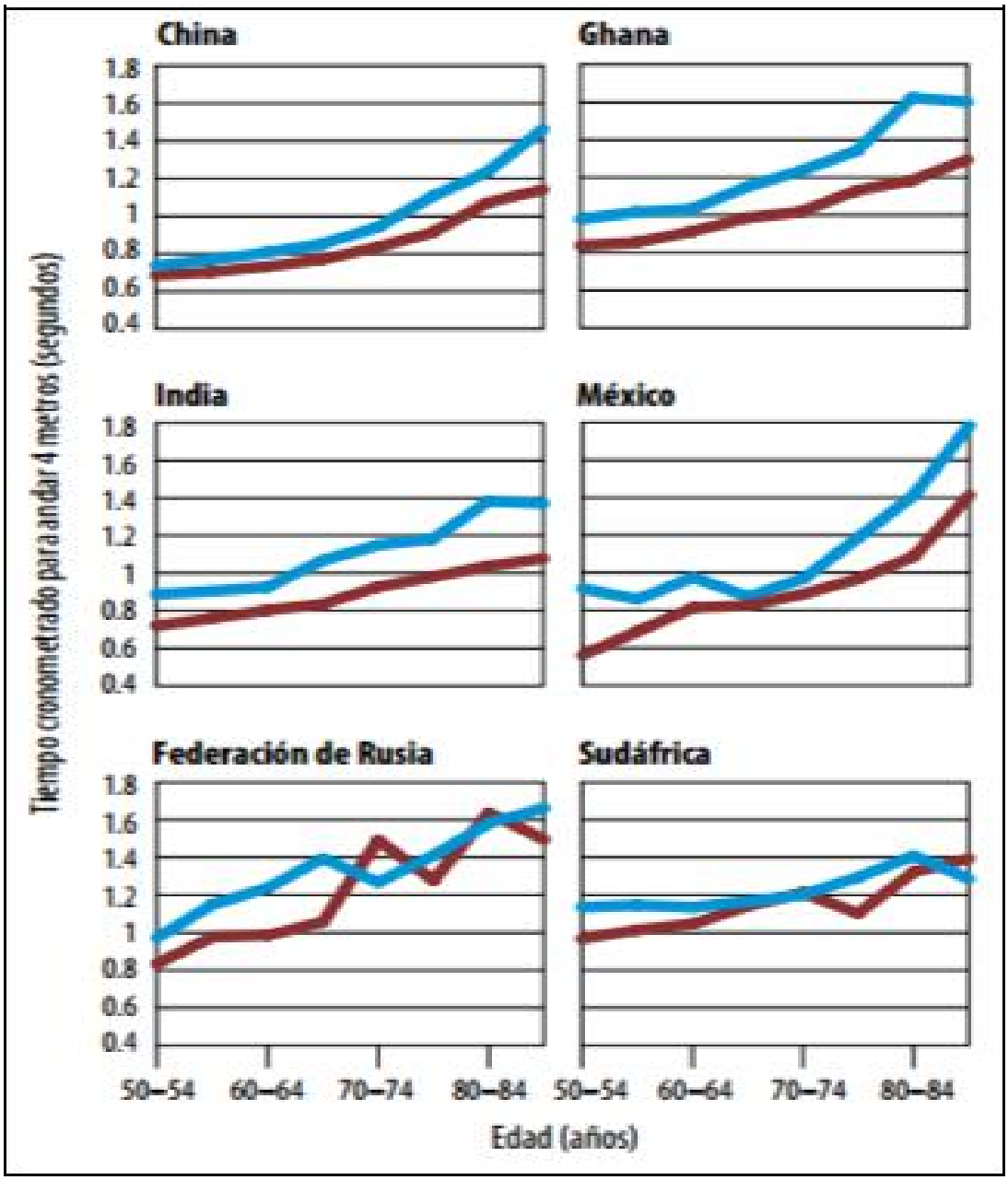
Fuente: ASIS Barranquilla 2013

El problema se torna un tanto más complejo, cuando se tiene en cuenta que todas las personas mayores son distintas, ya que, mientras algunas tienen el nivel funcional de una persona de 30 años, otras necesitan asistencia permanente para actividades cotidianas (OMS, 2015), lo cual es consecuente con el hecho que la salud en la vejez no es cuestión de azar, ya que son varios los factores que influyen en este estado, algunos individuales como la genética, cambios propios relacionados con la edad y estilos de vida saludable, y otros ambientales como la asistencia social, la vivienda y el transporte, entre otros.

Después de alcanzar un nivel máximo en la edad adulta temprana, la masa muscular tiende a disminuir con la edad, lo que puede estar asociado con el deterioro de la fuerza y la función musculoesquelética, la cual ha ido disminuyendo de manera global en los adultos mayores.

El estudio “Share” (Borrat-Besson, 2013), abordó este fenómeno, encontrando que la fuerza de prensión e hombres y mujeres mayores de 50 años disminuye paulatinamente junto con la edad en países desarrollados como Alemania y Francia, y en otros en vías de desarrollo como México, India y Sudáfrica, siendo cercana a los 55Kg en hombres y 35Kg en mujeres a los 50 años, y de 25Kg en ambos sexos para los 80 años (Figura 5).

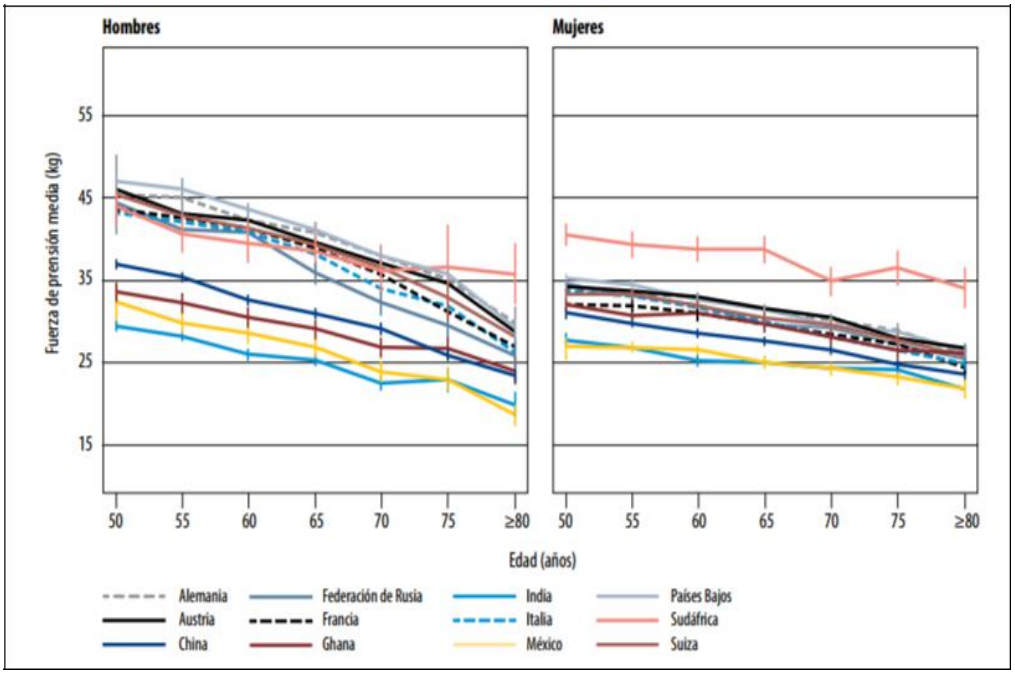
Figura 5. Fuerza de prensión en hombres y mujeres de 50 años ó más



Fuente: Estudio Share, 2013

De la misma manera, la velocidad de la marcha (tiempo necesario para andar cuatro metros, muestra incrementos importantes con el paso de los años, pasando de 0,9 segundos a los 50, hasta llegar a 1,8 segundos a los 80 años (Figura 6) (Kowal P, 2011).

Figura 6. Velocidad en la marcha



Fuente: Estudio SAGE, 2012

Otro indicador indirecto de la funcionalidad, es la incidencia de fracturas de cadera, la cual es cercana a 450/100.000 habitantes en países como Noruega y Suecia (Kanis, 2012) a En Barranquilla no se tienen datos oficiales sobre morbilidad, pero sí se reconoce que, un indicador efectivo como es la tasa específica de mortalidad ajustada por caídas, muestra diferencias importantes entre hombres y mujeres; por ejemplo, en 2009, fue de 2,9/100.000 en hombres, y de 0,4/100.000 en mujeres (Figura 7).

Por otro lado, el porcentaje de adultos mayores con una limitación para realizar una o más de las 5 actividades diarias va de 60% a 80% en países como México, Sudáfrica, Ghana y la India, mientras que en Suiza, Dinamarca y Suecia no supera el 30% (Kowal, 2012). Estos valores indican diferencias importantes relacionadas con la calidad de vida, que deben emplearse para mejorar las condiciones de los adultos mayores (Figura 8).

Figura 7. Tasa específica (x100.000) de mortalidad ajustada por caídas. Barranquilla 2005-2011

Fuente: ASIS Barranquilla, 2014

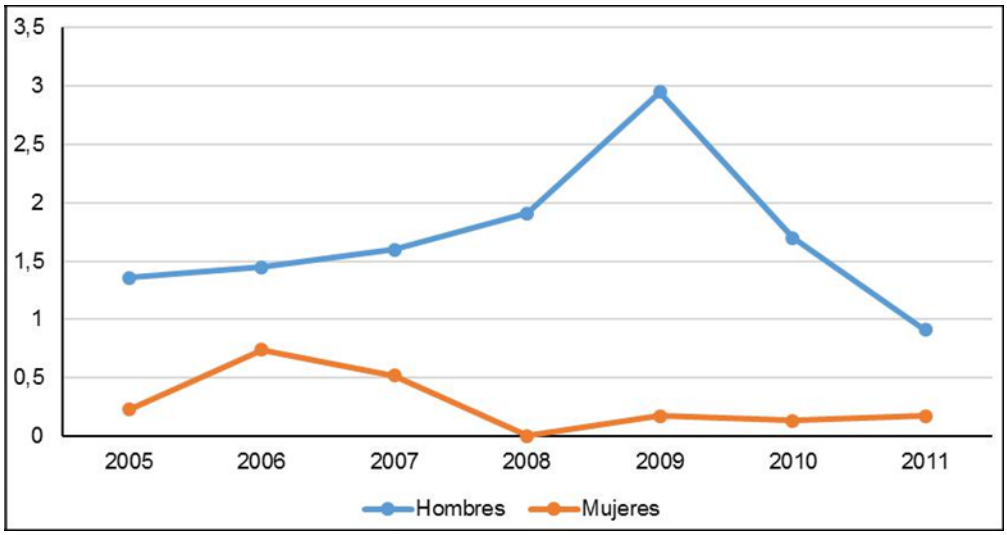
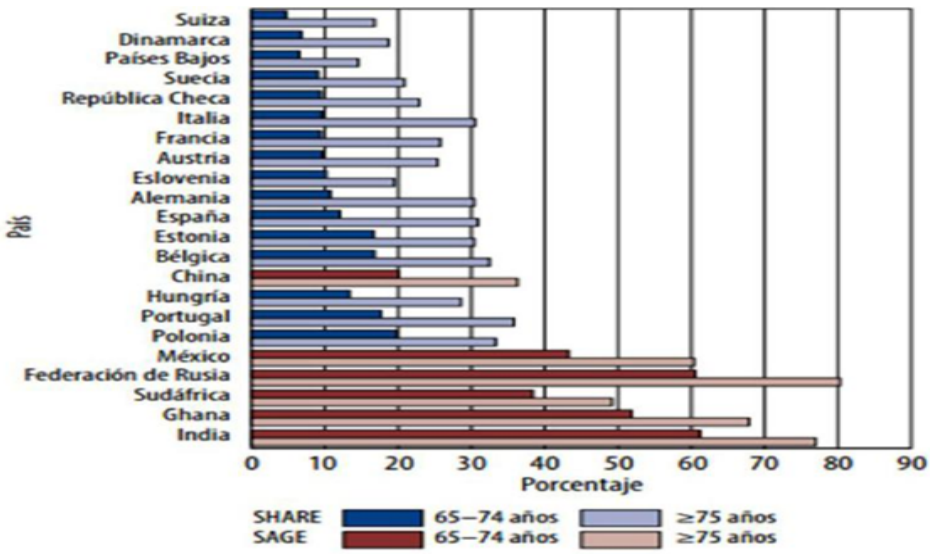


Figura 8. Porcentaje de la población de 74 años y de 75 o más con una limitación para realizar una o más de las 5 actividades diarias



Fuente: Estudio SAGE, 2012

Conclusiones

Las cifras relacionadas con la funcionalidad en el adulto mayor son preocupantes, y el compromiso es cuestionarse sobre: ¿Qué se necesita para un envejecimiento saludable? Y proveer soluciones, teniendo en cuenta que esta es una pregunta que requiere un abordaje multidisciplinario y el aporte de investigaciones específicas. La Organización Mundial de la Salud, sugiere que deben tenerse en cuenta cuatros aspectos clave:

1) Un cambio en nuestra forma de ver el envejecimiento y las personas mayores.
2) La creación de entornos adaptados a personas mayores
3) La adecuación de los sistemas de salud
4) La creación de sistemas de atención a largo plazo

Referencias bibliográficas

Borrat-Besson C, Ryser V-A, Wernli B. Transitions between frailty states – a European comparison. In: Börsch-Supan A, Brandt M, Litwin H, Weber GW, editors. Active ageing and solidarity between generations in Europe: first results from SHARE after the economic crisis. Berlin: De Gruyter; 2013:175–86.

Kanis, J. A., Odén, A., McCloskey, E. V., Johansson, H., Wahl, D. A., & Cooper, C. (2012). A systematic review of hip fracture incidence and probability of fracture worldwide. Osteoporosis International, 23(9), 2239-2256.

Kowal P, Chatterji S, Naidoo N, Biritwum R, Fan W, López Ridaura R, et al.; SAGE Collaborators. Data resource profile: the World Health Organization Study on global AGEing and adult health (SAGE). Int J Epidemiol. 2012 Dec;41(6):1639–49.

Murray, C. J., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A. D., Michaud, C., & Aboyans, V. (2013). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. The lancet, 380(9859), 2197-2223

OMS (2015) Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. Tomado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la

Salud (OPS). La Salud y el Envejecimiento. 36ª Sesión del Subcomité de Planificación y programación del Comité Ejecutivo. Washington, D.C. 25 al 27 de marzo de 2002. p. 1–19.

Sanhueza Parra, M., Castro Salas, M., & Merino Escobar, J. M. (2005). Adultos mayores funcionales: Un nuevo concepto en salud. Ciencia y enfermería, 11(2), 17-21.

World Health Organization. (2014). Global status report on alcohol and health. World Health Organization.

Epílogo

“Sólo una identidad firmemente anclada en el ‘patrimonio’ de una identidad cultural puede producir un equilibrio psicosocial eficaz” (Erik Erikson).

El desarrollo de los seres humanos y de la sociedad, desde la Psicologìa de la Esperanza, desde la cual, así como otros pensadores / autores, Erik Erikson lega nutricias y saludables perspectivas a la vez que nuevos significados, adicionando al diccionario psicológico definiciones tales como "identidad”, “crisis de identidad", "ciclo de vida”, entre otros; estos aportes aún vigentes, continúan siendo valiosos ámbitos investigativos posibilitando debates conceptuales, necesarios, en torno a lo que nos ocupa, la perspectiva de la salud funcional y de la calidad de vida de las personas mayores / etapa de la vejez.

En 1950 sale, tal vez el más famoso libro de Erickson, "Infancia y Sociedad", en la que hizo hincapié en la importancia de la juventud y de otros períodos de la vida humana. En su opinión "el ciclo de vida está determinado por la secuencia de las crisis que se resuelven y se reemplaza por el nuevo, en el cual el individuo se da cuenta de su oportunidad." Continúa acotando el citado autor que: Personas de cualquier edad pueden estar en armonía consigo mismas, o pueden ser desgarradas por contradicciones internas. Erickson hizo hincapié en el papel de una amplia gama de influencias que determinan el desarrollo, no sólo en la infancia sino también en la adolescencia, la edad adulta y la vejez.

Lo anterior complementa el planteamiento acerca que los seres humanos no somos seres arrojados al vacío, vivimos y formamos parte de una historia, nos movemos en una situación y circunstancia, actuamos sobre la redes de múltiples vinculaciones sociales, Martín-Baró (1983) . Dialoga lo anterior con un investigador chileno:

Los seres humanos somos seres sociales: vivimos nuestro ser cotidiano en continua imbricación con el ser de los otros. Toda nuestra realidad humana es social y somos personas, sólo en cuanto somos seres sociales en el lenguaje... Los problemas sociales son siempre problemas culturales, porque tienen que ver con los mundos que construimos en la convivencia...

La guerra no llega, la hacemos, y la miseria no es un accidente histórico, es obra nuestra porque queremos un mundo con las ventajas antisociales que trae consigo la justificación ideológica de la acumulación de riqueza, mediante la

generación de servidumbre bajo el pretexto de eficacia productiva... (Maturana, 1995) .

Y, este planteamiento a su vez se enlaza con el aporte de otro autor: Todas las funciones psicológicas son relaciones de orden social interiorizadas, base de la estructura social de la personalidad, Vygotsky (1996) . Sin descuidar claro está, las bioestucturas y sus procesos / funciones, asì como la dimensión espiritual (inmanencia y trascendencia) ya que en la integral, realimentada y funcional relación de estas instancias, en la vida del ser humano, individual y colectivamente, se encuentran los denominados factores protectivos o funcionales, así como los factores de riesgo o disfuncionales -a prevenir, fomentando la promoción de la salud, el autocuidado y los estilos de vida saludables-.

La concepción saludable de envejecimiento activo se basa en el ejercicio de los derechos de las personas mayores y es entendido por la Organización Mundial de la Salud como un proceso de optimización de las oportunidades de salud, seguridad y participación (OMS, 2002).

Respecto de ésta última, los organismos internacionales interesados en temáticas referidas a la vejez y al envejecimiento han destacado su importancia, junto con la integración en la comunidad y la disponibilidad de apoyos sociales variados -compañeros, vecinos, amigos, familiares, organizaciones, servicios sociales, políticas, programas comunitarios, educativos, para el mejoramiento la calidad de vida y el logro de mayores niveles de bienestar-.

Sea pues, esta publicación y, otras que puedan concretarse, desde la Universidad Metropolitana (Barranquilla-Colombia), auspiciada por la Coordinación de Publicaciones Cientìficas de la Dirección Institucional de Investigaciones (DIDI), aportes de distintas personas a la vez que profesionales de diversas disciplinas y experiencias humano-laborales-sanitario-sociales, con personas mayores en etapa de vejez o por acercarse a esta. Si logramos pasar de las edades convencionales para obtener esta “nueva mayoría de edad”, se revertirán, en lo posible, los beneficios y obsequios, individuales y familiares, de un envejecimiento activo saludable.

Martha Silva Pertuz