

# TRABAJO CON PERSONAS ADULTAS MAYORES: UN ABORDAJE INTEGRAL EN COMUNIDAD

PROGRAMA APEX

Virginia Álvarez  
Raquel Palumbo  
Sylvia Piovesan  
Cecilia Rodríguez  
Inés Salveraglio  
Verónica Silveira

COMISIÓN SECTORIAL DE EDUCACIÓN PERMANENTE



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY

ÁREA CIENCIAS  
DE LA SALUD

**SD**

# TRABAJO CON PERSONAS ADULTAS MAYORES:

---

Un abordaje integral  
en comunidad

Virginia Álvarez  
Raquel Palumbo  
Sylvia Piovesan  
Cecilia Rodríguez  
Inés Salveraglio  
Verónica Silveira



**Rector de la Universidad de la República:** Dr. Roberto Markarian

**Pro. Rector de Enseñanza:** Prof. Fernando Peláez

**Comisión Sectorial de Educación Permanente (CSEP)**

Dr. David González Berrutti (Presidente) / Ingeniero Agrónomo Mario Jaso (Director de la Unidad Central de Educación Permanente - UCEP) / Licenciada en Sociología Silvana Maubrigades (Área Ciencias Sociales y Artísticas) / Magister Licenciada en Nutrición Luisa Saravia (Área Ciencias de la Salud) / Química Farmacéutica Alicia Calzolari (Área de las Tecnologías y Ciencias de la Naturaleza y el Hábitat) / Ingeniero Agrónomo José Luis Álvarez (Centros Universitarios del Interior) / Dra. Beatriz Goñi (Orden Docente) / Msc. Mario Piaggio (Orden Egresados) / Magister Arquitecto Roberto Langwagen (Secretario)

**Decano o Director del servicio al que pertenece la publicación:** Débora Gribov

**Encargado de Educación Permanente del servicio:** Prof. Débora Gribov

**Responsable académico de la publicación:** Raquel Palumbo

**Coordinador de la publicación:** Raquel Palumbo

**Evaluadores externos de la publicación:**

Prof. Dr. Italo Savio / Dra. Mónica Sans / Prof. Mag. Susana Rudolf

**Diseño Gráfico Original:**

Claudia Espinosa - Arq. Alejandro Folga - Arq. Rosario Rodríguez Prati.

**Corrección de estilo:** Natalia Chiesa

**Puesta en página:** Andrea Duré

**Fecha de publicación:** Junio de 2018

**Cantidad de ejemplares:** 150

**ISBN:** 978-9974-0-1534-0

ESTA PUBLICACIÓN FUE FINANCIADA POR LA  
COMISIÓN SECTORIAL DE EDUCACIÓN PERMANENTE

EDITADA POR EDICIONES UNIVERSITARIAS  
(Unidad de Comunicación de la Universidad de la República – Ucur)

PRÓLOGO, <i>Graciela Acosta</i> .....	5
INTRODUCCIÓN, <i>Virginia Álvarez, Raquel Palumbo, Cecilia Rodríguez y Verónica Silveira</i> .....	7
I	
CAPÍTULO 1. Fundamentación <i>Virginia Álvarez, Raquel Palumbo, Sylvia Piovesan, Cecilia Rodríguez, Inés Salveraglio y Verónica Silveira</i> .....	11
CAPÍTULO 2. Aprender en contexto. Formación para un futuro incierto, <i>Raquel Palumbo</i> .....	17
II	
CAPÍTULO 3. Aspectos sociales del envejecimiento <i>Cecilia Rodríguez</i> .....	25
CAPÍTULO 4. Valoración geriátrica integral en el primer nivel de atención, <i>Verónica Silveira</i> .....	33
CAPÍTULO 5. Trabajar por y para la seguridad alimentaria y nutricional, <i>Raquel Palumbo</i> .....	43
CAPÍTULO 6. Aspectos psicológicos de la vejez y el envejecimiento, <i>Virginia Álvarez</i> .....	53
CAPÍTULO 7. Aportes de la odontología al envejecimiento saludable, <i>Inés Salveraglio</i> .....	59

CAPÍTULO 8. Principios de bioética y derechos de los usuarios: una mirada en torno al adulto mayor, <i>Sylvia Piovesan</i> .....	65
III	
CAPÍTULO 9. Dispositivos de abordajes interdisciplinarios en comunidad, <i>Virginia Álvarez, Raquel Palumbo,</i> <i>Cecilia Rodríguez y Verónica Silveira</i> .....	79
CAPÍTULO 10. Abordaje grupal en el trabajo con personas adultas mayores: el Taller de Libre Expresión, <i>Virginia Álvarez</i> .....	85
CONSIDERACIONES FINALES <i>Virginia Álvarez, Raquel Palumbo, Sylvia Piovesan,</i> <i>Cecilia Rodríguez, Inés Salveraglio y Verónica Silveira</i> .....	103
SOBRE LAS AUTORAS .....	105
GLOSARIO DE SIGLAS .....	107

# PRÓLOGO

---

Los lectores encontrarán, en este libro, la experiencia de un equipo docente que trabaja por y con las personas adultas mayores.

Es desafiante llevar adelante el trabajo sobre la temática de las personas adultas mayores como lo hacen estos docentes en el Programa APEX de la Universidad de la República (Udelar), desde las diferentes áreas: social, afectiva y biológica, en forma interdisciplinaria, incorporando activamente a los usuarios al proceso y desarrollando, en este ámbito, la formación de los estudiantes universitarios. Estudiantes que se los incorpora como integrantes del equipo, mostrando y enseñando una metodología diferente de aprendizaje en la comunidad, con un compromiso en cuerpo y alma con la tarea entre todos proyectada. En estas páginas, se describe la experiencia lograda.

En cada línea de trabajo, está la imagen de las personas adultas mayores; en cada párrafo, hay detrás un contacto con alguien que tiene nombre y apellido, quien ha aportado a lo que fue la vivencia en forma clara y concreta. Gracias a estas personas, el equipo se ha enriquecido, pero estas, a su vez, como partícipes de esta experiencia, han aprendido a empoderarse de sus derechos, autonomía y cuidados.

La población adulta mayor es heterogénea, tan heterogénea que no hay dos individuos que envejecan igual. Por ello, es vital que sea abordada desde la interdisciplina.

Este es un material que muestra cómo, desde dicha interdisciplina, se valora mejor la situación de esta etapa del ciclo de vida y aprendemos unos de los otros. En él, se transmite no solo lo académico, que podrá encontrarse en otros libros de texto, sino algo que únicamente el que lo vive lo puede expresar: el saber compartido.

En definitiva, se quiere transmitir cómo los grandes maestros logran propagar, traspasar al otro, con valor ético, moral, de respeto; un abordaje que siempre debería estar basado en la persona.

*Graciela Acosta*  
Médica geriatra y oncóloga  
Presidenta de la Sociedad Uruguaya de Gerontología y Geriátrica



# INTRODUCCIÓN

---

Virginia Álvarez  
Raquel Palumbo  
Cecilia Rodríguez  
Verónica Silveira

La presente publicación surgió a partir de la realización del curso interservicios de la Comisión Sectorial de Educación Permanente: Consideraciones Éticas en el Trabajo Interdisciplinario con Personas Adultas Mayores en Comunidad, dirigido a estudiantes universitarios avanzados y profesionales del área de la salud, el cual se dictó en el período noviembre-diciembre de 2016 y fue organizado por el Programa APEX, en coordinación con docentes de la Red Temática de Bioética de la Udelar. El curso tuvo como objetivo contribuir a la formación de los recursos humanos en salud. La propuesta se desarrolló en cinco módulos de una duración de tres horas cada uno, en los que se compartieron conocimientos y estrategias de acción en relación con el trabajo multiprofesional e interdisciplinario con personas adultas mayores en comunidad. Se intercambiaron aspectos metodológicos y técnicos de dichos abordajes, así como sobre las consideraciones éticas mínimas requeridas en el trabajo en equipo y con personas adultas mayores.

Este se llevó a cabo empleando una metodología de trabajo expositiva y de taller que integraba a más de un docente de las diferentes disciplinas en cada instancia, lo que permitió un análisis de situaciones y casos con un enfoque interdisciplinario. Los participantes pertenecían a ciencias sociales, enfermería, medicina, nutrición, psicología y psicomotricidad. Para obtener el certificado de cursado, se requería la realización de un 80 % de actividades presenciales y no presenciales, y, para aprobar dicho curso, era preciso presentar y aprobar un proyecto de intervención o investigación relacionado con el grupo etario.

El presente libro incluye, al inicio, el prólogo y la introducción, y, al final, algunas consideraciones. El texto se estructura en tres secciones: una primera sección (I), en la que se aborda la importancia del trabajo con

personas adultas mayores en Uruguay en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y el enfoque pedagógico con el cual trabaja el equipo (capítulos 1 y 2); una segunda sección (II), en la cual se desarrollan algunos artículos temáticos tratados en el curso (capítulos del 3 al 8), y una tercera sección (III), donde se describen los dispositivos de trabajo y su aplicación práctica en comunidad (capítulos 9 y 10). Si, una vez finalizada la lectura de este trabajo, el lector logra acrecentar sus conocimientos sobre la temática presentada o sensibilizarse con la realidad de este grupo etario, el objetivo se considera alcanzado.

|

*El mundo contemporáneo no tiene lugar para nosotros. Si uno no lo inventa, no hay lugar. No es que hay lugares con todo un marco ético que uno puede cumplir o transgredir, sino que cada vez más nos encontramos en lugares en los que tenemos que inventar los modos de ocuparlos.*

Ignacio Lewkowicz, «Una respuesta ética ante la violencia»





# CAPÍTULO 1

---

## FUNDAMENTACIÓN

Virginia Álvarez  
Raquel Palumbo  
Sylvia Piovesan  
Cecilia Rodríguez  
Inés Salveraglio  
Verónica Silveira

Uruguay es uno de los países más envejecidos de América Latina y el Caribe, con tasas de mortalidad y de fecundidad que están por debajo del nivel de reemplazo (Varela citado en Paredes, Ciarniello y Brunet, 2010: 9). A esto, se deben sumar los procesos migratorios que se dieron en el país y el hecho de que, paulatinamente, el desarrollo de la tecnología y el avance de algunas disciplinas han posibilitado el aumento del promedio de vida, lo que, en consecuencia, incrementa el porcentaje de personas mayores.

A partir de 2005, se inicia una reforma estructural en el sector de la salud con la aprobación de la Ley 18.211 de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), que busca garantizar la equidad, accesibilidad, calidad y universalidad de los servicios de salud, estableciendo cambios en los modelos de gestión, financiamiento y atención. Este sistema tiene como prioridad la prevención y promoción de la salud.

El cambio en el modelo de atención plantea pasar de un enfoque biomédico a uno preventivo, de una visión hospitalocéntrica a una visión de la comunidad. Prioriza la estrategia de atención primaria en salud (APS), el primer nivel de atención, las acciones focalizadas en la prevención y promoción de salud y la organización en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Todo ello desde una perspectiva territorial, que implica la atención en salud en el lugar donde transcurre y se desarrolla la vida

cotidiana de las personas, donde se producen y reproducen los determinantes de la salud.

Algunos de los principios rectores del SNIS establecen:

La promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población [...], [y] la calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios [...] (Ley n.º 18.211, 2007).

En este escenario, el equipo docente que trabaja con personas adultas mayores desde hace más de veinte años lleva a cabo actividades para aportar a los cambios propuestos. Son ejemplo de ello las actividades desarrolladas en el medio: Construyendo Trayectorias, Melo-Montevideo. Consideraciones Éticas en el Trabajo Interdisciplinario con Personas Adultas Mayores (ciudad de Melo, 2014) y Consideraciones Éticas en el Trabajo Interdisciplinario con Personas Adultas Mayores en el Primer Nivel de Atención (ciudad de Rocha, 2015), proyectos concursables aprobados y financiados por la Comisión Sectorial de Extensión y Actividades en el Medio, de la Universidad de la República (Udelar). Así, se llegó al curso interservicios Consideraciones Éticas en el Trabajo Interdisciplinario con Personas Adultas Mayores en Comunidad, realizado en forma conjunta por docentes de APEX y de la Red Temática de Bioética, y financiado por la Comisión Sectorial de Educación Permanente, de la Udelar, que dio origen a esta publicación.

El equipo valora las actividades desarrolladas como una oportunidad de compartir conocimientos sobre el grupo etario con un mayor número de personas interesadas en la temática.

La organización de la presente publicación responde —en parte— a la forma en que se abordaron algunos temas. La separación en capítulos temáticos disciplinarios busca facilitar la comprensión, en el entendido de que en la práctica es imposible concebir de manera fragmentada los enfoques teóricos y menos aún los disciplinarios. Los contenidos y la metodología responden al interés de profundizar en las particularidades del trabajo con el grupo etario en el contexto del SNIS. El marco teórico que da sustento a los contenidos conlleva conceptualizaciones de salud, bioética, envejecimiento, vejez y gerontología.

La salud es concebida desde el paradigma de salud comunitaria, en el que la comunidad es el componente principal en la producción de salud y el equipo multidisciplinario es colaborador o participante; en este caso, la participación es entendida como el tomar parte en las decisiones sobre la salud de la cual la comunidad se apropia, porque es suya. Paradigma centrado en una comprensión holística y sistémica del proceso de salud, que lleva a gestionar una salud positiva. Este sostiene

ne que «se debe ubicar al hombre en su contexto social y la responsabilidad del Estado en el cuidado de la salud de la población» (Morales Calatayud, 1999).

La bioética es pensada desde una concepción amplia —no ligada solamente al uso de las tecnologías en medicina— que incorpora las condiciones que, desde una perspectiva holística de la vida, determinan los fenómenos de salud y enfermedad. Es un conjunto de valores consensuados por la comunidad internacional y consagrados en la Declaración Internacional de Bioética y Derechos Humanos (Unesco, 2005). Se amplía este concepto en el capítulo 8.

El envejecimiento es:

[...] [Un] proceso dinámico, gradual, natural e inevitable, donde se dan cambios a nivel biológico, psicológico y social; el envejecimiento, como todo lo humano, siempre lleva el sello de lo singular, lo único, lo individual (Viguera, 2001).

Y la vejez es considerada un proceso particular y subjetivo en el cual influye una multiplicidad de factores: sociales, culturales, psicológicos, biológicos, etcétera; no existe una única forma de envejecer: habrá tantas vejezes como personas lleguen a viejas.

El cambio en la vida adulta y la vejez no es universal (los sujetos varían mucho entre sí), no es unidimensional (cada capacidad o función evoluciona de diferente manera) ni unidireccional (determinadas capacidades pueden involucionar, pero otras pueden mantenerse o mejorar), ni es tampoco siempre y necesariamente irreversible (hay aspectos y dimensiones que se pueden mejorar) (López Sánchez y Olazábal Ulaica, 1998).

El equipo docente adhiere a la teoría del curso de la vida (o, en inglés, *life course theory*), que entiende el desarrollo de la vida humana en su extensión temporal y en su marco sociohistórico. Esta enfatiza los cambios permanentes, la multidimensionalidad y la plasticidad, así como la importancia del contexto y de la historia (Dulcey y Uribe, 2002).

La gerontología es la ciencia que se ocupa del estudio de la vejez y de todos aquellos fenómenos que la caracterizan e implican: biológicos, psicológicos, sociales, culturales, entre otros.

## A MODO DE SÍNTESIS

La realidad demográfica de Uruguay con relación al porcentaje de personas adultas mayores que posee, la creación de un sistema de salud que prioriza la estrategia de APS y el primer nivel de atención, y la formación y experiencia del equipo docente con respecto al envejecimiento y la vejez fundamentan la realización del presente trabajo. Socializar los conocimientos generados sobre la temática es un compromiso ineludible para la conquista de los derechos de las personas adultas mayores.

## BIBLIOGRAFÍA

- DULCEY, E., y URIBE, C. (2002). «Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana» [EN LÍNEA]. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 34, n.ºs 1-2, Fundación Universitaria Konrad Lorenz, pp. 17-27. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/pdf/805/80534202.pdf>>.
- Ley 18.211 (2007). Sistema Nacional Integrado de Salud. En: Diario Oficial de la República Oriental del Uruguay, Montevideo, 13 de diciembre.
- Ley 18.335 (2008). Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud [EN LÍNEA]. Montevideo, 15 de agosto. Disponible en: <<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp2265158.htm>>.
- LÓPEZ SÁNCHEZ, F., y OLAZÁBAL ULACIA, J. (1998). *Sexualidad en la vejez*. Madrid: Pirámide.
- Morales Calatayud, F. (1999). *Psicología de la Salud. Conceptos básicos y proyecciones de trabajo*. La Habana: Ed. Científico Técnica.
- PAREDES, M.; CIARNIELLO, M., y BRUNET, N. (2010). *Indicadores sociodemográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay: una perspectiva comparada en el contexto latinoamericano*. Montevideo: Udelar-UNFPA.
- SAFORCADA, E. S. (2006). *Psicología sanitaria: análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- SALGADO, A. (2003). «Geriatría. Especialidad médica. Historia, conceptos, enseñanza de la geriatría». En: SALGADO, A. *Manual de Geriatría*. Barcelona: Masson.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco) (2005). Declaración de Bioética y Derechos Humanos.
- VARELA (2010). En: PAREDES, M.; CIARNIELLO, M., y BRUNET, N. *Indicadores sociodemográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay: una perspectiva comparada en el contexto latinoamericano*. Montevideo: Udelar-UNFPA, p. 9.
- VIGUERA, V. (2001). «Curso virtual: Educación para el envejecimiento. Clase 4: El proceso de envejecimiento» [EN LÍNEA]. *Tiempo. El Portal de la Psicogerontología*. Disponible en: <<http://www.psicomundo.com/tiempo/educacion/clase4.htm>>.



## CAPÍTULO 2

---

### APRENDER EN CONTEXTO FORMACIÓN PARA UN FUTURO INCIERTO

Raquel Palumbo

En este capítulo, se comparten los principios que guían la actividad docente de grado y posgrado en el trabajo con personas adultas mayores en comunidad.

Los avances en la implementación de políticas de profesionalización de la carrera docente en la educación universitaria uruguaya han generado un incremento de la reflexión sobre las estrategias de enseñanza, los procesos de aprendizaje buscados y su forma de evaluación.

Como punto de partida de dichas políticas, en la Universidad de la República (Udelar) en particular, se ha intensificado la búsqueda de la coherencia entre el enfoque pedagógico del proyecto de formación y las modalidades con las cuales se evalúa lo aprendido por los estudiantes, orientándose al diseño curricular basado en competencias. Esta definición, junto con la adopción de modelos pedagógicos centrados en el aprendizaje y la postulación de la evaluación formativa, tiene como finalidad la capacitación de profesionales para un futuro incierto, aspiración que solo se puede garantizar si se logra el alineamiento de los elementos mencionados: enfoque pedagógico al que responde el proyecto de formación, diseño del currículo y modalidades de evaluación de lo aprendido por los estudiantes.

A pesar de estas reflexiones, búsquedas y decisiones, se encuentran aún situaciones de enseñanza rutinarias y docentes que, como plantea Hargreaves (1996), relativizan el valor de las dimensiones didácticas, psicológicas y sociológicas del proceso formativo frente a la preocupación por los contenidos, sean ellos de naturaleza técnica, humanística o científica. Históricamente, el proceso didáctico de la práctica docente en el Programa APEX, guiado por la planificación estratégica de la enseñanza, ha

buscado enseñar a aprender durante toda la vida, mediante la elección de enfoques metodológicos innovadores, con propuestas de evaluación formativa a través de instrumentos alternativos. Estas decisiones docentes, tal como lo sustenta Camilloni (1998), están fundadas en concepciones acerca de qué es enseñar, qué es aprender y cuál es la naturaleza del conocimiento que los estudiantes deben adquirir. Responden a visiones políticas y éticas y permiten visibilizar los conceptos que se tienen acerca de la forma en que aprenden los estudiantes.

En este ámbito de práctica, se les propone a los estudiantes el desarrollo de una variedad de actividades en diferentes contextos de aprendizaje, de manera de facilitar la adquisición de competencias personales, sociales y profesionales de calidad, necesarias para un futuro desempeño, con el conocimiento de que, aunque el logro de algunas de ellas puede implicar la realización de una actividad concreta o de más de una, no siempre existe una actividad propia para cada competencia definida. Y en consideración, además, de que las competencias en general y las relacionadas con las dimensiones afectivas del comportamiento humano en particular están condicionadas por el clima de trabajo, las particularidades del ejercicio del rol docente, la realidad en la que se desarrolla la práctica y el contexto institucional. Contexto entendido como una serie de estímulos que afectan a la persona, como una red de relaciones entretejidas para dar forma a la estructura del significado (Rogoff citado por Madoni, 2004).

De este modo, se busca orientar hacia lo que Camilloni (2015) llama conocimiento condicional, es decir, cuando el estudiante, además de poseer el conocimiento, sabe cómo, dónde y cuándo utilizarlo.

La práctica descrita les supone a las docentes del equipo mayor tiempo de dedicación a la preparación de materiales y esfuerzo para la diversificación de actividades que promuevan la participación activa y el acompañamiento en la construcción del conocimiento, además de una aproximación al conocimiento de la manera en que los estudiantes se apropian del aprendizaje y de una estimulación al desarrollo de capacidades de liderazgo, actitud crítica y trabajo autónomo. Todo ello con la intencionalidad de impulsar formas de pensar analíticamente, aportando al desarrollo de habilidades como reflexionar, problematizar y, de índole más creativa, descubrir, y buscando aprendizajes que contribuyan a que continúen capacitándose y actualizándose a lo largo de toda su vida, tal como lo plantean García y Pérez (2008).

La propuesta didáctica en el espacio donde se trabaja con personas adultas mayores en APEX se ve facilitada por la multidisciplinariedad de quienes participan del proceso educativo (docentes, estudiantes y graduados), la actividad de docencia en servicio, la focalización en un grupo etario en particular y la inclusión de horas de trabajo no presenciales.

Se promueve que los estudiantes sean participantes activos de su proceso de aprendizaje, es decir, que, a través de múltiples fuentes de información (bibliografía, contenido del discurso de los docentes, conocimientos que las personas poseen), generen estrategias para comprender y le busquen sentido a lo que se está enseñando como forma de construir sus propios aprendizajes. Es esencial que logren planificar, ejecutar y evaluar actividades con abordajes pertinentes desde su conocimiento disciplinario, en conjunto con las otras disciplinas, en el territorio y con la participación activa de la comunidad. Importa aprender las características de trabajar con personas adultas mayores en comunidad, pero importa, fundamentalmente, la experiencia de trabajar con otros, el diálogo de saberes y la capacidad de formular, ante problemas nuevos, soluciones creativas.

Se debe tender a lo que Vygotsky (1988) plantea como buen aprendizaje, aquel que promueve zonas de desarrollo proximal en el sujeto, lo que implica intervenir sobre los niveles potenciales más que sobre los actuales, intervenir procurando crear diferencias en los niveles de desarrollo real. El aprendizaje es conceptualizado como un proceso activo y personal de construcción de significados durante el cual la persona reestructura progresivamente sus esquemas conceptuales, de modo de adaptarlos al amplio rango de experiencias e ideas que se ensancha, permanentemente, en contacto con el mundo exterior (Driver y Oldham, 1988).

Como señala Feldman (2010), la enseñanza en general y en particular supone una situación inicial asimétrica con respecto al conocimiento y al establecimiento de una relación que permita un cambio en esa circunstancia mediante la obtención de aquello que una de las partes no poseía inicialmente.

Al inicio de las pasantías, se exploran las ideas previas de los estudiantes con respecto al centro de práctica, a las personas adultas mayores, al trabajo multidisciplinario y a la concepción de salud, con el fin de crear conexiones con ideas nuevas. No se trata de una evaluación de sus conocimientos en el sentido que tradicionalmente se entiende, sino de la obtención de información que permita ajustar las planificaciones a la singularidad de quienes comienzan la práctica, puesto que, una vez finalizado el proceso, esto resulta un excelente indicador sobre el grado de cumplimiento de los objetivos.

Con las estrategias de enseñanza propuestas, se busca estimular la tensión información-conocimiento y promover el autoaprendizaje, para garantizar en el estudiante universitario un uso satisfactorio de l conocimiento, es decir, una aceptación de la incertidumbre y una actitud crítica del conocimiento que cree tener, en el entendido de que, más que aprender todos los saberes específicos de su campo de trabajo, cada vez más heterogéneos, relativos y rápidamente obsoletos,

requerirá de competencias para poder adquirir de forma autónoma los conocimientos que necesite en su ejercicio profesional y para poder generar nuevos.

Este enfoque del aprendizaje planteado implica un supuesto de cómo se vinculan la enseñanza y el aprendizaje y cómo acrecienta la responsabilidad del que enseña. Las docentes se conciben como orientadoras del aprendizaje personal del estudiante y no como transmisoras de conocimientos, que parten de la idea de que, para lograr aprendizajes duraderos, son esenciales la frecuencia y la calidad con la que se ponga en práctica lo enseñado en relación con los objetivos buscados. Docentes que creen que todo aprendizaje debe surgir de una práctica bien organizada y que buscan enseñar a transferir el conocimiento en situaciones similares a las recreadas en las aulas y experimentadas en la práctica. Es por ello que la organización de las tareas se proyecta en las condiciones más favorables para que puedan desarrollarse los procesos de aprendizaje adecuados en orden a la apropiación de las posibilidades de los conocimientos.

Se considera imperioso alentar competencias de trabajo en equipo y en redes de trabajo colaborativo, en una realidad crecientemente compleja y con una demanda de especializaciones en aumento. Con relación a la propuesta de evaluación, se busca que esta encamine a los estudiantes en el proceso individual y activo de aprendizaje, que les informe sobre sus avances y les permita orientar sus esfuerzos. De este modo, aunque la calificación está presente porque así lo exigen las normativas institucionales de acreditación, se pretende no direccionarse hacia la obtención de resultados ni alentar la competencia.

Se promueve la valoración del aprendizaje como producto del esfuerzo, del tiempo dedicado, del logro personal en función de donde cada uno parte, del grado de compromiso con las tareas, del crecimiento de la autoestima y del control sobre lo que se tiene que realizar para alcanzar los objetivos propuestos. Se sistematizan instancias de observación de los estudiantes en el hacer y en las verbalizaciones del pensar y del sentir, y las vivencias en la construcción de aprendizajes desde sus experiencias y en la reelaboración de estos en función de nuevos aprendizajes.

Se procura abordar lo que establece Dibarboure (2014) con respecto a que los estudiantes deberían saber que leen, explican y resuelven desde lo que saben, y que lo que saben son las ideas que han construido durante su formación o que han aprendido solos, las cuales, por sobre todo, pueden o no ser las correctas para seguir aprendiendo.

Ser responsable de nuestras acciones como docentes y profesionales implica también ser coherentes en nuestro accionar; en ese sentido también, en los espacios de intercambio durante la realización del curso (antecedente de esta publicación), buscamos partir de las situaciones o problemas que planteaban los estudiantes en la búsqueda de la deconstrucción de lo aprendido y de la construcción de un conocimiento nuevo.

Bould y Falchikov, citados por Padilla (2008), insisten en la importancia de realizar una «evaluación sostenible» que sea capaz de satisfacer las necesidades de aprendizaje del presente, sin comprometer la habilidad de los estudiantes para satisfacer sus necesidades futuras. La evaluación sostenible abarca el conocimiento, las habilidades y predisposiciones requeridas para apoyar el aprendizaje a lo largo de la vida, lo que supone prepararlos para las tareas de hacer juicios complejos sobre su propio trabajo y sobre el de los demás y para tomar decisiones en las circunstancias inciertas e impredecibles con las que se encontrarán en el futuro.

La cuestión no es, pues, en las escuelas y universidades formar solo técnicos bien especializados que puedan competir y atender las demandas de los mercados, sean las que sean, sino educar a buenos ciudadanos y a buenos profesionales, que saben utilizar las técnicas para ponerlas al servicio de buenos fines, que se hacen responsables de los medios y de las consecuencias de sus acciones con vistas a alcanzar los fines mejores (Cortina, 2013: 135).

## A MODO DE SÍNTESIS

En la formación universitaria integral para un futuro incierto, se entiende imprescindible la adopción de un modelo educativo centrado en el aprendizaje, orientado al logro de competencias, con la participación activa de los estudiantes y con modalidades de evaluación formativa en contextos de aprendizaje reales. Por ello, en tiempos de capitalismo cognitivo en los que prima la búsqueda de créditos y reconocimientos institucionales, el equipo docente interpela esa lógica y propone un espacio de encuentro en donde, además del saber académico, importan el compromiso con el otro (comunidad, estudiante, funcionario) y la habilitación del diálogo de saberes.

## BIBLIOGRAFÍA

- CAMILLONI, A. (1998). «La calidad de los programas de evaluación y de los instrumentos que la integran». En: CAMILLONI, A., *et al.* *La evaluación de los aprendizajes en el debate didáctico contemporáneo*. Buenos Aires: Ediciones Paidós, pp. 67-92.
- (2015). «Nudos de debate sobre la evaluación de los aprendizajes en la universidad, necesidades de actualización, profundización e investigación educativa». En: Universidad de la República. Comisión Sectorial de Enseñanza. Unidad Académica. *La evaluación en la educación superior: un escenario de controversia*. Montevideo: Comisión Sectorial de Enseñanza. Red de Unidades de Apoyo a la Enseñanza-Udelar (Colección Temas de Enseñanza n.º 2).
- CORTINA, A. (2013). *¿Para qué sirve realmente la ética?* Madrid: Ed. Paidós.
- DIBARBOURE, M. (2014). «El aprendizaje: partida y llegada». En: DIBARBOURE, M. (comp.). *Formar parte, ser parte, tomar parte*. Montevideo: Migró-CLAEH, pp. 75-106 (Serie Educación CLAEH).
- DRIVER, R. (1989). «Un enfoque constructivista del desarrollo curricular en ciencias». En: Driver, R., y Oldham, V. (1988). «Un enfoque constructivista del desarrollo curricular en ciencias». En: PORLÁN, R.; GARCÍA, J. E., y CAÑAL, P. (comps.). *Constructivismo y enseñanza de las ciencias*. Buenos Aires: Díada (Serie Fundamentos).
- FELDMAN, D. (2010). *Aportes para el desarrollo curricular. Didáctica general*. Buenos Aires: Instituto Nacional de Formación Docente.
- GARCÍA, J., y PÉREZ, M. (2008). «Espacio Europeo de Educación Superior, competencias profesionales y empleabilidad». En: *Revista Iberoamericana de Educación*, n.º 46/9, Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI).
- HARGREAVES, A. (1996). *Profesorado, cultura y postmodernidad*. Madrid: Morata.
- MADONI, P. (2004). «La escuela, entre lo universal y lo particular». En: ELICHIRY, N. E. *Aprendizajes escolares*. Buenos Aires: Ed. Manantial.
- PADILLA, C. (2008). «La evaluación orientada al aprendizaje en la educación superior: condiciones y estrategias para su aplicación en la docencia universitaria». *Revista Española de Pedagogía*, año LXVI, n.º 241, Universidad Internacional de La Rioja.
- VYGOTSKY, L. S. (1988). *Vygotsky y la formación social de la mente*. Barcelona: Ed. Paidós.

## II

*Sin conocimiento, no tendremos la posibilidad de cambio; sin conocimiento, nuestro pensar y actuar quedará sujeto a lo que nos digan otros sin posibilidad de reflexión. En caso contrario, funcionan únicamente los prejuicios, y aunque es cierto que todo ser humano parte de prejuicios, de juicios previos, y que el proceso de conocimiento consiste en ir esclareciéndolos hasta formular juicios, no es menos cierto que cuando el proceso de esclarecimiento e información no existe, solo funcionan las etiquetas, las consignas, la no reflexión.*

*Adela Cortina, Ética de la razón cordial*





## CAPÍTULO 3

---

### ASPECTOS SOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO

Cecilia Rodríguez

El presente artículo constituye el resultado de un primer acercamiento a la temática de la vejez y el envejecimiento desde una perspectiva social, tras mi reciente incorporación al equipo de trabajo con personas adultas mayores del Programa APEX. En este sentido, significa un gran desafío y compromiso poder compartir algunos aspectos sociales que hacen a las personas con las cuales trabajamos y que nos permiten pensar y repensar la práctica profesional crítica y éticamente.

Para organizar la escritura y los posibles aportes a la comprensión social sobre la vejez y el envejecimiento, se exponen algunas conceptualizaciones para luego colocar datos demográficos sobre la población adulta mayor. Finalmente, se introducen cuestiones que hacen a la comprensión de las personas con las cuales trabajamos desde el aporte de las políticas sociales y del trabajo social.

La vejez es entendida como «un proceso natural, gradual, de cambios y transformaciones a nivel biológico, psicológico y social, que ocurre a través del tiempo» (Sánchez Salgado, 2000: 33). Como construcción social y cultural, la vejez está determinada por dimensiones (económica, política, social, cultural y simbólica) que hacen a los contextos en los cuales tienen lugar. En este sentido, envejecer es un proceso particular y complejo, que comprende aspectos físicos, biológicos, psicológicos, emocionales y sociales: «[...] constituye una experiencia única en relación con estos aspectos y dimensiones» (Ludi, 2005: 32). Todas las personas transitamos, a lo largo de nuestra vida, por ese proceso, el cual conlleva múltiples transformaciones en varios aspectos, que son parte de la vida cotidiana de cada sujeto en tanto ser único e irrepetible. No obstante, en ese proceso, hay dimensiones que son comunes al colectivo de las personas adultas mayores, pero, aun así, tienen sentidos e implicancias distintas para cada sujeto.

Por lo anteriormente expuesto, entendemos la vejez como parte del proceso vital de todas las personas, con sus potencialidades y limitaciones, las cuales tienen que ver con el contexto social en el cual transitaron su trayectoria de vida:

Las relaciones sociales encuentran en el envejecimiento a un sujeto histórico, concreto, particular, que se apropia de su ambiente inmediato y lucha por sobrevivir, mostrando su capacidad vital, superando la imagen prejuiciosa del viejo (Sande, 2013: 31).

Tener una mirada positiva y desprejuiciada sobre la vejez y, por lo tanto, alejarse de la noción de «viejismo» (Salvarezza cit. en Sande, 2013) no implican dejar de visualizar que las personas adultas mayores son una población que requiere especial atención y protección por su situación de vulnerabilidad.

En este sentido, es pertinente que las políticas sociales específicas para este grupo etario den respuesta a sus necesidades y contribuyan a mejores condiciones que sean dignas para el desarrollo de la vida. La legislación nacional (ley 18.617) define a las personas como adultas mayores a partir de los 65 años de edad. Se encuentra vigente el segundo Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez (2016-2019), instrumento de la política social impulsada con la creación del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) en 2005, que coloca, en la agenda pública, la importancia y el interés por la protección de los derechos de las personas adultas mayores. Sin lugar a dudas, los planes, para que sean efectivos, han de llevarse a la práctica, lo cual no es sencillo, pero representa un avance importante en términos de reconocimiento y compromiso estatal con la protección social y la construcción de ciudadanía de las personas adultas mayores del país. Uruguay presenta, como rasgo demográfico característico, el envejecimiento de su población, el cual corresponde a una tendencia histórica desde hace más de medio siglo, con el inicio temprano de la segunda transición demográfica (descenso de la natalidad y aumento de la esperanza de vida). En el contexto latinoamericano, junto con Cuba, somos el país pionero de la región en lo que al envejecimiento poblacional refiere (Paredes, Ciarniello y Brunet, 2010). Esta tendencia responde al contexto mundial, donde la población adulta mayor viene incrementándose de manera significativa.

Los datos aportados por el último censo poblacional (2011) muestran que el 14,1 % de la población del país es mayor de 65 años. Esta información estadística permite afirmar que la estructura poblacional del país es envejecida. La distribución de la población adulta mayor en el país se encuentra en un promedio de 11 % por departamento, con algunas diferencias entre estos (un primer grupo, Montevideo, Lavalleja,

Colonia, y, un segundo grupo, Flores, Florida y Rocha, presentan un porcentaje mayor que el promedio nacional).

La pirámide poblacional expone una estructura de ensanche superior por sexo y edad que responde al proceso de envejecimiento y aporta datos significativos sobre dos fenómenos de la actual fase postransicional. Por un lado, sobre el proceso de sobre-envejecimiento (aumento de las personas mayores de 84 años dentro de las personas adultas mayores) y, por otro lado, sobre la feminización del envejecimiento (mayor esperanza de vida de las mujeres sobre los hombres, tanto al nacer como luego de los 65 años de edad).

Respecto a la situación conyugal, existe un porcentaje importante de personas adultas mayores en condición de viudez (32,67 %), el cual es mayor en las mujeres (45,97 %). En lo que refiere a la composición del hogar, predomina la categoría unipersonal (34,22 %) y se destaca el porcentaje de personas adultas mayores que viven en hogares extendidos (24,7 %), lo que puede indicar el cuidado por otros miembros o la sobrecarga doméstica o económica.

En cuanto al nivel educativo, el 58 % de las personas adultas mayores alcanzan el nivel de primaria, cifra que es similar para hombres y mujeres. Finalmente, en lo que tiene que ver con los ingresos, la mayoría de las personas adultas mayores del país tiene cobertura de seguridad social (pensión o jubilación), la cual asciende al 86,35 % del total y es más ventajosa en el hombre que en la mujer. Con respecto a la actividad, el 20 % de las personas adultas mayores entre 65 y 74 años continúa inserto en el mercado laboral.

La ausencia de necesidades básicas insatisfechas (NBI) es una tendencia creciente cuanto mayor es el tramo de edades agrupadas. Sin embargo, existe heterogeneidad entre los departamentos y en el interior de estos. En el Municipio A de Montevideo, es decir, en los barrios Casabó, Pajas Blancas, La Paloma, Paso de la Arena, Tres Ombúes y Victoria, entre un 24 y un 36 % de hogares con personas adultas mayores presentan, al menos, una NBI.

Los datos demográficos y estadísticos presentados anteriormente permiten visualizar la situación de los adultos mayores, pues aportan elementos significativos para su comprensión, análisis e intervención interdisciplinaria, tanto en lo individual como en lo grupal. La feminización del grupo etario, la condición predominante de la viudez, la mayor frecuencia de hogares unipersonales y extendidos, y la continuidad en el mercado laboral han de ser insumos para el trabajo cotidiano con la población y el desarrollo de estrategias y líneas de acción para la atención y el abordaje de las situaciones.

El envejecimiento de la población ha de plantearse como una problemática social que requiere de políticas sociales para dar respuestas universales y focalizadas que cubran las necesidades del grupo etario (físicas, sociales, psicológicas, económicas y culturales) y así se garanticen sus derechos. De esta forma, la implementación de instrumentos de protección social es fundamental, entendida esta en un sentido amplio y no reducida a la seguridad social. Refiere a:

[La] posibilidad de acceder a condiciones de vida dignas, tanto en su faz material como simbólica; crecer, aprender y enseñar; tener una 'buena vida', trascender. Un espacio y tiempo en [el] que la idea de protección esté ligada a los requerimientos físicos, afectivos, psicológicos, sociales, emocionales [...], en [el] que la construcción de la identidad individual, familiar, grupal, comunitaria tenga otras bases de sustentación, en [el] que el ejercicio de los derechos de ciudadanía sea pleno (Ludi, 2005: 74).

El rol del Estado en materia social se hace presente, siguiendo la noción de derechos humanos como fundamento de la política pública, mediante el diseño y la implementación de políticas sociales que tienen como objetivos atender la situación de ciertos sectores etarios de la población y dar respuesta a las complejidades sociales. En este sentido:

La protección social se centra en tres ideas fundamentales: garantías de bienestar básicas, aseguramientos frente a riesgos derivados del contexto o ciclo de vida y moderación o reparación de daños sociales derivados de la materialización de problemas o riesgos sociales (Cecchini *et al.*, 2015: 28).

Cuando hablamos de la transición hacia la vejez y del proceso que ello conlleva, aludimos a algunos acontecimientos del devenir del ciclo de la vida: retiro del mercado laboral, acceso a la jubilación, incremento del tiempo libre, revinculación afectiva familiar y de redes sociales, atención en salud específica y, en algunos casos, pérdida de la autonomía física. El devenir y transitar de estos momentos está condicionado por las trayectorias individuales, cotidianas y sociales. Las situaciones de vejez (Ludi, 2005) refieren a cómo, desde la vivencia singular, cada persona adulta mayor atraviesa estos sucesos: la jubilación, los cambios en el ciclo familiar, los problemas de salud, la sensación de soledad y aislamiento, las relaciones interpersonales, la pérdida de algunos roles y funciones, el tiempo libre, el cuerpo y la sexualidad, etcétera. Por lo anteriormente expuesto, el proceso de envejecimiento supone desafíos en términos de salud (aumento de la esperanza de vida), de cuidados (demanda de apoyo y servicios formales), sociales (acceso a prestaciones sociales, nuevos arreglos familiares y redes de apoyo),

culturales (acceso a bienes y servicios culturales) y psicológicos (abordaje de la soledad, los vínculos, la viudez, etcétera).

En este contexto, se plantean, al menos, dos desafíos en términos de protección social: por un lado, desde una perspectiva de género, las diferencias que experimentan hombres y mujeres al llegar a este momento del ciclo de la vida y, por otro, las demandas de cuidados de la población adulta mayor (Rossel y Filgueira, 2015). En este sentido, la reforma de la salud con la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en 2005 y, de forma reciente, del Sistema Nacional de Cuidados (con énfasis en la primera infancia y en las personas adultas mayores) presenta un enfoque en los derechos con perspectiva de género e integralidad para brindar servicios y atención a la ciudadanía. Sin lugar a dudas, existen falencias en estas políticas sociales, así como en los programas que se desprenden de ellas (garantizar el derecho a la salud y los cuidados no deviene en el acceso efectivo a los servicios), pero su implementación coloca en la agenda pública el compromiso por la problemática social y resulta un avance significativo. Algunos estudios revelan como resultado la situación de vulnerabilidad social en la que se encuentran los adultos mayores de nuestro país (Berriel, Paredes y Pérez, 2006). En términos de Castel (1992), podemos expresar que la zona de vulnerabilidad está definida por las condiciones de precariedad laboral, económica, vincular y afectiva entrelazadas en un complejo proceso que resulta en una situación de inseguridad individual y para el colectivo. Esta zona aparece como una clave en los procesos de integración social e intergeneracional: «[...] los adultos mayores de nuestra sociedad constituyen un colectivo que no solo es insuficientemente atendido por las políticas sociales, sino que es discriminado, infravalorado y segregado socialmente» (2006: 117). Si a esta situación le sumamos problemas sociales como la violencia de género y generaciones, la situación de dependencia en la que se encuentran algunas personas adultas mayores y su vulnerabilidad se complejizan aún más. Apostar a la promoción de entornos favorables y saludables, al fortalecimiento de redes sociales, al disfrute del espacio urbano y a la participación social favorecerá ampliamente a la población.

La concepción de vejez, como se mencionaba anteriormente, hace referencia, por un lado, a una construcción sociocultural con representaciones y configuraciones sociales que hacen al imaginario social instituido, el cual debe ser deconstruido para poder construir un nuevo punto de vista de la vejez y el envejecimiento, y, por otro lado, a la condición humana en tanto proceso vital de envejecimiento por el que todos los sujetos transitamos de forma singular (Ludi, 2005). Es importante deconstruir la percepción social y cultural del modelo tradicional

sobre la vejez, que caracteriza y asocia a esta población a la pasividad, el declive y la enfermedad, para comenzar a pensar y poner en práctica un nuevo paradigma emergente (Berriel, Paredes y Pérez, 2006) que contemple una mirada positiva, saludable y activa, pero también la singularidad de las situaciones de cada adulto mayor. Este es, sin lugar a dudas, el mayor desafío de todos los que trabajamos con esta población en comunidad en el marco del anclaje territorial que tiene el Programa APEX.

## A MODO DE SÍNTESIS

Promover la integración y la participación de las personas adultas mayores, generar espacios grupales con contenidos de su interés, acompañarlos en su proceso de envejecimiento, orientarlos para un retiro laboral procesual y atender su salud física y emocional desde la prevención y el tratamiento acorde a sus necesidades y deseos han de ser acciones a implementar desde los diferentes programas, servicios y proyectos que trabajan con la población adulta mayor y que hacen al compromiso ético-político del ejercicio profesional y de las prácticas preprofesionales de todos los servicios universitarios.

## BIBLIOGRAFÍA

- BERRIEL, F.; PAREDES, M., y PÉREZ, R. (2006). «Sedimentos y transformaciones en la construcción psicosocial de la vejez». En: LÓPEZ GÓMEZ, A. (coord.). *Proyecto género y generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya*. T. I. Montevideo: Ediciones Trilce, pp. 19-124.
- BRUNET, N., y MÁRQUEZ, C. (2016). «Envejecimiento y personas mayores en Uruguay». En: CALVO, J. J (coord.). *Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay*. Fascículo 7. Montevideo: Ediciones Trilce.
- CASTEL, R. (1992). *De la exclusión como estado a la vulnerabilidad como proceso*. París: Esprit.
- CECCHINI, S., et al. (2015). *Instrumentos de protección social. Caminos latinoamericanos hacia la universalización*. Santiago de Chile: CEPAL.
- CORTINA, A. (2007). *Ética de la razón cordial: educar en la ciudadanía en el siglo XXI*. Oviedo: Ediciones Nobel.
- Ley 18.617 (2009). Instituto Nacional del Adulto Mayor [EN LÍNEA]. Montevideo, 23 de octubre. Disponible en: <<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp488150.htm>>.
- LUDI, M. (2005). *Envejecer en un contexto de des-protección social. Claves problemáticas para pensar la intervención social*. Buenos Aires: Ed. Espacio.
- Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez 2016-2019.
- PAREDES, M.; CIARNIELLO, M., y BRUNET, N. (2010). *Indicadores sociodemográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay: una perspectiva comparada en el contexto latinoamericano*. Montevideo: Udelar-UNFPA.
- ROSSEL, C., y FILGUEIRA, F. (2015). «Vejez». En: CECCHINI, S., et al. *Instrumentos de protección social. Caminos latinoamericanos hacia la universalización*. Santiago de Chile: CEPAL.
- SÁNCHEZ SALGADO, C. (2000). *Gerontología social*. Buenos Aires: Ed. Espacio.
- SANDE, S. (2013). «Los modelos de justicia en las políticas sociales de la vejez en Uruguay». *Revista Regional de Trabajo Social*, vol. 27, n.º 58, Montevideo, EPPAL.



## CAPÍTULO 4

---

### VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Verónica Silveira

El envejecimiento poblacional planteado y el aumento de la mortalidad y morbilidad por patologías crónicas condicionan la revisión y posterior selección de las diferentes estrategias de intervención en salud, acordes a las necesidades de esta población objetivo.

El diseño de un programa de salud adaptado a las personas adultas mayores requiere de un diagnóstico situacional, con una adecuada identificación y una correspondiente priorización de las necesidades de esta población. Este es un proceso dinámico que debe tener un encuadre claro, que considere la atención en el marco del concepto de salud actual e integral y no fraccionado desde una perspectiva únicamente biológica.

Para diseñar un programa de atención enfocado en las personas adultas mayores, en primer lugar, se debe sensibilizar y capacitar a los recursos humanos en salud específicamente en este grupo poblacional. Cuando pensamos en los diferentes niveles de atención, debemos tener presente que nos referimos a cómo se organizan y distribuyen los recursos de manera de poder ofrecerle a la comunidad una adecuada atención. Cada nivel de atención en salud debe asegurar el sistema apropiado de referencia y contrarreferencia, lo que nos garantiza que no se fraccione la atención y que se pueda lograr el mejor resultado, optimizando los recursos.

En el primer nivel de atención, se recibe más del 80 % de los problemas de salud, por lo que es aquí donde se debería poder resolver el mayor porcentaje de ellos. Por lo tanto, la organización de los recursos debe permitir satisfacer las necesidades de atención más frecuentes en el marco de una estrategia establecida de promoción, prevención, educa-

ción, asistencia y rehabilitación. La población, en este nivel, debe tener el mayor acceso a la atención y el accionar profesional debe promover y facilitar su participación en forma continua.

La población de personas adultas mayores es muy heterogénea, y, muchas veces, la presentación de las enfermedades se produce de manera atípica e inespecífica.

En la práctica asistencial, encontramos distintos perfiles de ancianos: desde el que es autónomo al que presenta diferentes grados de dependencia; por ello, se hace necesaria la categorización en función del estado de salud, patologías, funcionalidad y dependencia para poder realizar una valoración geriátrica integral, con el objetivo de detectar las necesidades y aplicar cuidados más individualizados.

## TIPOLOGÍA DE ANCIANOS Y CATEGORIZACIÓN SEGÚN ROBLES Y MIRALLES (2007)

### Anciano sano

Se trata de una persona de edad avanzada con ausencia de enfermedad objetivable. Su capacidad funcional está bien conservada, es independiente para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y no presenta problemática mental o social derivada de su estado de salud.

### Anciano enfermo

Es la persona mayor de 65 años con una enfermedad aguda y que se comporta de forma similar al enfermo agudo. Suele acudir a consulta o ingresar en los hospitales por un proceso único y no suele presentar otras enfermedades importantes ni problemas mentales o sociales. Sus problemas de salud pueden ser atendidos y resueltos con efectividad dentro de los servicios sanitarios.

### Anciano frágil

Es la persona de edad avanzada (la mayoría de los autores la sitúan a partir de los 75 años) que por condiciones médicas, mentales o sociales se encuentra en una situación de equilibrio inestable. Se trata de una persona con una o varias enfermedades de base que, cuando estas están compensadas y gracias a un delicado equilibrio con el entorno sociofamiliar, puede mantener su independencia básica, pero, frente a cualquier

proceso intercurrente (infección, caída, cambios de medicación, hospitalización, etcétera), puede llegar a una situación de pérdida de independencia que obliga a la necesidad de recursos sanitarios o sociales.

## Anciano geriátrico

Es la persona de edad avanzada con enfermedad crónica incapacitante; frecuentemente, presenta problemas de dependencia física, mental o social.

En este grupo poblacional, nos encontramos, usualmente, con síndromes geriátricos, un conjunto de cuadros habitualmente originados por la conjunción de enfermedades con alta prevalencia en esta población, que pueden aumentar la comorbilidad y mortalidad de los pacientes.

### *LOS SÍNDROMES GERIÁTRICOS*

Son definidos por Kane (Kane, Ouslander y Abrass, 2000), los cuales son: inmovilidad y úlceras por presión, inestabilidad y caídas, incontinencia urinaria y fecal, demencia y síndrome confusional agudo, depresión, infecciones, desnutrición, alteraciones de la vista y del oído, estreñimiento, impactación fecal, depresión-insomnio, yatrogenia, impotencia o alteraciones sexuales.

Los profesionales que atienden a los adultos mayores deben conocer los diferentes síndromes geriátricos, evitar pensar que son debidos al propio envejecimiento y realizar su correcta detección para prevenirlos o tratarlos. Para poder llevar adelante una atención en salud más adecuada al primer nivel de asistencia, se ha promovido, desde la geriatría, un modelo de valoración de las personas adultas mayores más apropiado a sus características.

### *LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL*

Es una evaluación multidisciplinaria e interdisciplinaria que permite cuantificar y detectar los problemas en la esfera clínica, funcional, mental y social del anciano para conseguir un plan racional y coordinado del tratamiento y de los recursos asistenciales. Se utilizan instrumentos de valoración estandarizados para realizar una cuantificación más exacta. Hay que repetirla en el tiempo y constatar la evolución en estas esferas y los cambios, hecho que le da el nombre de dinámica (Rubenstein y Abrass, 1981).

Esta forma de valorar al paciente nos permite y tiene dentro de sus objetivos establecer un diagnóstico integral primario, es decir, conocer los factores predisponentes o condicionantes de una posible declinación funcional y los factores de riesgos o determinantes de un deterioro

cognitivo o psicoafectivo, e identificar y priorizar los problemas en salud. Esto nos permitirá establecer un plan terapéutico adecuado a las necesidades específicas de cada paciente.

Se debe definir, además, el nivel de atención más adecuado para cada caso, así como el carácter preventivo, curativo, rehabilitador o paliativo de nuestro accionar.

Esta valoración bien aplicada permite poder extrapolar información entre los distintos profesionales de la salud y evaluar al paciente en diferentes tiempos, de modo de establecer un correcto pronóstico.

Para cuantificar los cambios, se utilizan diferentes escalas validadas para esta población, las cuales no son el diagnóstico ni lo sustituyen, pero sirven para medir, sintetizar y extrapolar información de forma objetiva. Entre todos los beneficios de la valoración geriátrica integral, está demostrado que disminuye la mortalidad, mejora la capacidad funcional y cognitiva, optimiza y aumenta la utilización de los servicios de salud y de los recursos comunitarios, disminuye la necesidad de hospitalización y de reingresos hospitalarios, y permite la detección oportuna de las personas adultas mayores más vulnerables.

Según Salgado y Alarcón (1993), la noción original de valoración geriátrica integral comenzó en 1930 con Marjory Warren, enfermera y médica inglesa que descubrió que muchos ancianos ingresados en hospitales presentaban diversas enfermedades crónicas, algunas no diagnosticadas ni tratadas, incapacidades o invalidez y escasa o nula rehabilitación. Ella aplicó programas de rehabilitación y la evaluación del estado de salud funcional, mental y social en las salas de enfermos crónicos hospitalizados, con la intención de mejorar su recuperación y evitar ingresos en instituciones de larga estancia. Describió los beneficios en términos de revertir el deterioro.

A partir de esta experiencia, el National Health Service del Reino Unido incorporó la valoración geriátrica en 1948 como elemento fundamental en la atención al anciano. Posteriormente, este concepto se desarrolló de forma sostenida en los Estados Unidos.

### Valoración clínica

Es la realización de una historia clínica completa con las particularidades, la cual es primordial, puesto que nos permitirá llegar a un correcto diagnóstico y tratamiento. Como características especiales de la entrevista a las personas adultas mayores, podemos destacar que esta se debe realizar en un entorno adecuado, teniendo en cuenta que va a requerir más tiempo y que, a su vez, la familia o el cuidador complementará la historia solo si es necesario. Debe existir un espacio para valorar al paciente solo y luego con su referente.

Se evaluarán los antecedentes familiares y personales, dentro de estos últimos los quirúrgicos; tóxicos; médicos y farmacológicos.

Es fundamental aplicar una entrevista considerando el perfil del adulto y destacando la frecuencia de patología cognitiva y, muchas veces, la compañía del referente cuidador, puesto que este es necesario para optimizar la información.

#### *VALORACIÓN FUNCIONAL*

Se entiende como el proceso dirigido a obtener información sobre la capacidad física del anciano que le permite realizar su autocuidado y relacionarse con el ambiente. Entre las actividades que se valoran, tenemos las básicas de la vida diaria, entendidas como aquellas funciones que le permiten llevar adelante su autocuidado: comer, vestirse, moverse, asearse, bañarse y contener esfínteres, y las instrumentales, aquellas actividades que le permiten adaptarse a su medio en forma independiente, como cocinar, limpiar, comprar, lavar, usar el teléfono, manejar la medicación y el dinero y usar el transporte público. Las actividades avanzadas, es decir, recreativas, deportivas, culturales, etcétera, son aquellas que revelan que la persona adulta mayor tiene un mayor nivel físico y cognitivo que le permite realizarlas de manera independiente en comunidad. La información sobre las actividades de la vida diaria se ha de obtener en forma periódica.

Las escalas más utilizadas para evaluar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) son:

- el índice de Barthel, uno de los instrumentos de medición más recomendado en los ancianos, con una buena fiabilidad, el cual incluye 10 parámetros: alimentación, baño, vestido, aseo personal, deposición, micción, uso de retrete, traslado en silla, deambulación

y escalones. De acuerdo a las funciones que no cumpla, nos encontramos con una dependencia leve, moderada o severa;

- el índice de Katz (valoración de actividades de la vida diaria), el cual mide seis actividades básicas: baño, vestido, uso del retrete, movilización, continencia y alimentación. Estas se agrupan en siete grupos de A a G, de mayor independencia a mayor dependencia, respectivamente.

La escala más utilizada para evaluar las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) es el índice de Lawton y Brody, uno de los más recomendados, que consta de ocho parámetros: uso de teléfono, realización de compras, preparación de comida, cuidado de la casa, lavado de ropa, uso de medios de transporte y manejo de medicación y asuntos económicos.

Las escalas de valoración instrumental no son fáciles de aplicar en internaciones agudas o crónicas dado que, en ocasiones, los hábitos determinan que no siempre se hagan estas actividades antes de un proceso de salud-enfermedad y, por lo tanto, los resultados pueden no ser reales, es decir, quizás no es que las personas adultas mayores hayan perdido la función, sino que nunca la desarrollaron.

Determinar el nivel funcional nos permite definir el plan terapéutico y de rehabilitación adecuado a su situación clínica.

### VALORACIÓN MENTAL

Esta considera la valoración cognitiva y la afectiva.

#### Valoración cognitiva

Debemos realizar una correcta anamnesis y un examen físico completo, destacando, entre otros, el examen neurológico.

Cuando es posible, se entrevista al referente preguntándole lo que es primordial frente a un cuadro de deterioro cognitivo, dado que la información que aporta un informante válido nos lleva, con mayor certeza, a una aproximación diagnóstica.

La aplicación de escalas cognitivas nos permiten objetivar afecciones por áreas y facilitan la realización del seguimiento y la extrapolación de información. No son diagnósticas.

Hay múltiples escalas, de las cuales se destacan las desarrolladas a continuación.

- Cuestionario abreviado del estado mental (o, en inglés, *short portable mental state questionnaire*) de Pfeiffer  
Se trata de un cuestionario aplicado de 10 ítems, en el que se van

anotando las respuestas erróneas. Se permite un fallo de más si el paciente no ha recibido educación primaria y uno de menos si tiene estudios superiores. Explora memoria a corto plazo, orientación, información sobre hechos cotidianos y capacidad de cálculo.

- Miniexamen del estado mental (o, en inglés, *mini-mental state examination*) de Folstein  
Este test evalúa diferentes aspectos de la cognición: orientación temporal y espacial, recuerdo inmediato, atención, memoria episódica, lenguaje y función visuoespacial. El desempeño está influenciado por la edad y el nivel educacional; esta última variable es la más significativa como predictor de desempeño en el test. Por lo mismo, se sugiere la utilización de puntajes de corte diferenciados por edad y educación para aumentar su sensibilidad y especificidad.
- Test del reloj (o, en inglés, *clock drawing test*)  
Es un instrumento de selección para examinar el deterioro cognitivo en diversos trastornos neurológicos o psiquiátricos. Se introdujo en 1953 para la valoración de la apraxia constructiva y se utilizó, sobre todo, para la detección de los trastornos visuoespaciales secundarios a lesiones del córtex parietal.

#### Valoración afectiva

- La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en los ancianos. Los síntomas depresivos y las alteraciones del estado de ánimo tienen una importante repercusión en la situación funcional, cognitiva y sociosanitaria. Algunas de las escalas y criterios que aplicamos en las valoraciones son:
- escala de Yesavage de depresión geriátrica (o, en inglés, *geriatric depression scale*);
- escala de Cornell de depresión en la demencia;
- criterios para el episodio depresivo mayor según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* o, en inglés, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM) IV, de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA).

## Valoración social

Permite conocer la relación entre el anciano y su entorno. Todos los aspectos vinculados al apoyo familiar y social son básicos para poder planificar los cuidados de los adultos mayores y todo del contexto del paciente es analizado, desde el ambiente en el que se encuentra hasta sus características intrínsecas.

Al finalizar la valoración en cada área, se definirá el listado de problemas con un orden prioritario de abordaje.

Es fundamental aclarar que las escalas de valoración aplicadas en geriatría no son diagnósticas, sino que nos permiten cuantificar con un mayor nivel de objetividad, lo que hace posible que sean extrapolables de un profesional a otro. Además, facilitan la detección de problemas y su valoración evolutiva, y ayudan a la comunicación y el entendimiento entre los diferentes profesionales que atienden al paciente. Ellas no sustituyen, de ninguna manera, la correcta valoración del paciente desde la anamnesis y el examen físico en todas sus áreas, y no siempre son aplicables.

Existen diversos estudios en el mundo que ratifican la importancia de la valoración geriátrica integral, sus objetivos y beneficios en la práctica clínica.

## A MODO DE SÍNTESIS

En Uruguay, de acuerdo a sus características poblacionales y al sistema integrado de salud con énfasis en el primer nivel de atención en el que se enmarca, debe ser un desafío aplicar esta modalidad de valoración y realizar investigaciones nacionales que evidencien su relevancia y contribuyan a mejorar el ejercicio de la asistencia geriátrica.

## BIBLIOGRAFÍA

- ALARCÓN, M. T., y GONZÁLEZ MONTALVO, J. L. (1997). «Fragilidad y vejez». *Rev Esp Geriátría y Gerontología*, vol. 32, n.º 1, pp. 1-2.
- ALLEGRI, R. F., *et al.* (1999). «El Mini-Mental State Examination en la Argentina: instrucciones para su administración». *Rev Neurol Arg*, vol. 24, n.º 1, pp. 37-39.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM IV). Barcelona: Masson.
- CORTINA, A. (2007). *Ética de la razón cordial: educar en la ciudadanía en el siglo XXI*. Oviedo: Ediciones Nobel.
- GONZÁLEZ-MONTALVO, J. L., y ALARCÓN, M. T. (1996). *Fundamentos prácticos de la asistencia al anciano*. Barcelona: Masson.
- KANE, R. L.; OUSLANDER, J. G., y ABRASS, I. B. (2000). *Geriátría clínica*. 3.ª ed. Nueva York: McGraw Hill.
- ROBLES, M. J., y MIRALLES, R. (2007). *Tratado de geriatría y gerontología*. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.
- RUBENSTEIN, L.; ABRASS, I., y KANE, R. (1981). «Improved care for patients on a new geriatric evaluation unit». *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 29, n.º 11, American Geriatrics Society, noviembre.
- RUIPÉREZ CANTERA, I., *et al.* (1995). «Asistencia sanitaria a las personas mayores. Criterios de selección y definición. Nuevas tendencias». *Medicine*, vol. 6, n.º 87, Barcelona, pp. 3838-3844.
- SALGADO, A. (1993). «Importancia de la valoración geriátrica, valoración médica, funcional y del estado mental en el anciano». En: SALGADO, A., *et al.* *Manual de Geriatría*. Barcelona: Masson-Salvat, pp. 29-37.



## CAPÍTULO 5

---

### TRABAJAR POR Y PARA LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Raquel Palumbo

La Declaración de la Conferencia Regional de la Educación Superior en América Latina y el Caribe (CRES) de 2008 les plantea a las naciones y a la sociedad en su conjunto las prioridades que la educación superior debe asumir para el desarrollo de la región y un mejor futuro para los pueblos. Dentro de ellas, se encuentra la formación integral de las personas como ciudadanos y profesionales capaces de abordar con responsabilidad ética, social y ambiental los retos que se les presenten y de participar constructivamente en decisiones de la sociedad que los puedan afectar. Expresa, además, que, en la formación, así como en las prioridades de investigación, extensión y cooperación interinstitucional, deben estar presentes la defensa de los derechos humanos, el combate a la discriminación, opresión y dominación, la lucha por la igualdad y la justicia social, la seguridad y la soberanía alimentaria, entre otros. En ese sentido, en Uruguay, coexisten el Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional (OBSAN) del Instituto Nacional de Alimentación (INDA) y el Observatorio del Derecho a la Alimentación de la Universidad de la República (Udelar), junto con proyectos en instituciones de educación superior que, aunque en forma aún fragmentada, trabajan sobre la seguridad alimentaria en investigaciones, redes, pasantías estudiantiles, intervenciones comunitarias, asistencia alimentaria, producción científica, propuestas de extensión, asesoramientos individuales, familiares e institucionales, emprendimientos de desarrollo económico (pequeños productores, cooperativas de consumo y producción artesanal) y programas de posgrado y de educación permanente para profesionales.

En consonancia con estos postulados, la Udelar propone, como una de sus líneas, en el Plan de Desarrollo Estratégico 2010-2020, la activa

participación en actividades de inclusión social y desarrollo productivo de manera de contribuir sustancialmente a que Uruguay sea un país de aprendizaje para el desarrollo integral.

En este capítulo, se comparten algunas conceptualizaciones de las cuales se parte al momento de trabajar en lo referente a la seguridad alimentaria y nutricional con personas adultas mayores en el ámbito comunitario.

El concepto de seguridad alimentaria y nutricional (SAN) ha ido evolucionando desde que surgió en la década del setenta hasta la definición de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), incluida en el plan de acción de la Cumbre Mundial sobre Alimentación (CMA) de 1996, la cual afirma: existe seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen, en todo momento, acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimentarias y sus preferencias en cuanto a los alimentos, a fin de llevar una vida sana y activa. La Declaración de Roma agrega que la SAN es el derecho de toda persona a tener acceso a alimentos sanos y nutritivos, en consonancia con el derecho a una alimentación apropiada y el derecho fundamental de toda persona a no padecer hambre (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, 1996).

Oseguera Parra y Esparza Serra (2009) señalan que, en el ámbito comunitario y familiar, el término seguridad alimentaria se abre a una serie de significados que tiene que ver no solo con la disponibilidad de alimentos y el poder de compra de la población en cuestión, sino también con las estrategias (económicas, ecológicas y sociales) de las personas para hacerse de ellos, así como con sus preferencias y costumbres alimentarias.

De esta forma, simultáneamente, se compromete a los Estados a garantizar la SAN a través de un marco político que les asegure a todos el acceso real a los alimentos en las condiciones establecidas y se plantea la consideración de las estrategias desarrolladas por las personas para lograrla.

Trabajar por y para la SAN implica partir del diagnóstico de los componentes esenciales de la cadena agroalimentaria y nutricional para la población objetivo, conocer las costumbres alimentarias desarrolladas por esas personas y diseñar estrategias educativas.

Entre los componentes de la cadena, la FAO y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2017) hacen referencia a la disponibilidad de alimentos como la existencia de cantidades suficientes de alimentos de calidad adecuada, procedente de la producción del país o de importaciones, en la que se incluye la ayuda alimentaria. Destacan que

para que las personas puedan acceder y adquirir los alimentos disponibles que necesitan se debe indagar sobre la existencia de recursos económicos y facilidades físicas. Expresan que determinar el grado de aprovechamiento de los nutrientes vehiculizados por los alimentos en función del estado de salud de cada persona permite valorar la utilización de los alimentos consumidos, en el entendido de que dicho estado de salud, el estilo de vida y la capacidad de cuidar la salud condicionan el aprovechamiento de tales sustancias que ingresan al organismo. Y establecen la estabilidad de las dimensiones de la SAN como la garantía de disponibilidad, acceso y utilización adecuada de los alimentos de parte de las personas y los hogares en todo momento.

Con relación al conjunto de componentes conceptualizados, en Uruguay, la disponibilidad de alimentos es globalmente suficiente, pero aún existen profundas inequidades si el análisis se realiza en función de los individuos, a pesar de las políticas desarrolladas en la última década. Es en este aspecto que comienza el desafío de los actores que intervienen en el territorio donde las personas desarrollan su vida cotidiana. Investigar sobre la disponibilidad de alimentos de calidad adecuada en la zona e implementar actividades de información, comunicación y educación sobre el tema se convierte en una estrategia indispensable para que los consumidores ejerzan su derecho. El Marco de Programación País, firmado entre la FAO y el Gobierno de Uruguay que guía la cooperación técnica entre los años 2016-2020, plantea como una de las prioridades la integración de la agricultura familiar a las cadenas de valor. En este sentido, se hace imprescindible estimular las iniciativas familiares y comunitarias de producción sustentable que permitan la provisión de los alimentos necesarios, la mejora de la variedad y el abaratamiento del costo, y, en alguna medida, contribuyan al cuidado del medio ambiente. Con respecto al acceso a los alimentos, si bien se han logrado avances, la pobreza y la desigualdad siguen representando un obstáculo para alcanzar la SAN. Cuando se focaliza en la situación de las personas adultas mayores, la limitación del poder adquisitivo no solo puede disminuir la cantidad, sino también afectar la calidad de los alimentos que consumen. En este grupo etario, más que en otros, la pobreza es multidimensional y trasciende sus ingresos, por los gastos que le insumen el mantenimiento de su hogar, la atención de su salud y los cuidados. En cuanto a la utilización de los alimentos, en la vejez, la malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) en Uruguay representa un 58,4 %. En este sentido, Bowman señala que la malnutrición en cualquiera de sus manifestaciones puede conducir a una dependencia funcional, la cual provoca incrementos en la morbilidad, mortalidad y mayor uso de los servicios de salud, lo que, a su vez, genera un alto costo para el

individuo, la familia, la comunidad y la sociedad en general. Dentro de los principales factores que inciden en estas cifras de malnutrición, se encuentran, por un lado, el exceso en el consumo de productos de bajo valor nutricional y de alto contenido de azúcar, grasa y sal, y, por otro, el sedentarismo (MIDES, 2015).

El abordaje de las costumbres alimentarias se realiza desde una visión antropológica. Aguirre (2007) habla de que los comensales realizan una práctica social: comer los platos de la cocina de su tiempo, práctica social legitimada por saberes y poderes que contribuyen a darle sentido y, por lo tanto, a perpetuar y transformar en el tiempo. Disposición adquirida por actos repetidos, una manera de ser y de vivir que está ligada a las conductas en determinado contexto, que implica cierto automatismo, pero que también conlleva elementos conscientes.

La conducta alimentaria se define como la relación de intercambio con la que el sujeto obtiene los elementos que precisa su organismo para sostener la estructura biológica y mantener las necesidades energéticas (Cruz, 2014). Relación en la que se pueden distinguir procesos preparatorios (conseguir, seleccionar, preparar alimentos, etcétera) y procesos culminantes (comer). De esta manera, el comer se da desde lo cultural y desde lo psicológico, por normas sociales y por exigencias inconscientes. La conducta alimentaria es siempre la de un sujeto (por ejemplo, una persona adulta mayor), puesto que el estímulo alimentario (el alimento o la preparación) que lo incita y la respuesta (comer o no comer) son siempre las de un sujeto. Las respuestas que da el sujeto y los estímulos no son neutros, porque se dan en una situación particular, impregnada de percepciones, imágenes, recuerdos, afectos, ideas, emociones y necesidades. De ahí que los factores determinantes de los hábitos sean variados y pertenezcan tanto a la fisiología como a la psicología y al entorno familiar, social y físico (Bourgues, 1990). En este texto, se hace referencia a algunos de ellos: a los factores psicológicos, socioeconómicos y culturales.

Dentro de los factores psicológicos, se constata que la reacción de las diferentes personas frente a un mismo alimento o preparación no es la misma, sino que está condicionada por las enseñanzas que recibió y las experiencias que vivió. Se conecta con recuerdos gratos e ingratos, ya sea por el propio alimento o por presiones sociales relacionadas con él. Existe un vínculo tan estrecho entre las personas y su conducta alimentaria que, ante la necesidad de consumir nuevos alimentos, pueden aparecer resistencias, porque lo conocido da seguridad, principalmente si el alimento es fuente de placer. Esto puede explicar, en parte, las dificultades para el seguimiento de las indicaciones nutricionales cuando estas implican cambios en las prácticas que se realizan.

Dentro de los factores económicos, determinantes de los hábitos alimentarios, se incluyen el poder adquisitivo de las personas, el desarrollo económico del grupo al que pertenecen y los avances tecnológicos. Los factores socioculturales aluden a las pautas alimentarias sustentadas por valores, creencias y prejuicios, que son transmitidas de generación en generación, cuyo significado no siempre es conocido por todos los representantes de la comunidad, pero, generalmente, no son cuestionadas. Estos factores muestran que la selección de alimentos trasciende lo referido al valor nutricional y puede verse influenciada por:

- las creencias o los conocimientos relativos a propiedades específicas que, algunas veces, son reales y, otras, no, mediante los cuales se catalogan los alimentos como pesados, malos o fuertes y, en función de ello, se opta por consumirlos o no;
- los prejuicios, que pueden provocar rechazo por considerar que no son alimentos adecuados para el consumo humano;
- el valor social asignado, es decir, alimentos o preparaciones de las clases sociales poderosas o de la población pobre, en relación con su valor económico;
- la identidad cultural, ya que la selección de los alimentos, su preparación y las formas de servicio dan cuenta de las identidades y del sentido de pertenencia de un grupo social o población;
- las creencias religiosas, que valoran como bueno o malo algunos alimentos;
- la tradición, que no solo implica la selección de determinados alimentos, sino también la preparación de platos que son típicos o que se elaboran en circunstancias especiales (cumpleaños, fiestas religiosas);
- las modas alimentarias, determinadas por la ciencia sobre las cualidades de los alimentos y sus formas de consumo, por los intereses comerciales y por los medios de comunicación;
- la publicidad, que busca captar al consumidor por el contenido nutricional y simbólico del producto;
- el gusto, la reacción frente al sabor de los alimentos.

- Trabajar desde la perspectiva de la alimentación como práctica social supone la consideración de todos los factores condicionantes de los hábitos alimentarios que actúan en forma conjunta y simultánea en el acto de comer: reacciones, enseñanzas, recuerdos, poder adquisitivo, desarrollo tecnológico, valores, creencias y prejuicios.

En las personas adultas mayores, para garantizar suseguridad económica, es necesario alcanzar el más amplio nivel de cobertura de la seguridad social, ya sea a través de jubilaciones, pensiones o, en el caso de inexistencia de ingresos, transferencias no contributivas. El sistema de seguridad social uruguayo en la etapa de retiro evidencia muy altos niveles de cobertura; en el año 2014, el porcentaje de personas de 65 años y más que cobraban jubilaciones o pensiones era de un 87,4 % (MIDES, Inmayores y DINEM, 2015). Sin embargo, se observa desigualdad de género en la seguridad económica en la vejez. Las mujeres, al tener desigual distribución del trabajo remunerado y no remunerado (doméstico o de cuidados), menores ingresos y mayor inestabilidad en sus trayectorias laborales, generan menores aportes que los varones, lo cual impacta en los ingresos que perciben en esta etapa de la vida.

En cuanto al desarrollo tecnológico en lo referente a la alimentación, se han introducido numerosos cambios en la vida cotidiana de las actuales personas adultas mayores. La irrupción de los electrodomésticos y la evolución de la industria alimentaria, entre otros, impactaron sobre la preparación, la conservación y el consumo de los alimentos.

A esta síntesis sobre las consideraciones del trabajo para la SAN, que abarca desde los componentes de la cadena agroalimentaria hasta las costumbres alimentarias y los factores que las determinan, se le agregan los roles o funciones que cumplen los alimentos en la vida de las personas. Baas, Wakefield y Kolasa (1979) enumeran una serie de prácticas comunes a diferentes sociedades en relación con la utilización de los alimentos, a saber:

- satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo;
- expresar amor y cariño o sentimientos morales, y simbolizar seguridad;
- proclamar la distinción de un grupo o la pertenencia, señalar el estatus social;
- iniciar y mantener relaciones personales y de negocios;
- demostrar la naturaleza, profundidad y extensión de las relaciones sociales;

- hacer frente al estrés psicológico o emocional, reforzar la autoestima y ganar reconocimiento;
- proveer recompensas y castigos;
- manifestar y ejercer poder político y económico;
- prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades físicas o mentales;
- manifestar experiencias emocionales, piedad y devoción.

Muchas de las utilidades mencionadas hacen alusión a que los alimentos tienen una función socializadora que facilita la comunicación. En este sentido, Aguirre (2007) define la comensalidad como la forma en que los alimentos se comparten. En el ámbito privado (la familia) o en el ámbito público (comedor de una institución, encuentros sociales), pueden estar presentes los mismos alimentos o preparaciones, pero la situación social y el lugar que estos ocupan en la vida de las personas cambian radicalmente el evento alimentario, porque es un momento privilegiado de la reproducción física y social de los individuos y los grupos. El hecho de que las personas, en Uruguay, lleguen a la etapa de la vejez en mejores condiciones físicas e intelectuales que hace unas décadas provoca que aumente la oferta de alternativas para ocupar el tiempo libre. Promover la comensalidad en los espacios en los que participan las personas adultas mayores favorece el envejecimiento saludable.

Al momento de trabajar por y para la seguridad alimentaria, la interacción de todos los elementos compartidos complejiza la investigación, el análisis y la intervención sobre el acto de comer de las personas, los grupos y las comunidades.

Los hábitos alimentarios se construyen como todo aprendizaje: se sistematizan, se transmiten y se estereotipan, pero no son estáticos, ya que pueden desaprenderse y son modificables, a pesar de estar en continua evolución. La facilidad o dificultad para que se produzcan dichas modificaciones dependen de las relaciones sociales que sustentan los hábitos. La transformación es más lenta cuando estos se amparan en elementos fundantes (religiosos, tradicionales, del valor social, supersticiosos) que dan sentido a la dinámica social, y más rápida si están relacionados con aspectos superficiales (conocimientos, prejuicios, modas, gusto). En síntesis, depende de la posición subjetiva frente a las relaciones económicas, sociales y simbólicas con que el hábito en cuestión construye la identidad de las personas, grupos o comunidades.

Desde esta perspectiva, cada vez que se proponen cambios en los hábitos alimentarios en pos de una mejor calidad de vida, en realidad, se está proponiendo un cambio en las relaciones con las otras personas con las que se comparte y, de estas, con las instituciones que llevaron a legitimar la alimentación que desarrollan. Se les plantea cambiar la forma de reconocer y ser reconocidas socialmente.

Mejorar las conductas alimentarias es posible, y la educación alimentaria y nutricional (EAN) es la estrategia. Educación concebida como el campo de conocimiento y práctica continua, multiprofesional, intersectorial y transdisciplinaria, que busca promover la práctica autónoma de hábitos alimentarios adecuados, lograr el derecho humano a la alimentación y la garantía de la SAN. Para ello, debe hacerse uso de enfoques y recursos educativos problematizadores y activos, teniendo en cuenta los componentes de la cadena agroalimentaria y nutricional, los factores condicionantes de la conducta alimentaria —es decir, los valores, las actitudes y las creencias de la población con la que se trabaja y la forma con que se transmiten entre las diferentes generaciones— y los roles de los alimentos, para así favorecer el diálogo con individuos y grupos de población. La evaluación continua durante todo el proceso educativo es esencial, particularmente necesaria para reorientar las estrategias y actividades propuestas. Evaluación concebida como un análisis crítico, objetivo y sistemático de las actividades y los resultados, en relación con los objetivos propuestos, la metodología, los recursos asignados y la activa participación de los involucrados.

La propuesta educativa se debe realizar en función de las consecuencias que las prácticas alimentarias desarrolladas por cada persona, grupo o comunidad tienen en ellos. En ese sentido, se recomienda soslayar los hábitos neutros, es decir, aquellos que ni benefician ni perjudican a las personas, continuar reforzando los beneficiosos y generar estrategias de cambio para los que son perjudiciales para la salud y el bienestar.

## A MODO DE SÍNTESIS

En el proceso de formación integral de los estudiantes que realizan sus pasantías en el Programa APEX, se planifican las intervenciones en consideración de los postulados y temas antes mencionados con diferentes niveles de especificidad y profundización.

El abordaje de la seguridad alimentaria transversaliza los diferentes dispositivos de trabajo, por entender que es un deber ético.

## BIBLIOGRAFÍA

- AGUIRRE, P. (2007). «¿Qué puede decirnos una antropóloga sobre alimentación hablando sobre gustos, cuerpos, mercados y genes?». Ponencia presentada en el 5.º Congreso Internacional de Cardiología, Federación Argentina de Cardiología, Buenos Aires del 1º de septiembre al 30 de noviembre.
- BAAS, M.; WAKEFIELD, L., y KOLASA, K. (1979). *Community Nutrition and Individual Food Behaviour*. Minnesota: Burgess Press.
- BOURGUES, H. (1990). «Costumbre, prácticas y hábitos alimentarios». *Cuadernos de Nutrición*, vol. 13, n.º 2, Instituto Nacional de Nutrición, pp. 17-32.
- Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) (2015) «Salud y Bienestar». En: *Las personas mayores en Uruguay: un desafío impostergable para la producción de conocimiento y las políticas públicas*. Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), Instituto Nacional del Adulto Mayor (Inmayores) y Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo (DNEM). Montevideo: MIDES-Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo, pp. 53-68.
- CRUZ, J. (2014). *Gustos, emociones y hábitos. Psicología de la conducta alimentaria*, Navarra: Academia Navarra de Gastronomía.
- Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), Instituto Nacional del Adulto Mayor (Inmayores) y Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo (DNEM) (2015). *Las personas mayores en Uruguay: un desafío impostergable para la producción de conocimiento y las políticas públicas*. Montevideo: MIDES-Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos, París.
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2017). *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional. Sistemas alimentarios sostenibles para poner fin al hambre y la malnutrición*. Santiago de Chile: FAO-OPS.
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) (1996). *Informe de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación*. Roma: FAO.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco) e Instituto Internacional para la Educación Superior en América Latina y el Caribe (2008). Conferencia Regional de la Educación Superior en América Latina y el Caribe. Declaración y Plan de Acción, Cartagena de Indias.
- OSEGUERA PARRA, D., y ESPARZA SERRA, L. (2009). «Significados de la seguridad y el riesgo alimentario entre indígenas purépechas de México». *Desacatos*, n.º 31, Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social, México, pp. 115-136.
- Universidad de la República (2009). Plan de Desarrollo Estratégico 2010-2020. Montevideo: Udelar.



## CAPÍTULO 6

# ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA VEJEZ Y EL ENVEJECIMIENTO

Virginia Álvarez

Existen muchas teorías desde las cuales pensar las vejeces y existen también muchas formas de tratarlas desde la psicología (que no es una, sino varias). Para la realización de este curso, priorizamos la importancia de algunas características del envejecimiento normal y patológico, la concepción del psiquismo abierto y el abordaje grupal en personas adultas mayores.<sup>1</sup>

El primer nivel de atención (en el que se enmarca el abordaje del equipo) es la puerta de entrada al sistema y donde se espera dar respuesta a la mayoría de las situaciones de salud; es por ello fundamental revisar nuestro concepto de vejez y pensar en las potencialidades del grupo etario para poder diseñar propuestas de promoción y prevención pertinentes. Iacub (2002) plantea, con relación al envejecimiento y la vejez, la necesidad de enfoques políticos, culturales y éticos que cuestionen y transformen los modelos basados en concepciones normativas y en criterios de edad. Al decir de Bourdieu (1990), la edad es un dato biológico socialmente manipulado y manipulable. Clasificar por edad, sexo o clase social es una manera de imponer un límite, lo que genera comportamientos que responden a ese límite.

[...] No hay nada más alejado de una certeza que la homologación de los sujetos de acuerdo a sus edades cronológicas. Envejecer en una sociedad organizada estructuralmente para la guerra o en otra organizada para el consumo producirá, sin lugar a dudas, *ethos* diferentes entre los individuos que comparten una misma edad (Gutiérrez y Ríos, 2006).

1 La noción de psiquismo abierto y las características del trabajo grupal con personas adultas mayores se desarrollará en el capítulo 10 del presente libro..

El envejecimiento es un proceso universal y progresivo en el cual la edad es solo un factor más.

Es un proceso dinámico, no homogéneo, y la problemática no es la misma en sus distintos momentos; constituye, actualmente, la más prolongada etapa del proceso de desarrollo humano, ya que abarca varias décadas (Rozitchner, 2012).

El proceso de envejecimiento y la vejez obedecen a un imaginario social (Castoriadis y Vicens, 1989) que tiene algo de permanente y algo de cambiante, que se asienta sobre aspectos prejuiciosos; prejuicios que forman parte del proceso de construcción de la personalidad, razón por la cual son difíciles de modificar, así como resulta difícil trabajar con sus efectos (la mayoría, inconscientes).

Diversas son las teorías que han intentado explicar el proceso de envejecimiento —del desapego, Cummings y Henry (1961); de la actividad, Maddox (1968); epigenética, Erikson (2000), etcétera—, pero, en la mayoría, predomina un enfoque deficitario de pérdidas de funciones. Algunos desarrollos más recientes como el del curso de la vida y el del ciclo vital dinámico exponen la necesidad de estudiar el envejecimiento en todo su proceso, no solo desde las pérdidas. Un ejemplo de ello lo constituye el trabajo de Dulcey y Uribe (2002), quienes, retomando los planteos de Neugarten, mencionan tres conjuntos de factores que inciden en el ciclo vital: las expectativas sociales relacionadas con la edad y *el género*,<sup>2</sup> las influencias históricas y los acontecimientos personales. Para estos autores, el ciclo de la vida implica selectividad, optimización y compensación. Por selectividad se refieren a la posibilidad de captar oportunidades y restricciones específicas actuando en consecuencia, lo cual significa proponerse intencionalmente solo aquellas metas posibles de ser alcanzadas o ir cambiándolas en función de las limitaciones. La optimización alude a poder identificar aquellos procesos que están involucrados en la adquisición, concreción y mejoramiento de los medios necesarios para lograr metas significativas, mientras que la compensación apunta a la posibilidad de crear alternativas que permitan superar las pérdidas, sin necesidad de cambiar las metas. Las personas viven un proceso continuo de cambio y transformación, en el que su accionar está pautado, en parte, por circunstancias ajenas a sus deseos y, en parte, por elecciones personales (algunas con mayor grado de consciencia).

En lo que refiere específicamente a la psicología, tanto las corrientes psicoanalíticas como cognitivas suponían una curva de declive psíquico inevitable (Zarebski, 2007) y sus abordajes se reducían a los tratamientos farmacológicos. Aún hoy predomina el prejuicio, en muchos

---

2 La cursiva indica que es información agregada por la autora.

profesionales de la salud, sobre la posibilidad de cambio psíquico en las personas adultas mayores, en quienes el rol del psicólogo parece quedar reducido al acompañamiento.

## ENVEJECIMIENTO NORMAL Y PATOLÓGICO

La normalidad es una construcción social y, como hemos trabajado en los distintos artículos, no existe una única forma de envejecer; por ende, debemos ser muy cuidadosos cuando determinamos criterios de normalidad (siempre construcciones sociopolíticas).

De todas formas, es importante para el profesional que se encuentra con un adulto mayor o grupo de personas adultas mayores tener presente cuáles son las características propias del envejecimiento y ante cuáles debe estar alerta para observar.

Una de las características del grupo etario es el aumento del tiempo libre, que pasa a no estar pautado por actividades laborales o familiares (como el trabajo y la crianza de los hijos), lo que implica reorganizar la rutina, algo fundamental en esta etapa de la vida. No lograr una adecuada reorganización (sea por el aislamiento o sea por la sumatoria de actividades desprovistas de sentido) incide negativamente en la autoestima de las personas adultas mayores.

Otra característica de esta etapa es el enfrentarse a constantes pérdidas y duelos (de pares, de roles sociales, del cuerpo joven), lo que supone una constante reelaboración en las personas adultas mayores. Los cambios biológicos repercuten en la vivencia del cuerpo y, por ende, en la construcción de identidad, no solo por lo que implican en cuanto al enlentecimiento de algunas funciones, del rendimiento físico y sexual, sino por los significados socialmente atribuidos a los cuerpos jóvenes, asociados con la belleza.

En el trabajo con personas adultas mayores, importa tener presente que la identidad no es algo innato, ni incambiable, sino que se construye a través de la mirada del otro y de la sociedad en la que nos tocó vivir.

En lo que refiere a las funciones cognitivas, el tiempo por sí mismo no conlleva un deterioro; forma parte del envejecimiento normal cierto enlentecimiento y declive en la función ejecutiva y en la memoria de trabajo, lo cual suele ser compensado en la vida diaria por la capacidad de aprendizaje de los adultos mayores (Pérez Fernández, 2009). El envejecer saludablemente tendrá que ver con la flexibilidad ante los cambios que permitirá no aferrarse a una personalidad unívoca, aceptar las transformaciones propias y ajenas, poder elaborar adecuadamente los duelos y cuestionarse.

Con respecto a los mecanismos psíquicos que se ponen en juego en el envejecimiento, Zarebski (2007) señala que lograr sostener la propia integridad será el eje que, para Erikson (2000), caracterizará el buen envejecimiento.

Zarebski menciona entre los factores protectores de la vejez poder poner en palabras aquello que angustia, elaborar adecuadamente los duelos (poder despedirse internamente de la persona o el objeto aceptando que no forma parte del presente), replantearse identidades unívocas, pues no existe una única forma de ser, tener posibilidad de fantasear, jugar, reír y enamorarse, e integrar grupos humanos y redes (más allá del ámbito familiar). No forman parte del proceso de envejecimiento normal periodos prolongados de tristeza, la pérdida de interés, la imposibilidad de disfrutar de actividades que antes se disfrutaba, los cambios bruscos en el apetito o el sueño y los estados de confusión o desorientación. De existir algunos de estos elementos, se debe recurrir a un equipo técnico para realizar un diagnóstico y un abordaje interdisciplinario.

## A MODO DE SÍNTESIS

Las características de las personas adultas mayores dependen más de su entorno, historia y universo cultural que de la edad en sí. Si bien existen tantos modelos de vejez como personas llegan a viejas, es importante tener presente que el desinterés, la tristeza y el aislamiento no forman parte del proceso normal de envejecimiento, así como tampoco la pérdida de funciones cognitivas. No solo la capacidad de aprender no está limitada por la edad, sino que, además, una de las características distintivas de esta etapa vital es la construcción de una síntesis entre experiencia de vida, conocimientos y desarrollo de la personalidad, lo cual resulta favorecedor para el aprendizaje.

## BIBLIOGRAFÍA

- BERRIEL, F.; PAREDES, M., y PÉREZ, R. (2006). «Sedimentos y transformaciones en la construcción psicosocial de la vejez». En: LÓPEZ GÓMEZ, A. (coord.). *Proyecto género y generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya*. T. I. Montevideo: Ediciones Trilce, pp. 19-124.
- BOURDIEU, P. (1990). «La juventud no es más que una palabra». En: BOURDIEU, P. *Sociología y cultura*. México: Ed. Grijalbo, pp. 163-173.
- CASTORIADIS, C., y VICENS, A. (1989). *La institución imaginaria de la sociedad*. Vol. 2. Barcelona: Tusquets, p. 34.
- CUMMINGS, E., y Henry, W. E. (1961). *Envejecimiento, el proceso de desvinculación*. Nueva York: Libros Básicos.
- DULCEY, R. E., y URIBE, V. C. (2002). «Ciclo vital, envejecimiento y vejez». *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 34, pp. 17-25.
- ERIKSON, E. (2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Ed. Paidós Ibérica.
- GUTIÉRREZ, E., y RÍOS, P. (2006). «Envejecimiento y campo de la edad: elementos sobre la pertinencia del conocimiento gerontológico». *Última Década*, vol. 14, n.º 25, pp. 11-41.
- IACUB, R. (2002). «La postgerontología: hacia un renovado estudio de la gerontología». *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 34, Fundación Universitaria Konrad Lorenz, pp. 155-157.
- LÓPEZ, F., y OLAZÁBAL, J. (1998). *Sexualidad en la vejez*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- MADDOX, G. L. (1968). «Persistencia del estilo de vida entre los ancianos: estudio longitudinal de los patrones de actividad social en relación con la satisfacción con la vida». *Edad Media y el envejecimiento: un lector en psicología social*, pp. 181-183.
- PÉREZ FERNÁNDEZ, R. (2009). *La dimensión psicológica de los recuerdos y los olvidos en mujeres mayores con queja subjetiva de memoria*, tesis de maestría, Facultad de Enfermería, Montevideo.
- ROZITCHNER, E. (2012). «Duelo y depresión». En: ROZITCHNER, E. *La vejez no pensada: clínica y teoría psicoanalítica*. Buenos Aires: Psicolibros Ediciones (Colección Psicoanálisis).
- ZAREBSKI, G. (2007). «La psicogerontología hoy». En: *Envejecimiento, memoria colectiva y construcción de futuro. Memorias del II Congreso Iberoamericano de Psicogerontología. I Congreso Uruguayo de Psicogerontología*. Montevideo: Psicolibros Universitario.



# CAPÍTULO 7

---

## APORTES DE LA ODONTOLOGÍA AL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

Inés Salveraglio

### CAMBIOS EN LA MANERA DE ENVEJECER

El aumento de la expectativa del ciclo vital, una actividad social más activa y la importancia dada a la imagen personal, así como el acceso a la información y los avances tecnológicos, han contribuido a la transformación del estilo de vida de las personas adultas mayores.

En la actualidad, los parámetros de la vida saludable escapan de la visión meramente biológica o física y se extienden hacia una social y situacional, por lo que demandan un abordaje multidisciplinario. Las ciencias de la salud son preponderantemente las directrices de estos enfoques, pero requieren la participación de otras áreas y sectores de la realidad socio-cultural que circunda la vida de las personas adultas mayores.

Como parte de esta perspectiva, la odontología puede y debe ayudar en el desarrollo de las capacidades, el bienestar y la integración generacional de estas personas —quienes han aportado mucho durante toda su vida—, para que, de acuerdo a los cambios biopsicosociales, puedan seguir siendo y sintiéndose útiles para la sociedad.

La odontología como parte de las disciplinas sanitarias y desde su ámbito de conocimiento podrá devolver, conservar o mejorar la salud, manteniendo la normalidad de funciones tan importantes para la vida personal y de relación. Así, se destacan: la masticación, función fundamental para una buena alimentación y nutrición; la fonética, necesaria en la comunicación, y la estética facial, que mejora la autoestima y permite integrarse y ser aceptado socialmente. Pero se debe tener en cuenta una serie de muchas otras funciones de procesos fisiológicos

tales como la digestión, la captación sensorial y motora, las reacciones efectoras ante el estrés y el dolor, etcétera, en las cuales también contribuyen los componentes bucales, que están relacionadas con el área del odontólogo y son indispensables para vivir: deglutir, tragar, hablar, respirar, degustar, sonreír, gritar, succionar, soplar, morder, besar, salivar, toser, silbar, cantar y otra cantidad de funciones vitales.

En este sentido, la Federación Dental Internacional (FDI) ha definido recientemente la salud bucodental en estos términos:

Es polifacética e incluye, entre otros aspectos, la capacidad de hablar, sonreír, oler, saborear, tocar, masticar, tragar y transmitir una serie de emociones a través de las expresiones faciales con confianza y sin dolor, incomodidad ni enfermedad del complejo cráneo facial (Federación Dental Internacional, 2016).

Agrega, además, otros atributos que la incluyen como componente fundamental de la salud y del bienestar físico y mental, continuamente influido por los valores y las actitudes de los individuos y comunidades, esenciales para la calidad de vida de las personas.

La nueva definición fue acuñada por los integrantes del Think Tank de Visión 2020 de la FDI, que incluye a expertos en salud bucodental, salud pública y economía sanitaria (Federación Dental Internacional, 2016).

## LA ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA EN PERSONAS ADULTAS MAYORES

Así como en la medicina en general y las demás disciplinas que integran el equipo de salud, el enfoque sanitario según los diferentes grupos etarios y sus particularidades fisiológicas y de género ha dado origen a las especializaciones: pediatría, clínica del adolescente, clínica de la mujer, geriatría, etcétera. En este mismo sentido, el abordaje de las personas adultas mayores ha sido motivo del surgimiento de una nueva especialidad odontológica: la *gerodontología*.

Se puede definir la gerodontología como la rama de la odontología que se ocupa de la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las afecciones bucales que afectan a la tercera edad. Estudia el envejecimiento bucal dentro de un marco gerontológico, con el apoyo del equipo multi e interdisciplinario, lo cual implica considerar tres aspectos:

- el perfil biopsicosocial de la persona y su entorno situacional y cultural;
- el respeto a los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maledicencia y justicia;
- el proceso normal de envejecimiento, tanto general como bucal;

## Sistema estomatognático

Vale destacar que la boca integra y se relaciona anatómica y funcionalmente con un conjunto de órganos, estructuras y nervios que se combinan y participan en las diferentes funciones ya nombradas, constituyendo el llamado sistema estomatognático.

Este sistema está formado por los dientes y los tejidos de soporte, los maxilares, los músculos de la masticación, la lengua, los labios y los tejidos circundantes y nervios que controlan estas estructuras.

El proceso de envejecimiento produce en la cavidad oral una serie de cambios graduales, irreversibles y acumulativos, lo que origina en ella una mayor vulnerabilidad a los agentes traumáticos e infecciosos.

Consultas más frecuentes de las personas adultas mayores al odontólogo

### 1. Disminución de la secreción salival

Esta consulta se puede deber a:

- atrofia del tejido glandular salival;
- falta de estímulos masticatorios;
- menor sensación de sed, lo que disminuye el consumo de líquido;
- toma de medicamentos (antidepresivos, tranquilizantes, psicotrópicos, antiparkinsonianos, hipoglucemiantes, hipotensores, coronario dilatadores, etcétera);
- enfermedades generales como la enfermedad de Sjögren (enfermedad autoinmune sistémica que afecta las glándulas exocrinas encargadas de producir líquidos como la saliva, las lágrimas y las secreciones vaginales, que hidratan y lubrican las mucosas).

### 2. Boca ardiente o quemazón bucal

La sintomatología es variada: puede ser dolor, ardor o quemazón en la lengua o en la bóveda palatina. Puede aparecer temblor en la lengua, boca seca, alteración del gusto y sabor agrio, amargo, metálico o salado, y afectar zona labial y áreas de soporte de prótesis.

### 3. Halitosis

Es el olor desagradable, ofensivo que emana de la cavidad bucal. Causa problemas de autoestima y rechazo.

Las causas locales son la caries, la enfermedad periodontal, la lengua saburral, la escasa secreción salival, la sinusitis y amigdalitis crónica, o la mala higiene de prótesis.

Las causas generales se pueden deber a una descompensación diabética, con olor cetónico, a trastornos de tipo pulmonar, bronquial o gastrointestinal, al consumo de ciertos medicamentos que disminuyen la secreción salival y al consumo de ciertos alimentos como cebolla, ajo, etcétera.

También existe la halitosis psicológica, trastorno en el que es el paciente quien cree que la tiene, lo que le trae angustia y exclusión social voluntaria.

4. Dolores en la articulación témporo-mandibular (ATM)  
Pueden ocurrir chasquidos, crepitación, limitación de apertura bucal, desviación de la mandíbula, dolor e hiperlaxitud ligamentosa.
5. Caries  
El motivo de consulta relativo a caries es frecuente y, generalmente, a esta edad, se producen en la raíz dentaria. Exigen tratamiento con restauraciones.
6. Paradenciopatías o enfermedad periodontal  
Sus signos y síntomas más habituales son el sangrado y la movilidad dentaria. Afecta las encías, y, si es más importante e irreversible, compromete la estructura de soporte de los dientes: ligamento y hueso.
7. Rehabilitación bucal  
Es necesaria por la pérdida de piezas dentarias. La falta de dientes puede llevar a la necesidad de instalar prótesis fijas, prótesis removibles parciales o completas, implantes y restauraciones sobre implantes.
8. Lesiones en los tejidos blandos orales y peribucales  
Es importante diagnosticarlas precozmente para confirmar o descartar cáncer bucal.

## A MODO DE SÍNTESIS

Como parte del equipo de salud y con un sentido interdisciplinario respetuoso de la ética, la odontología ofrece su conocimiento para mejorar la vida de las personas adultas mayores en lo personal y en su vínculo con los demás.

## BIBLIOGRAFÍA

- BOCAGE, M. (2009). *Prótesis parcial removible*. Montevideo: Udelar.
- Federación Dental Internacional (FDI) (2016). «La FDI desvela la nueva definición universalmente aplicable de salud bucodental» [EN LÍNEA]. PR Newswire, Poznan, 6 de setiembre. Disponible en: <<https://www.prnewswire.com/es/comunicados-de-prensa/la-fdi-desvela-la-nueva-definicion-universalmente-aplicable-de-la-salud-bucodental-592448821.html>>.
- GLICK, M., *et al.* (2017). «A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health». *Journal of Public Health Dentistry*, vol. 77, n.º 1, American Association of Public Health Dentistry, pp. 3-5.
- NISIZAKI, S. (2000). *Gerodontología. Manual*. MSP (publicación interna).



## CAPÍTULO 8

---

# PRINCIPIOS DE BIOÉTICA Y DERECHOS DE LOS USUARIOS: UNA MIRADA EN TORNO A LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

Sylvia Piovesan

El abordaje de las personas adultas mayores desde la bioética nos lleva a tomar en consideración cuáles son los conceptos y los fundamentos que los dirigen. En primer lugar, debe quedar establecido, desde el inicio, que un enfoque que parte de una ética aplicada, tal cual es la bioética, nos conduce por el camino de la reflexión. En segundo lugar, y a modo de sintetizar el contenido de este capítulo, esa misma reflexión nos lleva a dar sentido y fundamentar las normas y leyes de acuerdo al derecho positivo uruguayo, las cuales regulan la situación y las condiciones de salud de los habitantes del territorio nacional, y, en particular, a analizar con relación a las personas adultas mayores.

### PRIMER PLANTEAMIENTO: ¿QUÉ ES LA BIOÉTICA?

En el capítulo de fundamentación de esta publicación, se presenta la definición de la Unesco. Se puede decir, de una forma breve pero global e integrando algunas definiciones dadas por diferentes autores como la de Reich (1978), que la bioética es una ética aplicada que reflexiona sobre el obrar humano en los ámbitos y las situaciones referidas a la salud y a la vida. Es una ciencia o disciplina de carácter interdisciplinario que se apoya en principios éticos y en el respeto a los derechos humanos.

Esta conceptualización permite incluir dentro de las dimensiones que abarca la bioética toda actividad humana que pueda repercutir, cambiar, mejorar, poner en riesgo o alterar la existencia de los diferentes seres

vivos y el medio ambiente, y, fundamentalmente, proteger con prudencia y precaución la supervivencia de la humanidad y el universo todo.

Al hablar de humanidad, se debe, por un lado, considerar al individuo como ser único e irrepetible, y, por otro, reconocer su carácter social, es decir, tomar en cuenta su ambiente, su colectividad y a toda la sociedad con su propia cultura, la cual le pertenece a esa persona.

Si se analiza aún más en profundidad, se comprende que debido a las particularidades y singularidad de cada persona surge la pluralidad en el conjunto y, por lo tanto, la indiscutible diversidad social, que debe ser respetada y tenida en cuenta por todos. En ese sentido, es necesario reflexionar en forma no prejuiciosa, sino tolerante, empática y responsable sobre los comportamientos humanos, reconociendo la diferencia existencial de las otras personas, pero entendiendo la condición humana como factor esencial que identifica la especie, une a todos sus miembros y estima la dignidad humana como el atributo único absoluto que define al ser humano y que debe ser siempre respetado.

La bioética surgió hace aproximadamente cuatro décadas a raíz de diferentes agravios a la dignidad del ser humano ocurridos previamente en el área de la investigación científica y puestos a la luz del mundo en la década del setenta del siglo XX. No solamente los atropellos nazis en los campos de concentración fueron los de mayor repercusión. La publicación del artículo «Ethics and clinical research» en el *New England Journal of Medicine* en 1966 por el médico anestesista norteamericano Henry Beecher comunicó la existencia de 50 investigaciones en los Estados Unidos que no cumplían con los estándares éticos aceptados como válidos y desencadenó así la reacción general del público y del propio Gobierno estadounidense.

De esta manera, como producto de dicha indagatoria histórica, se realizaron informes y declaraciones desde el Congreso de los Estados Unidos que dieron origen a los cuatro principios bioéticos fundamentales para ser tenidos en cuenta en toda investigación con seres humanos: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Estos principios se toman también para el análisis ético-reflexivo del obrar humano en otras áreas tales como la asistencial, la educativa, la empresarial, etcétera, y, en definitiva, son el parámetro para valorar las acciones u omisiones humanas en cualquier ámbito.

La historia de la humanidad, en particular, en el mundo occidental ha intentado dar armonía y coherencia a la organización de los grupos humanos estableciendo algún tipo de regla social, para poder vivir en sociedad en paz y concordia.

Los hechos y las situaciones que se repiten, lo cotidiano, lo que surge a través del tiempo y cambia costumbres y tradiciones de una sociedad, las respuestas para solucionar problemas semejantes, el uso de nuevas tecnologías, etcétera, son algunos de los motivos para establecer normas que legitimen acciones permisivas, prohibitivas, imperativas o sancionadoras, buscando el bien común y la justicia. Así, surgió el derecho positivo como conjunto de normas legales para organizar una sociedad y un Estado.

Las normas legales se hacen, generalmente, basadas en una valoración ética de la cuestión, buscando qué es lo más justo, lo más correcto o lo más bueno frente a determinado hecho o situación en un determinado momento y lugar. Por lo dicho anteriormente, es la ética el fundamento válido de toda regulación jurídica.

En el caso de temas vinculados a la salud y a la vida, es la bioética la que le ha dado fundamento a una serie de regulaciones incluidas en el llamado derecho sanitario y en el bioderecho (este último alude a temas específicos de la bioética como la eutanasia, el aborto, la fertilización *in vitro*, la voluntad anticipada, etcétera).

En este campo del derecho, la legislatura relacionada con asuntos abordados por la bioética toma también el tema de la atención de la salud.

En Uruguay, se hizo un primer acercamiento regulatorio a través de decretos ministeriales en los años 1992 y 2000, que buscó proteger los derechos de los pacientes. Más recientemente y ya en pleno siglo XXI, se reformó el sistema sanitario gracias al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) creado a través de la Ley 18.211 de 2007.

Posteriormente, en 2008, se redactó y aprobó la Ley 18.335 sobre Derechos de los Usuarios de los Servicios de Salud, la cual es regulada, desde 2010, por el Ministerio de Salud Pública a través del Decreto 274.

Es oportuno destacar el espíritu solidario y el compromiso humano que se ha tratado de impulsar desde la ley creadora del SNIS, que quedan evidentes ya en la redacción de sus primeros artículos. A continuación, se citan incisos del artículo 3.º y el artículo 8.º, con destaques y comentarios.

## Ley 18.211

### SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD NORMATIVA REFERENTE A SU CREACIÓN, FUNCIONAMIENTO Y FINANCIACIÓN

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General,  
DECRETAN:

#### CAPÍTULO I

#### DISPOSICIONES GENERALES

[...]

Artículo 3°.- Son principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud:

- C) La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud.
- D) La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.
- E) La orientación preventiva, integral y de contenido humanista.
- F) La calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios.
- G) El respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud.

[...]

Estos incisos elegidos y señalados dan sustento a la afirmación de que la ley intenta dar igual consideración a todos los usuarios e igualdad de posibilidades en las prestaciones, en el acceso al sistema y en la disponibilidad, respetando así el principio bioético de justicia.

El contenido humanista que resalta el inciso E procura enfatizar que lo que importa es el ser humano como eje del sistema y, por lo tanto, el bien y no el daño ni el riesgo para él, lo que evidencia el respeto a los principios de beneficencia y no maleficencia.

Finalmente, el principio de autonomía queda implícito en la decisión informada a la que alude la ley en el inciso G, como base de lo que es el consentimiento informado, proceso informativo en el que el profesional dialoga con el usuario, le explica qué es lo que le está pasando y qué es lo que se puede hacer, y le comunica que le permite tomar libremente y con conocimiento la decisión de cómo continuar el curso de su atención.

En el artículo 8.º de la ley, se expresa:

Artículo 8°.- El control de la calidad integral de la atención en salud a cargo del Ministerio de Salud Pública tomará en cuenta el respeto a principios de la bioética y a los derechos humanos de los usuarios.

Dicha modalidad será aplicable a la incorporación y uso de tecnologías y medicamentos.

En los enunciados de los artículos citados, la ley asimila los principios de la bioética, así como toma la universalidad y la protección de la dignidad humana que otorga la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Hace énfasis en la promoción de la salud teniendo en cuenta los factores determinantes y los estilos de vida, y tiene presente el trabajo multidisciplinario y multisectorial en la formulación y tratamiento de los temas de salud.

Se inscribe en un marcado sentido de equidad, buscando dar igualdad de calidad y las mismas prestaciones a todos. Para ello, instala un sistema de financiación y sustentación solidario que concrete resultados eficaces y eficientes, contemplando, de este modo, los aspectos sociales y económicos del sistema.

Hace hincapié en el sentido humanista que debe estar presente en la atención de salud. Muy relacionado con la reflexión bioética es el respeto a la voluntad del usuario, al proceso de consentimiento mediante el cual los profesionales de la salud actuantes le informan al paciente sobre su estado de salud en forma clara y a su alcance de entendimiento y toman en cuenta su autonomía en el momento de decidir las maniobras diagnósticas o terapéuticas, los consejos preventivos, las alternativas y los riesgos.

Pero no es solamente esta ley la que puede vincularse al derecho de las personas adultas mayores, pues existen otras en las cuales se ha pensado también en el derecho a la autonomía de la persona, como la Ley 18.473 de Voluntad Anticipada, también conocida como «la ley del buen morir», que dice:

Artículo 1º.- Toda persona mayor de edad y psíquicamente apta, en forma voluntaria, consciente y libre, tiene derecho a oponerse a la aplicación de tratamientos y procedimientos médicos salvo que con ello afecte o pueda afectar la salud de terceros.

Del mismo modo, tiene derecho de expresar anticipadamente su voluntad en el sentido de oponerse a la futura aplicación de tratamientos y procedimientos médicos que prolonguen su vida en detrimento de la calidad de la misma, si se encontrare enferma de una patología terminal, incurable e irreversible.

Así como la ley permite que las personas puedan tomar esta determinación para no ser tratadas con tratamientos fútiles y evitar el ensañamiento terapéutico, también prevé la revocación de este pronunciamiento cuando el paciente, en estado de conciencia, quiera revocar su decisión previa haciendo uso de su total autonomía.

A continuación, aplicaremos estos aspectos relacionados con la bioética y los derechos de los usuarios a la realidad de las personas adultas mayores.

## UNA MIRADA EN TORNO A LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

La historia muestra diferentes formas de valorar a las personas adultas mayores en las diferentes culturas y, en particular, cómo cambia el respeto a la ancianidad. Así, tenemos sociedades muy antiguas donde el anciano era a quien se le consultaba, el que aconsejaba y a quien se le obedecía siempre, por ser el que tenía mayor sabiduría, quizás argumentada por una experiencia más rica, acuñada por más tiempo de vida vivida. Pero la situación opuesta podría apreciarse en alguna realidad contemporánea, en la que las personas adultas mayores que se encuentran en su plena capacidad racional, psicológica y emocional pasan a ser sujetos totalmente dependientes de la voluntad de los demás, pues no se les considera su autonomía ni su posibilidad de tomar decisiones, las cuales, por lo tanto, pueden resultar ajenas a su conformidad.

Se asocia la vejez a una etapa de carencias económicas, físicas y sociales, pero, muchas veces, esas carencias no justificables son provocadas e impuestas por quienes se hacen cargo de las personas mayores, por familiares y cuidadores, cuando estos disponen del patrimonio económico y material de los mayores haciendo uso y abuso de él, o cuando los obligan y llevan al aislamiento, apartándolos de los ámbitos sociales en los que querrían participar.

Este es un tema muy vasto y relacionado con el enfoque de violencia y abuso hacia las personas adultas mayores, en el cual no se ahondará en este capítulo, pero que, por estar asociado a la ignorancia de los principios de la bioética, se trae a la reflexión. Es así que, por falta de respeto a la autonomía de los adultos mayores, por la desatención a los principios de beneficencia, no maleficencia y, por supuesto, de justicia, y a la evidente discriminación, se está afectando en forma negativa la dignidad de esas personas.

Varias declaraciones y convenciones se vienen ocupando del tema, especialmente en Norteamérica y en Europa, las cuales han repercutido también en nuestras regiones, lo que ha impulsado programas y normas al respecto.

El Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (Organización de las Naciones Unidas, 2002) es el documento que, mundialmente, resume y orienta la acción en los temas de envejecimiento en tres dominios: 1) seguridad económica, 2) salud y bienestar (entendido de manera integral), y 3) entornos físicos y sociales favorables a las personas mayores en los lugares que habitan.

De esta manera, surge la cultura del cuidado y del envejecimiento activo basada en cuatro pilares, que son: la salud, el aprendizaje durante toda la vida, la participación y la protección.

Hoy, entonces, se habla de *facilitación* como palabra determinante de entornos urbanos físicos y sociales amigables con los mayores. También se habla de la educación en el *respeto generacional*, para impregnar a toda la sociedad con el respeto y la solidaridad que merecen los adultos mayores.

En una sociedad en la que la vida se alarga cada vez más, la coexistencia de varias generaciones en el interior de una familia induce a una significación relevante en la distribución no solo de recursos económicos, sino también de recursos y compensaciones simbólicas, afectivas y psicológicas. Los lazos de filiación implican ayuda y afecto, pero originan también conflictos en el escenario de la familia, la cual debería acomodarse a las transferencias intergeneracionales respetando derechos y deberes de unos con los otros.

El cambio del imaginario colectivo hará una construcción social de la vejez más digna. En este sentido, Uruguay acompaña, pues, con base en el contexto internacional orientador y de otros acuerdos y consensos regionales realizados en conferencias latinoamericanas como las de Chile, Brasil y San José de Costa Rica, en 2009, se creó, por la Ley 18.617, el Instituto Nacional del Adulto Mayor en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social. Posteriormente, en 2012, se inició el Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez para 2013-2015, con lineamientos y acciones del Estado en pro del bienestar de todas las personas.

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en el marco de la Organización de Estados Americanos (OEA) aprobó, en 2015, el texto del primer instrumento vinculante de carácter mundial de derechos humanos para personas mayores, cuyos cinco países firmantes fueron Uruguay, Argentina, Brasil, Chile y Costa Rica.

Esta convención estableció el primer instrumento que trata las desigualdades de género en la vejez y que, además, enfatiza en otros temas como la violencia y el maltrato en esa etapa.

Actualmente, en Uruguay, está en práctica el Segundo Plan Nacional para el período 2016-2019. Es de hacer notar que este plan contempla la mencionada inequidad de género —ya que, estadísticamente, se sabe que las mujeres viven más tiempo que los hombres en nuestra sociedad—, la no discriminación, el acceso a la justicia, la libertad de expresión y el derecho al trabajo, a la vivienda y a la educación, y encara las problemáticas de violencia y maltrato a las personas adultas mayores, que fueron recogidas en la Carta de Costa Rica de 2015 y que Uruguay ha asumido como vinculantes.

En definitiva, se busca alcanzar el bienestar biopsicosocial de las personas adultas mayores, es decir, la salud y calidad de vida, dos aspectos que ocupan a la bioética.

Luego de la síntesis previa de cómo construir una vejez digna, se concluye comentando sobre tres de los cuatro pilares del *envejecimiento activo*: la salud y el bienestar (entendidos de manera integral), la protección y la participación.

Es evidente que el título de este capítulo ha guiado el tema hacia una apreciación final sobre los principios de la bioética y los derechos de los usuarios adultos mayores en el cuidado de la salud. Se ha señalado cómo la legislación nacional considera, en forma explícita, el respeto a la autonomía, a la beneficencia, a la no maleficencia y a la justicia en el encuadre de un sistema integrado de salud. La Ley 18.211 hace referencia a los derechos humanos y, por ende, destaca los derechos de los usuarios. La Ley 18.335 establece los derechos y deberes de todos los usuarios del sistema de salud. La Ley 18.473 habilita las voluntades anticipadas. Todas las normativas mencionadas afectan a las personas adultas mayores.

Está claro que las personas adultas mayores deberían gozar de todos esos derechos, y así deben proponérselo todos los responsables de la atención de su salud. El SNIS contempla la protección de la salud de todos con igualdad de recursos, y de este modo debería cumplirse. Permite la participación de los usuarios en torno a algunas decisiones que los involucran y procura brindar una atención integral. Evidentemente, tal sentido quedó grabado en la ley. Sin embargo, muchas veces, la realidad no se ajusta a ese sentido, y parte del incumplimiento —en particular, del sentido humanista de la atención— está en manos de todos los que, de una manera u otra, comparten responsabilidades en la atención de la salud. Los técnicos y profesionales actuantes deben tratar de hacer lo que les corresponde pensando siempre en el mayor beneficio para el paciente (principio de beneficencia), evitando causar daño, poner en peligro o deteriorar la salud de los pacientes (principio de no maleficencia), respetando la voluntad del usuario o paciente cuando se puede o de su representante, siempre desde una actitud comunicativa, pues el que explica debe ser entendido por el otro y el otro debe poder preguntar y sacarse las dudas para tomar decisiones compartidas entre ambos (ejercicio de la autonomía del paciente), y teniendo con todos los usuarios el mismo trato y la misma consideración (justicia) sin discriminar por edad, sexo, personalidad, creencias, etcétera.

Los diferentes derechos en salud aplican los cuatro principios en relación con las personas adultas mayores. Algunos de ellos son los siguientes:

- el derecho a la vida y a una muerte digna (autonomía);
- el derecho a negarse a un encarnizamiento terapéutico (autonomía);
- el derecho a la integridad física, psíquica y emocional (beneficencia);
- el derecho a un trato digno (beneficencia y no maleficencia);
- el derecho a no poner en riesgo su salud (no maleficencia);
- el derecho a igual posibilidad de tratamiento, tecnología y lugar de atención (justicia).

Además de estos principios, existen otras normas éticas que generan derechos, como lo son:

- el derecho a la confidencialidad y privacidad en la atención, y,
- el derecho a la veracidad, es decir, a que no se le oculte ni niegue la verdad..

Son situaciones claras y frecuentes que llevan a reflexionar y a atender cuál es la decisión más aconsejable dentro de un marco de racionalidad y empatía, con base en una teoría y una práctica reales.

## BIBLIOGRAFÍA

- BEAUCHAMP, T., y CHILDRESS, J. (2009). *Principles of Biomedical Ethics*. Nueva York-Oxford: University Press.
- Belmont Informe (1978). Disponible en: <[http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10.\\_INTL\\_Informe\\_Belmont.pdf](http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10._INTL_Informe_Belmont.pdf)>.
- BERRO, G. (2013). «Consentimiento». En: BERRO, G. *Medicina legal: derecho médico y aspectos bioéticos*. Montevideo: Fundación de Cultura Universitaria, pp. 359-378.
- BRUSSINO, S. L. (2009). *Introducción a una fundamentación de la bioética basada en los derechos humanos*. Unesco.
- CASANOVA, E. (2005). *Bioética, salud de la cultura*. Montevideo: s. n.
- CORTINA, A. (1997). *Ciudadanos del mundo. Hacia una ética de la ciudadanía*. Madrid: Alianza.
- — — — y MARTÍNEZ, E. (2001). *Ética*. Madrid: Akal.
- CULLEN, C. (2004). *Autonomía moral, participación democrática y cuidado del otro*. 3.ª ed. México: Novedades Educativas.
- FRANÇA, O. (2008). *Fundamentos de la bioética*. Buenos Aires: Ed. Paulinas.
- GUAL, A., et al. (2013). «Declaración de Edimburgo, ¡25 años!» [EN LÍNEA]. *FEM*, vol. 16, n.º 4, Fundación Educación Médica, pp. 186-189. Disponible en: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2014-98322013000600001&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2014-98322013000600001&lng=es&nrm=iso)>.
- Ley 18.211 (2007). Sistema Nacional Integrado de Salud [EN LÍNEA]. Montevideo, 5 de diciembre. Disponible en: <<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp732595.htm>>.
- Ley 18.335 (2008). Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud [EN LÍNEA]. Montevideo, 15 de agosto. Disponible en: <<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp5671781.htm>>.
- Ley 18.473 (2009). Voluntad Anticipada [EN LÍNEA]. Montevideo, 3 de abril. Disponible en: <<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp3951978.htm>>.
- LÓPEZ GÓMEZ, A. (coord.) (2006). *Proyecto género y generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya*. T. I. Montevideo: Ediciones Trilce.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco) (2008). Programa de Educación Permanente en Bioética [EN LÍNEA]. Disponible en: <<http://www.unesco.org.uy/shs/es/areas-de-trabajo/ciencias-sociales/bioetica/programa-educativo.html>>.

- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2002). Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, 8 a 12 de abril de 2002. Nueva York: ONU. Disponible en: <[http://www.un.org/es/events/pastevents/ageing\\_assembly2/](http://www.un.org/es/events/pastevents/ageing_assembly2/)>
- POTTER, V. R. (1971). *Bioethics. Bridge to the Future*. Nueva Jersey: Prentice Hall.
- REICH, W. (1978). *Encyclopedia of Bioethics*. Nueva York: Schuster.
- SIURANA, J. C. (2009). *La sociedad ética*. Valencia: Proteus.
- SUÁREZ, F., y Díaz, A. (2007). «La formación ética de los estudiantes de medicina: la brecha entre el currículo formal y el currículo oculto». *Acta Bioethica*, vol. 13, n.º 1.





*[...] Eso que se me ocurrió se me escapa si no lo puedo devolver al conjunto, al nosotros en que estaba compuesto, para poder tramarlo con esas ideas. No es que se me escapa si no lo anoto: si lo anoto, también se me escapa. Porque no es a mí al que se le ocurre, no es yo el que estoy [sic] pensando: estoy pensando por conexión con un encuentro, y si mi pensamiento no vuelve allí, no vale de nada que lo retenga, porque entonces es solo una cáscara vacía, unos enunciados tontos, unas palabras que no piensan.*

Ignacio Lewkowicz





## CAPÍTULO 9

---

### DISPOSITIVOS DE ABORDAJES INTERDISCIPLINARIOS EN COMUNIDAD

Virginia Álvarez  
Raquel Palumbo  
Cecilia Rodríguez  
Verónica Silveira

En este capítulo, se describen los dispositivos que utiliza el equipo del Área Salud del Programa APEX que trabaja con personas adultas mayores. Cuando decimos dispositivos, nos referimos a los modos en los que organizamos nuestro accionar, a las «prácticas que comprenden objetos materiales, en espacios organizados socialmente bajo la regulación de un discurso» (Poitou citado en Moro Abadía, 2003).

El mencionado equipo está integrado por licenciadas en Nutrición, Psicología, Trabajo Social y Geriátrica, y cuenta con la participación de estudiantes universitarios de diferentes disciplinas y de actores comunitarios. El abordaje con personas adultas mayores existe desde la creación del APEX (1993), históricamente desarrollado por el denominado Subprograma Adultos Mayores (SAM) con la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad de vida de las personas adultas mayores, en principio, del área de acción del Centro Comunal Zonal 17 y, actualmente, ampliado al Municipio A (Intendencia de Montevideo).

Si bien los integrantes del SAM, a lo largo de los años, han variado, este programa siempre se ha caracterizado por la conformación multidisciplinaria de su equipo técnico, por la inserción ininterrumpida de estudiantes y por la participación activa de las personas adultas mayores de la comunidad.

Excede a este capítulo relatar todas las experiencias de aprendizaje vividas en el territorio, pero sí se considera importante entender de dón-

de se parte, porque la propuesta del curso que da origen a esta publicación nace de una práctica contextualizada, de una experiencia que lleva años trabajando en territorio. Son tiempos nuevos para el país, para la Universidad de la República (Udelar) y, por supuesto, también para las personas adultas mayores con las cuales se trabaja. Desde la implementación del SNIS, han cambiado las condiciones de acceso a la salud, así como también las prestaciones sociales dirigidas al grupo etario. Ante esta nueva realidad, el equipo, si bien conserva sus objetivos iniciales, ha renovado su accionar, pues ha disminuido las horas destinadas a la asistencia directa y aumentado los espacios destinados a la formación, promoción y difusión de temáticas vinculadas a las personas adultas mayores.

Con la puesta en práctica de la nueva ordenanza de funcionamiento del Programa APEX, se aprueba una reestructura académica, en la que se pasa de la organización temática, territorial y por grupos etarios a la organización por áreas. Es a partir de ese momento que el equipo deja de denominarse Subprograma y se suma a los demás equipos de trabajo del área de la salud, pero manteniendo su especificidad, la formación, experiencia y ética de trabajo compartida.

Los dispositivos de trabajo funcionan articuladamente. Estos son: clínico-asistencial, comunitario, de comunicación y debate, y de articulación interinstitucional e intersectorial. El clínico-asistencial y el comunitario son los que implican mayormente la relación directa del equipo con las personas adultas mayores.

## DISPOSITIVO CLÍNICO-ASISTENCIAL

Forma parte de él la atención en policlínica desde un abordaje familiar-comunitario. A dicha asistencia, se le integra la formación a estudiantes de grado y posgrado. Las personas adultas mayores ingresan por derivación del prestador público de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) (Centro Salud Cerro, INVE 18 y Hospital Maciel) y de forma espontánea (por iniciativa del usuario, la familia, el vecino). En el primer encuentro, se indaga el motivo de consulta y el conocimiento de la persona sobre el equipo, y, en función de ello, se comparte la modalidad de trabajo, incorporando las consideraciones éticas al abordaje multidisciplinario.

Se busca, en el menor tiempo posible, contar con la evaluación de todas las disciplinas, que conciba a la persona en su integralidad y permita acordar la jerarquización de las indicaciones. En este sentido, existe lo que se denomina Espacio Interdisciplinario de Discusión y Reflexión, destinado al intercambio sobre las principales problemáticas de los

usuarios, con el objetivo de generar las acciones más pertinentes en cada situación (estrategias, derivaciones, tratamientos, etcétera). Con relación a la atención individual, las distintas profesionales trabajan el abordaje disciplinar conjuntamente a estudiantes. Como instrumento de registro, se cuenta con una historia clínica compartida. En ella, se recaba información geriátrica, nutricional, psicológica y social. En el accionar, se busca respetar los derechos de los usuarios —pilares del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)—, para generar vínculos democráticos y respetuosos entre estos y el equipo de salud, vínculos entendidos como aquello que se genera a partir del encuentro con un otro real (que excede a mi representación), y no se piensa a la persona en forma fragmentada, sino que se contemplan diversos aspectos de su salud, en su contexto habitual y con su activa participación. Dentro de este dispositivo, se encuentra también el Taller de Libre Expresión (TLE) como abordaje grupal a problemáticas ya instaladas, el cual actúa, a la vez, como espacio de promoción de salud. La integración de usuarios al taller es definida en forma conjunta por el equipo; se seleccionan aquellas personas que por sus características personales se benefician mayormente del espacio.

## DISPOSITIVO COMUNITARIO

Incluye actividades abiertas a toda la población, pero focalizadas en el envejecimiento y la vejez. Dentro de estas actividades, se encuentran los espacios de promoción, prevención y educación para la salud (talleres con temas específicos), las jornadas temáticas relacionadas con fechas significativas (intervenciones urbanas con motivo del mes de la mujer, del mes de las personas adultas mayores, etcétera) y el Cine-Foro. Todas ellas implican la planificación, ejecución y evaluación conjunta entre estudiantes, docentes e integrantes de la comunidad (en forma organizada o independiente).

El Cine-Foro en particular existe, desde el año 2004, como actividad socioeducativa y recreativa y consiste en la proyección de una película y posterior debate. El cine suscita en las personas adultas mayores —a través de la identificación con temáticas o personajes— recuerdos relacionados con sus historias de vida, los cuales son trabajados e integrados como reminiscencias, buscando la reflexión y dando lugar a la creación de proyectos saludables. La participación de estudiantes en este espacio genera un encuentro intergeneracional, con los beneficios que supone para los dos grupos etarios. Posibilita el acercamiento de los estudiantes al grupo etario, que estos conozcan cómo las personas

adultas mayores, desde sus experiencias y su contexto, construyen sus discursos y transitan por su envejecimiento, lo que deja ver que el proceso de envejecimiento no es homogéneo, sino complejo.

Desde el año 2015, las personas adultas mayores comenzaron a participar en la selección de las películas; así, se conformó una comisión organizadora de este espacio integrada por participantes, docentes y estudiantes. La participación en todo el proceso favoreció el logro del sentimiento de pertenencia e identidad.

El Cine-Foro, utilizado como una herramienta educativa, fue adoptado por otras instituciones, lo que confirma la incidencia que tiene sobre las personas adultas mayores que en él participan. Implica un proceso de trabajo interdisciplinario y con participación comunitaria, desde la planificación hasta la evaluación.

## DISPOSITIVO DE COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL

Forman parte de él las coordinaciones que lleva a cabo el equipo con diversas instituciones y organizaciones: educativas, sanitarias, barriales, gremiales, zonales y departamentales. Algunas coordinaciones están ligadas a la enseñanza y a la extensión, como la realización de cursos interservicios, talleres y actividades educativo-recreativas (en coordinación con la Escuela de Nutrición, la Facultad de Ciencias Sociales, la Facultad de Medicina, la Asociación de Jubilados, la Usina Cultural Cerro del Ministerio de Educación y Cultura, etcétera). Otras están vinculadas a la asistencia, como suele ser la derivación y coordinación para la atención de usuarios y familiares (ASSE, el Hospital de Clínicas, prestadores privados y policlínicas comunitarias), y a las prestaciones sociales (Banco de Previsión Social, Ministerio de Desarrollo Social e Intendencia de Montevideo).

En lo que refiere a la investigación, el equipo se ha coordinado con diferentes servicios y facultades para colaborar en algunos proyectos y trabajar articuladamente en aquellos vinculados al grupo etario. Ejemplo más reciente de ello es el proyecto en ejecución junto con la Red Temática de Bioética: Percepción de los Usuarios sobre el Respeto de sus Derechos en el Primer Nivel de Atención, financiado por la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Udelar.

## DISPOSITIVO DE COMUNICACIÓN Y DEBATE

En cuanto a la interna del equipo, existen diversos espacios destinados a debatir problemáticas vinculadas al grupo etario con el cual trabajamos, como lo son los espacios interdisciplinarios de comunicación y debate, a través de los cuales se realizan ponencias y artículos en forma conjunta. Asimismo, se cuenta con distintos medios para la comunicación de las actividades que se desarrollan o la difusión de temas relacionados con los adultos mayores, pero de interés general. Son ejemplo de ello el mensuario *JubiCerro* de la Asociación de Jubilados y Pensionistas del Cerro y Adyacencias, las radios comunitarias de la zona, las páginas web y las redes sociales.

En todos los dispositivos utilizados, y a través del vínculo entre el equipo de salud y el usuario, se plantea respetar la autonomía de las personas adultas mayores y lograr la beneficencia y la justicia, así como garantizar el respeto a la confidencialidad.

## BIBLIOGRAFÍA

MORO ABADÍA, O. (2003). «¿Qué es un dispositivo?». *Empiria: Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, n.º 6, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la UNED, pp. 29-46.

## CAPÍTULO 10

---

### ABORDAJE GRUPAL EN EL TRABAJO CON PERSONAS ADULTAS MAYORES: EL TALLER DE LIBRE EXPRESIÓN

Virginia Álvarez

La transición demográfica que vive nuestro país y los cambios existentes en las políticas de salud hacen que sea necesario pensar dispositivos de atención en el marco de la estrategia de atención primaria en salud (APS). Trabajar con dispositivos grupales no solo resulta más económico en relación costos/beneficios, sino que, además, resulta un modo privilegiado para la resolución de conflictos y la promoción de salud. A través de mecanismos identificatorios, se favorece la problematización de comportamientos e ideas estereotipadas, lo que les permite a las personas tener una mayor flexibilidad y apertura a los cambios. El uso de técnicas expresivas tiene efectos terapéuticos por las posibilidades que ofrece de plasmar nuestras angustias y deseos. La propuesta del Taller de Libre Expresión (TLE) combina un dispositivo de promoción de salud grupal con el trabajo con personas adultas mayores.

En este capítulo, se presenta parte de la investigación Los Vínculos en el Taller de Libre Expresión, Estudio de un Dispositivo de Intervención Psicológica con Personas Adultas Mayores, con énfasis en la importancia de este tipo de abordaje en el contexto del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Se describen algunos elementos del marco conceptual relacionados con la psicología de la expresión y el vínculo, y se comparten algunas consideraciones éticas, así como también una síntesis del análisis y las conclusiones.

Como se menciona en el capítulo anterior, el TLE es uno de los dispositivos de trabajo del equipo que implica la articulación de otros dispositivos, así como la conjunción de funciones universitarias (constituye un espacio de enseñanza, investigación y extensión).

En lo que refiere a la investigación, la metodología fue el estudio de caso, con un muestreo intencional no probabilístico o de conveniencia (se eligió directamente a los adultos mayores participantes). La población seleccionada para realizar la investigación fueron personas mayores de 65 años, no institucionalizadas, autoválidas, que vivían en la zona del Cerro y adyacencias.

El estudio se llevó a cabo en el periodo setiembre-diciembre de 2013 en el marco del Programa APEX, de la Universidad de la República (Udelar). Se trabajó durante tres meses y medio, con encuentros semanales de una hora y media de duración, utilizando técnicas expresivas en el desarrollo de los talleres (pintura, modelado, collage, entre otras). Se filmaron los encuentros y se tomaron fotos de las producciones. El objetivo general fue describir las características de los vínculos de las personas adultas mayores integrantes del TLE.

La convocatoria se hizo en coordinación con los equipos de trabajo del Programa APEX; las integrantes del entonces Subprograma Adultos Mayores realizaron las entrevistas previas a la selección. El equipo de la investigación estuvo integrado por una coordinadora y dos observadores que formaron parte de todo el proceso.

Esta investigación planteó el taller como dispositivo de intervención psicológica, el cual constituyó una alternativa eficaz —que interviene exitosamente sobre lo que se propone— y eficiente —es decir, con pocos recursos humanos y materiales llega a mayor población— en el marco del SNIS.

Se trata de un dispositivo que, a la vez que trabaja sobre la promoción de salud, también interviene en la atención de problemas ya instalados (Alonsopérez, 2009). Los métodos y técnicas empleados en esta forma de trabajo producen modificaciones en quienes participan.

Moccio (1980), en relación con la importancia del uso de la pintura en la psicoterapia, comparte con Naumburg (1970) que los pensamientos y sentimientos derivados del inconsciente se expresan en imágenes más que en palabras. Además, sostiene que todas las personas poseen una capacidad latente de proyectar sus conflictos en forma visual y que la expresión pictórica se escapa más fácilmente a la censura mental que la expresión verbal. No alcanza con describir un fenómeno y entenderlo: es necesario intervenir en el sentido de introducir la posibilidad de cambio. Conectarse con mediadores expresivos como la pintura y la arcilla habilitan la proyección de nuestros conflictos. Rozitchner en *La vejez no pensada* (2012) señala, en el trabajo con personas adultas mayores, que el terapeuta debe ser lo suficientemente flexible para cambiar técnicas en beneficio del paciente. En este sentido, las técnicas expresivas constituyen el medio favorable para trabajar aspectos que hacen a la

dinámica inconsciente, privilegiando aquellas manifestaciones que surgen a partir del propio encuentro.

En el trabajo con personas mayores, es muy importante la autonomía y la satisfacción objetiva. La gran exposición a pérdidas que tienen las personas adultas mayores o las dificultades para la gratificación social o erótica requieren que el analista acentúe la capacidad del paciente para encontrar nuevas vías y estrategias de gratificación, relaciones nuevas (Rozitchner, 2012: 32). De esta forma, el uso de técnicas expresivas resulta una vía privilegiada para el trabajo con personas adultas mayores, porque permite la dinamización de los conflictos y la simbolización, al mismo tiempo que facilita la conexión con una actividad que en sí misma es gratificante (por lo catártica que resulta y por las posibilidades creativas que brinda).

Los planteos de Winnicott (1971), en los cuales la capacidad de ser creativo es uno de los conceptos fundamentales, son un antecedente muy significativo en el trabajo con técnicas expresivas. Estas manifestaciones constituyen la demostración más auténtica de la personalidad, ya que en ellas la persona se muestra creadora. Para él, lo universal es el juego, el cual se encuentra, al igual que el trabajo con técnicas expresivas, en una zona intermedia de experiencia (espacio potencial o tercera zona). El juego corresponde a la salud, facilita el crecimiento. El uso de distintos mediadores (arcilla, pintura, títeres) viabiliza la manipulación de la realidad con objetos reales, haciendo uso de la ilusión y la fantasía. El trabajo con técnicas expresivas permite el acceso a emociones, deseos y fantasías a los cuales no puede accederse directamente a través de lo verbal. El jugar, para Winnicott (1971), se configura como una acción recíproca entre ambas realidades, externa e interna, lo que permite la transformación progresiva de la realidad psíquica, que, a su vez, posibilita la existencia de la persona.

Naumburg (1970) es una de las autoras pioneras de la psicología de la expresión, quien trabajó durante años con la pintura como forma de expresión en psicoterapia. La autora establece que los pensamientos y sentimientos del hombre derivados del inconsciente se expresan en imágenes; sostiene que todo sujeto posee una capacidad latente para proyectar sus conflictos en forma visual.

Cabe destacar, a los efectos de esta investigación, que adherimos a lo expresado por Carrasco (2010) en cuanto a la elección del término *expresión* en lugar de arte. Para el autor, la diferencia fundamental está dada en que, en la expresión, el énfasis está en el proceso y no en el resultado final; no importa la dimensión estética del producto, ya que la representación plástica vale por sí misma, y, por ello, prefiere hablar de psicología de la expresión y no de psicología del arte.

El TLE, tal cual fue concebido para esta investigación, se orienta en los planteos de Carrasco infundidos en su propuesta de la psicología crítica alternativa (PCA), mediante la cual realiza una crítica a la concepción universalizada de ser humano y, en contrapartida a esto, establece, como explicación integral del ser, que «el ser humano es un ser en situación» (Carrasco, 2010: 23). En palabras de Carrasco (2010), «el ser en situación determina las características de la vida cotidiana, cómo situarlo en el contexto social, económico, político, cultural, etcétera, en el que se encuentra inserto y desarrolla su vida».

Es central, en el trabajo comunitario, «[...] reconocer las potencialidades de las personas, entendiendo que estas poseen un saber que es válido y complementario del saber académico» (Antúnez *et al.*, 2000: 395). Conceptualmente, el dispositivo del TLE promueve el trabajo sobre el proceso de realización de las producciones, la no interpretación. Estimula el intercambio entre las personas, la posibilidad de que cada uno de los participantes exprese sus opiniones en el aquí y ahora, lo que determina una coordinación abierta que no interpreta ni abandona, sino que se dispone a recepcionar, articular y socializar los discursos y materialidades que acontecen y emergen en el taller.

Los vínculos en el TLE son entendidos tal como los trabaja el psicoanálisis vincular en el Río de la Plata. Berenstein (2007) y Puget (2003) determinan que el vínculo parte del dos, pues no existe un saber previo a él: es el entre que posibilita la producción de subjetividad. Para Berenstein, el énfasis no está puesto en lo que trae cada uno, sino en lo inédito que se produce en el encuentro (2007). «El dos es un espacio de producción de subjetividad que se genera por efecto de presencia y se instaura en un complejo juego de imposición que constituye el encuentro» (Puget, 2003: 6).

Para que el vínculo se constituya y se sostenga, es ineludible la presencia del otro, aunque no será necesaria —ni posible— su permanencia constante; lo fundamental que se señala del mundo vincular es que el otro real externo no puede faltar como garante y soporte del vínculo. El psicoanálisis vincular plantea múltiples orígenes: «el sujeto en devenir no tendría un centro originario (teoría de la falta fundante), sino una red heterogénea» (Pachuck y Zadunaisky, 2010: 124), y los lugares y funciones no son estáticos. Puget (2003) propone la noción de aparato psíquico abierto, en el que el sujeto del vínculo está en permanente construcción. En el concepto de sujeto múltiple de Pachuck y Zadunaisky (2010), el mapa singular y el psiquismo fluido se interconectan, lo que produce cambios individuales y grupales, que solo son posibles de pensarse cuando estamos con otros.

[...] Estamos ante el desarrollo de una clínica configuracional, que parte de lo que hay y construye, en el encuentro/desencuentro con el otro, las consistencias necesarias para hacer posible la producción de subjetividad en las condiciones de la época [...]. [Es preciso] poner entre paréntesis la noción del pasado como objeto principal para aceptar trabajar más por el lado de lo actual, de las escenas que podemos armar con lo que el paciente trae y también con lo que se construirá en el entre (Pachuck y Zadunaisky, 2010: 217).

No se trata de una persona cuyo origen se define en los primeros años de vida en el intercambio con sus padres y entorno relevante, sino de «un sujeto vinculado, que, en cada encuentro significativo a lo largo de su vida, forma y construye su ser con el otro. O sea, en múltiples orígenes del mundo subjetivo y vincular» (Abelleira y Delucca, 2011: 52). La concepción del psiquismo abierto remite a la posibilidad de nuevas inscripciones, de acontecimientos significativos que generan nuevas marcas y permiten construir otros proyectos. No se piensa en estructuras cerradas e inmutables, sino en un psiquismo multidimensional, en el que la historia que cada uno trae hace trama con el otro y el conjunto (Rojas, 1999).

Según Berenstein (2004) y Puget (2004), todo vínculo incluye, al menos, tres aspectos: lo semejante, lo diferente y lo ajeno. Lo semejante (lo que cada sujeto advierte a través del mecanismo de identificación, que permite la vivencia de lo compartido) está marcado por la fusión y la ilusión de plenitud ineludible en el encuentro con el otro por la marca de desamparo primordial. Lo diferente, la dimensión simbólica (aquellos aspectos del otro a los cuales podemos acceder, aunque no nos identifiquemos con ellos) está marcada por la castración y el reconocimiento de la alteridad. Lo ajeno (inasimilable, no compartido ni compartible, que refiere a un límite, a aspectos incognoscibles e irrepresentables del otro como sí mismo) es del orden de la satisfacción pulsional, fuertemente enraizada en la corporeidad (Pachuk y Friedler, 1998). La semejanza o complementariedad narcisista, la alteridad y la ajenidad son tres formas de procesar la diferencia siempre presente en la vincularidad (Gomel y Matus, 2011; Puget, 2000). Si predomina la semejanza, el sufrimiento se da

por exceso de desanudamiento de lo imaginario, con su efecto de déficit de lo simbólico. Se puede relacionar este sufrimiento con el mito de narciso, en el cual por una captura en la propia imagen se produce un pasaje al acto. Son ejemplos de sufrimiento relacionados con el desborde de lo imaginario aquellas situaciones ligadas a la ilusión de completud, el congelamiento del tiempo, el no registro del cambio situacional o la violencia, entre otras (Gomel, Matus, 2011: 6).

Si lo que predomina es la ajenidad, nos encontramos con la imposibilidad del vínculo. Berenstein señala la similitud con el mito de Drácula, en el que no hay espejamiento y aparece la angustia del no reconocimiento del otro. Lo ajeno es inherente a la presencia del otro (real): no se deja transformar en ausencia ni se logra simbolizar. Cuando lo que predomina es la alteridad, se produce un encuentro que no es la sumatoria de las partes, sino la formación de un nuevo contexto, que permite hacerle lugar a lo creativo, a lo diferente, sin reducirlo al plano de lo idéntico. La noción de vínculo mencionada es viable en el espacio del taller por tratarse de un dispositivo en donde el énfasis está en la posibilidad creadora, más que en el análisis proyectivo. No se trata de hacer hincapié en la repetición, sino que el foco lo constituye lo novedoso. En una producción, siempre hay algo de lo novedoso, no solo por la singularidad de ese encuentro (el de la persona con el grupo y con los materiales en ese momento de su historia), sino también porque nunca somos los mismos. La identidad no es inmutable, sino que se transforma, y esa transformación tiene estrecha relación con nuestro entorno y los vínculos que establecemos.

Privilegiar el espacio grupal permite el reconocimiento del otro en tanto diferente y semejante a la vez, lo que trasciende el análisis vertical, es decir, se pasa de un lugar de saber-poder a uno horizontal, en donde el rol de la coordinación no está ligado a la dirección, ni a la interpretación, sino al ofrecimiento de las condiciones adecuadas para que la persona pueda crear libremente. Importa el proceso más que lo producido. El proceso del taller refiere al tiempo transcurrido desde el inicio de los encuentros y a un tiempo que no es cronológico, un tiempo interno, el de cada integrante y el del grupo, así como también a la forma de conexión con la experiencia, de apropiación del espacio, de conocimiento y descubrimiento mutuo.

El TLE, en el cual se basó esta investigación, estuvo conformado por cuatro mujeres y dos hombres con un promedio de 75 años de edad. La mitad de ellos nació y creció en el interior del país y la otra mitad lo hizo en la capital (Montevideo). Fue la búsqueda de mejores oportunidades laborales en la mayoría de las situaciones que provocó la migración interna. En cuanto al nivel educativo, todos sabían leer y escribir y concurren a la escuela, y una de ellas concurre al liceo. Sus experiencias laborales fueron muy diversas: dos de las integrantes se dedicaron exclusivamente al cuidado del hogar y de los hijos de forma no remunerada, y los demás trabajaron en la venta de servicios y en tareas agropecuarias. Todos ellos se casaron, al menos, una vez y uno de ellos lo hizo en dos oportunidades. De los seis adultos, tres son divorciados y las demás, viudas.

En relación con la experiencia previa en el uso de recursos expresivos, la mayoría de los integrantes nunca había participado en un taller de esas características. Tres de ellos tenían experiencia de haber participado en otros grupos (de excursiones, computación y gimnasia) y los demás tenían recuerdos ligados a lo laboral o familiar. En cuanto al vínculo previo de los integrantes del taller, era requisito no tener lazos de consanguinidad ni de alianza. Tres de los integrantes se conocían del barrio (Casabó), dos se habían visto ocasionalmente en las actividades dirigidas por el entonces Subprograma Adultos Mayores y una de ellas nunca había visto a las demás personas que conformaron el taller.

A partir del análisis de las producciones y del relacionamiento entre ellos, se pudieron discriminar, al menos, tres fases en el proceso grupal, que respondieron a una mayor integración y apropiación del espacio relacionada con el transcurso del tiempo. Las fases no son cronológicas; se trata de una ficción que ayudó a ordenar y pensar el material. Algunos elementos característicos de las primeras fases también se visualizan en la última y viceversa.

La primera fase fue bastante coincidente con los primeros encuentros y se trató de un periodo de reconocimiento de los materiales y de los integrantes del taller. El primer encuentro estuvo caracterizado por el predominio del plano y de las líneas rectas, y el segundo, por la aparición de las figuras curvas a través del barro. A partir del tercer encuentro —en el que no existieron producciones plásticas—, se introdujo una variable desde la coordinación con caldeamientos dirigidos a la sensibilización y al contacto con los materiales.

Podemos pensar en una segunda fase del taller con temáticas relacionadas con el caldeamiento. Comenzaron a pintar con pincel y dieron continuidad a creaciones de talleres anteriores. Apareció en el contenido la diferenciación adentro/afuera, con alusiones a recipientes que contienen (aljibe o sobre), y se diversificaron las producciones.

El pasaje de la segunda a la tercera fase no resultó tan fácil de delimitar. A pesar de ser aún más ficticio el corte temporal, importa saber que esa etapa estuvo caracterizada por un mayor nivel de integración entre los participantes del taller, una mayor apropiación del espacio y un predominio de las ansiedades vinculadas a la separación.

La primera fase se destacó por los vínculos de semejanza: ser del Cerro, venir del interior (observable a través de diálogos y producciones), y por la evitación de aquello que podía generar conflicto: «[de] política y religión más vale no hablar», dijo una de las participantes. Se instaló la ilusión grupal como defensa ante el miedo de perder los límites de la identidad y se tendió a anular las diferencias: somos todos iguales y tenemos el mismo objetivo.

En el primer taller, prevalecieron las producciones abstractas, de trazos rectos. Carrasco (1997), en su artículo «Dialéctica entre figura y forma», en relación con las investigaciones realizadas, habla de una serie de representaciones que en sí mismas no tienen un significado comprensible, pero que aparecen con mucha frecuencia:

[...] Representaciones muy simples, muy elementales, pero muy claras, como, por ejemplo, el triángulo, el rectángulo, el cuadrado, el círculo, el espiral, la línea ondulada [...]. Nos hemos atrevido a colocar esas representaciones en un lugar intermedio entre la figura y la forma; son como formas, pero son como formas figurativas y que nos traducen un significado, que no es lo mismo que el significado de la figura, porque el significado de la figura [...] está ajustado al código de mediación cultural; el otro, no. En otras representaciones simbólicas primitivas, no tenemos código de interpretación y, por lo tanto, no sabemos qué es lo que nos están transmitiendo concretamente (Carrasco, 1997: 92).

La primera producción es el modo en que nos presentamos ante los otros. En este grupo, también se dio el encuentro con materiales desconocidos o que no eran usados desde hacía, al menos, 50 años. Debemos recordar que la conformación de este grupo estuvo dada por un conjunto de personas adultas mayores que asistieron, en su mayoría, a escuelas rurales en una época de nuestro país en que predominaba un modelo educativo bancario, basado en la repetición y memorización de conceptos y no en la experimentación. Su producción también se conectó con su historia e identidad (como dibujar la Fortaleza). No solo el modo de concebir la educación era distinto, sino también la forma de pensar el trabajo y el tiempo libre. En los adultos mayores de este siglo, vemos la coexistencia de distintas lógicas: lo fluido (Lewkowicz, 2004) emerge como una realidad, invade, se impone, pero no desplaza, pues la solidez está con una fuerte presencia en este grupo. Se trata de mujeres y hombres que crecieron en un país que ofrecía garantías de existencia: un trabajo, un solo matrimonio (la mayoría) e hijos como única alternativa posible, y que, ahora, desde hace años, les proporciona la jubilación o pensión como forma de subsistencia. País que era otro y cuyos modos de vincularse eran distintos. También los modos de ser padre, madre, docente, hermana eran diferentes. Lugares que parecían estar ahí para ocuparlos —aunque el modo de ocuparlos no fuera el deseado. Esto lo pudimos apreciar en reiterados relatos sobre el lugar del maestro o profesor, quien imponía una única forma de realizar las tareas, o sobre el rol de la mujer con relación al cuidado de los hijos y la limpieza del hogar.

La elección de los marcadores para su primera producción tuvo que ver —al menos, en parte— con el hecho de que se trataba de un material

conocido por ellos (lo cual no significaba que estuvieran familiarizados con su uso). Todos experimentaron por primera vez, en el segundo encuentro, con el barro alfarero; algunos de ellos no conocían el material. Las producciones del segundo taller (predominantemente curvas) respondieron, en parte, a las características del material, que suele remitir al manejo de los alimentos; hay una tendencia que se repite en los grupos y es la de realizar choricitos para luego armar la forma deseada. En el cierre de la primera fase de los talleres, no se hicieron producciones plásticas, lo que determinó un quiebre en el modo de pensar y realizar la coordinación. Esto, que puede ser leído como resistencia, también puede ser pensado como oportunidad que marcó, para la coordinación, un acontecimiento (quiebre temporal que estableció un antes y un después); acontecimiento como algo que no tiene lugar, que irrumpe y produce una situación diferente. Pensamos que el grupo pudo trascender la demanda inicial, en la que regía la mirada de la coordinación como portadora del saber y como la que habilitaba o no ciertas producciones, para pasar a otro momento en el que ellos mismos fueron regulando sus tiempos y producciones.

En el comienzo de este encuentro, expresaron: «Hoy no hay muchas ganas de trabajar». Observamos que se había generado un clima más íntimo, que se habían quedado hablando más tiempo del habitual en el espacio inicial. Todos intercambiaban acerca de su infancia y los hijos. Resultó difícil pasar al segundo momento del taller, al trabajo con los materiales plásticos alrededor de la mesa, pues había una resistencia a la consigna. Podemos pensar esto en relación con el vínculo fraterno, en la identificación como hermanos. Cuando decimos hermanos, nos referimos al tercer tiempo del vínculo fraterno: el de amistad. Las conceptualizaciones sobre lo fraterno proponen tres tiempos no cronológicos ni lineales, que pueden darse en simultaneidad: tiempos de rivalidad, unión y separación (Czernikowski *et al.*, 2003). El sentimiento de confraternidad muestra lo fraterno en relación con un lugar de paridad. En el tercer encuentro, compartieron sus problemas, su situación en torno a los hijos y sus preocupaciones; esto remite —en una posible lectura— al momento de unión en el que los hermanos se juntan y se separan de la ley, acá representada por la coordinación. Esto constituyó un quiebre para la coordinación, un modo diferente de pensar los encuentros, ya que fue necesario posicionarse activamente en el caldeamiento, para posibilitar, así, un mayor reconocimiento de los materiales. Creemos que dicho lugar de paridad habilita, desde este orden simbólico horizontal, la construcción de un espacio transicional. Es en este espacio generador de posibilidades que encontramos la capacidad de sostén y apuntalamiento con otro. En este sentido, Moscona (2008)

plantea que los pares cumplen una función sustentadora por ser referentes válidos, por estar y compartir. El compañero del grupo resulta, por momentos, un rival ante quien disputarse el amor de la coordinación y, en otros, alguien con quien pensar y enfrentarse a ella. En este encuentro, primó la unión entre ellos.

En la segunda fase, el equipo de coordinación introdujo dinámicas de sensibilización relativas al uso de los materiales. Comenzaron a usar otros materiales (goma eva, telas) que, aunque siempre estuvieron ahí, no eran utilizados. Los trabajos dejaron de ser esas producciones abstractas para hablar de ellos: desde dibujos que reproducían literalmente su vida cotidiana (un macetero bici, acompañado del relato sobre su realización en el plano material) hasta algunos con mayor simbolización, como la fachada de una casa que invitaba a ser habitada en contraposición con una casa real que producía rechazo. También, alguien dibujó un aljibe algo inclinado. Cuando lo hizo, contó: «mis hijas me dicen: “no camines torcida”». Esto significó una posibilidad de descenderse de los lugares habitualmente ocupados. Los colores (en la pintura) no fueron usados del mismo modo por todos los integrantes, pero sí se observó que estos no eran mezclados previamente —puesto que eran utilizados solos—, sino en la propia hoja. Había una relación con el material que no estaba previamente dada, sino que cada uno debía explorar. Conservar los colores tal cual estaban dispuestos en el TLE (primarios) fue también una forma de preservar lo que ya existía, lo que conozco, lo que cada uno es. Al mezclar algo, este deja de existir en su estado natural y se transforma a partir de la acción de cada uno.

En uno de los encuentros, una de las adultas compartió con el grupo una experiencia de cuando iba al liceo: «dibujé una banana y estaba tan contenta con mi banana, y cuando la terminé, la profesora me dijo: “lo que hiciste es un mamarracho, no parece una banana”». Esto constituía una marca significativa tendiente a anular la diferencia (solo hay una forma correcta de hacer las cosas), experiencia que generalmente se reforzaba en el hogar con pautas de crianza excesivamente rígidas. Muchas veces, en el espacio del taller, al hablar de los castigos recibidos, decían: «mirá si ahora le van a hacer eso a un niño». Prácticas que, aunque rechazadas en lo manifiesto, fueron traídas como señal de resistencia y fortaleza. Comprender que el espacio del TLE buscaba habilitar distintos modos de expresión, con énfasis en el proceso más que en el producto, conllevó un plus de esfuerzo para esta generación en la que predominaba un discurso plagado de exigencias. En esta fase, encontramos un mayor grado de cooperación con la coordinación y mayor pertenencia, y una representación interna de quien no concurría.

Lewkowicz en *Pensar sin Estado* (2004) se plantea la pregunta: ¿cómo confiar en otros que son otros? Pareciera que, en condiciones de fluidez, la confianza ya no es suficiente:

[...] No estamos ante un semejante posible, sino ante un otro instituido como otro [...]. La confianza se nos complica, sobre todo si no contamos con dispositivos confiables con los que tratar la diferencia con ese otro. La confianza no basta para pasar del fragmento a la situación; es preciso pensar de otro modo, hacer de otro modo, hacerse de otro modo, constituirse de otro modo, hacerse cada vez, hacerse en cada situación: confiar de otro modo (Lewkowicz, 2004: 14).

En los primeros encuentros, predominó una transferencia vertical (Anzieu, 2009) en la que las preguntas y las miradas se dirigían hacia la coordinación. En esta etapa, lo persecutorio se colocó en el interior del grupo: por momentos, en la observación y, por momentos, en los participantes del TLE. Se formaron subgrupos y se depositaron las ansiedades en partes distintas.

Aparecieron, en el grupo, relatos relacionados con los hijos, los modos de crianza, las nuevas conformaciones familiares y la violencia social. Se habló del espacio del taller como un lugar que los hacía sentirse bien y se introdujo, por primera vez y a través de la voz de un tercero —una de las integrantes mencionó que su hija le había preguntado—, la interrogante sobre la continuidad del espacio, aunque esto se instaló desde un plano no racional, ya que desde lo racional, estaba claro que era una experiencia acotada de tres meses de duración. En relación con los lugares que ocuparon (la disposición alrededor de la mesa), estos no variaron significativamente, aunque sí existieron cambios en su modo de llegar e irse del espacio. Sumaron el trabajo plástico a las conversaciones; ya no era necesario dejar de pintar para realizar algún comentario, sino que hacían ambas cosas simultáneamente. Acción motriz, pensamiento y verbalizaciones lograron darse en simultaneidad, modificando así la vivencia de tiempo y espacio. El aprendizaje se produjo en la integración del otro, de los materiales y del propio cuerpo. Pudimos observar la integración entre experiencia, conocimientos y personalidad (planteada en la teoría del ciclo de la vida como característica distintiva de la vejez).

En la tercera fase, se observaron modificaciones en el vínculo entre ellos y también con la coordinación. A partir del encuentro en que hicieron la primera producción conjunta (último de la segunda fase), percibimos una mayor integración y una mayor pertenencia al TLE. Si bien el comienzo de esta fase resultó menos fácil de delimitar (un pasaje más ficticio que en la fase anterior), se caracterizó por una mayor colabo-

ración entre ellos (se ayudaban en la realización de las producciones) y con la coordinación (por primera vez, ante el final de un encuentro, ofrecieron su ayuda para ordenar el espacio), así como también por el predominio de ansiedades vinculadas a la separación.

A pesar de lo acotada de la experiencia, tres de las cuatro mujeres faltaron a un tercio de los encuentros (cinco veces), mientras que los hombres solo lo hicieron una vez; esto, quizás, nos habla de algo que ellos también verbalizaron: la necesidad de tener espacios propios, en donde poder compartir aquellos temas que les preocupan. Suele ser frecuente que los grupos de personas adultas mayores sean, en su mayoría, de mujeres (cuando no la totalidad); esto responde no solo a la feminización de la vejez, sino también al tipo de actividades que suelen elegir. Mientras las mujeres eligen espacios recreativos o donde aprender algunas habilidades, los hombres se inclinan por aquellos típicamente asociados a lo masculino, como el bar, los juegos de cartas y la participación sindical. La masculinidad hegemónica tiene un costo elevado para algunos hombres, que quedan atrapados en una construcción social de qué significa ser hombre, por lo que les es más difícil compartir aquello que les preocupa o les produce sufrimiento.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

En lo que tiene que ver con las consideraciones éticas, lo primero que cabe aclarar es que al tratarse de una investigación en el marco de una tesis de maestría fue necesario regirse de acuerdo a las normativas que refieren a los consentimientos y autorizaciones. En Uruguay, existe una normativa específica que rige las investigaciones con seres humanos. El Ministerio de Salud Pública establece, a través de un decreto, la creación de un comité nacional para regular los comités institucionales. Es importante reflexionar en torno al concepto de consentimiento informado. Este se basa en el principio de dignidad humana y en los derechos humanos. Es una especificación práctica del principio de autonomía y responsabilidad individuales. Las personas autónomas solo pueden tomar decisiones, asumir responsabilidades y exigir sus derechos si primero han otorgado su consentimiento.

En la investigación mencionada, se trabajó con personas adultas mayores autoválidas, por lo que fue necesario y suficiente contar con su consentimiento informado (ya que la investigación se hizo directamente con ellas). Dichas personas sabían que se filmaban los encuentros y con qué fines sería utilizado el material (académico y de difusión). Durante todas las etapas de la investigación, tuvieron contacto con la investigadora, con quien disiparon dudas relacionadas con el estudio.

Desde la primera entrevista, se les aclaró a los participantes que tenían la posibilidad de negarse a participar o de retirarse si así lo deseaban, sin que ello tuviera consecuencias en su atención en el Subprograma Adultos Mayores (a través del cual llegaron la mayoría de ellos).

Otro aspecto fundamental es el respeto de la confidencialidad, especialmente en esta investigación, en la que participaron personas de la misma zona geográfica. Para ello, se eliminaron los identificadores directos de los participantes y se preservaron los datos obtenidos, para evitar el riesgo de divulgar de forma accidental información privada. Del mismo modo, se trabajó entre todas las personas la necesidad de respetar la confidencialidad de los contenidos que surgieron en el espacio grupal.

Más allá de la necesidad, en toda investigación, de respetar las decisiones de quienes participen en ella, de protegerlos de posibles daños, hay que poder asegurar la beneficencia (planteada en el informe Belmont como obligación), es decir, minimizar los posibles daños y maximizar los beneficios. Particularmente en este tipo de investigaciones, se hace necesario reducir los riesgos psicológicos (ansiedad, angustia, entre otros), ya que no existen —por el solo hecho de participar— riesgos económicos, físicos, sociales ni legales. En relación con los beneficios, la investigación no solo buscó favorecer directamente a sus participantes, sino, además, aportar al pensamiento de abordajes grupales en el marco del SNIS. Esta se realizó en el Programa APEX por ser el ámbito de inserción docente de la investigadora y por contar con una experiencia de trabajo grupal previa con este grupo etario en dicho servicio (Alberti, Álvarez y Peña, 2007).

Para esta investigación, se elaboraron dos formularios de consentimiento informado: uno para la etapa de preselección y otro para la participación en los talleres. Los formularios fueron leídos por la investigadora, ofreciendo la posibilidad de aclarar las dudas que surgían de ellos.

La selección de los participantes tuvo una primera fase en la que estos fueron entrevistados por el equipo del Subprograma Adultos Mayores. Se compartió la propuesta de investigación con quienes reunían los criterios de inclusión en el equipo, es decir, se les informó sobre la posibilidad, si así lo deseaban, de ser entrevistados para integrar un TLE. De existir interés de parte del adulto, desde el subprograma, se comunicaban con la investigadora, quien citaba a una entrevista al interesado. Se trató de un único encuentro previo a la realización de los talleres, en el que se aplicó el test de figura humana de Machover y se recabaron datos relacionados con aspectos psicodinámicos.

En relación con la devolución y derivación, cuatro fueron las personas que llegaron a la fase de entrevista clínica y no formaron parte de la investigación. Si bien no presentaban depresión ni trastorno de memo-

ría (excluyentes), no reunían los demás requisitos para integrar el taller. Esas personas fueron citadas a una instancia individual con el objetivo de devolver elementos de la entrevista y compartir con ellas las distintas actividades que existían en el marco del Subprograma Adultos Mayores. No había, previamente a nuestra propuesta, una demanda de integrar un TLE, por lo que, una vez convocados e invitados a conformar ese espacio, era necesario pensar qué hacer con aquellas personas en quienes se había generado cierta expectativa, pero no habían sido seleccionadas. No se trataba solo de establecer mecanismos que garantizaran la atención en salud —si ello fuera necesario— y la participación en otros espacios grupales; se trataba de que aquellos no seleccionados tuvieran la posibilidad de participar en un TLE.

Por esta razón, se realizó una actividad abierta a la comunidad, convocada para febrero (cincuenta días después de culminada la investigación), en el entendido de que realizar una propuesta de investigación requiere el respeto por las comunidades en las que estamos insertos, más aún cuando —como en este caso— el taller constituía también una propuesta de intervención. Incluso cuando consideramos que participar de esa instancia era en sí un beneficio para las personas —no solo académico y personal—, no podemos dejar de lado que la propuesta había surgido por un interés singular y no había respondido —al menos, directamente— a una demanda de la comunidad. Esto nos comprometió a pensar alternativas que contemplaran la beneficencia y la justicia. Cuando hablamos de justicia, son varias las acepciones a las que podemos referirnos. Siurana (2014) plantea los diversos sentidos del término, desde el jurídico hasta el ético, y hace un recorrido histórico de él. Hablar de justicia según la época y el contexto ha implicado la eliminación de las clases sociales, la búsqueda de la felicidad, la igualdad entre las personas, entre otras acepciones. En algunas corrientes actuales, lo justo es pensado como lo aceptado por todas las personas implicadas en una situación, sin coacción, luego de un diálogo en condiciones de igualdad. En ese sentido, cabe pensar si es justo para quienes participaron de la entrevista clínica no poder integrar el TLE. ¿Es lo que las personas elegirían si tuvieran la posibilidad de hacerlo? No podemos saber si aquellas que no fueron seleccionadas hubieran asistido y sostenido la propuesta; lo que sí sabemos es que generamos en ellas la idea de que era posible integrar un taller de libre expresión. Existió, entonces, un compromiso ético-político que nos llevó a buscar el mayor beneficio para las personas, más allá del interés académico de la investigación.

Muchas veces, quedamos capturados en lógicas de creación y consumo de conocimientos descontextualizados, en las que prima la búsqueda

da de los créditos y los reconocimientos institucionales, lo que genera prácticas apartadas de la vida. Esta investigación en sí interpeló esa lógica proponiendo un espacio conectado con la cotidianidad de las personas, pero no por ello permaneció ajena a los requerimientos necesarios para hacer válida la experiencia (criterios de inclusión para ser parte de la investigación). Fue entonces que, como respuesta comprometida con la comunidad en la que se insertó, se crearon nuevas instancias por fuera de la investigación. Una vez culminado el proceso de investigación, se generó una instancia de TLE mensual como forma de dar continuidad a una propuesta generada con el objetivo de investigar el dispositivo.

## A MODO DE SÍNTESIS

Es importante tener presente cuál es el marco ideológico y epistémico que subyace a nuestras intervenciones. En esta investigación, el uso de técnicas expresivas surgió —en parte— como alternativa de mayor acceso a la población y no pudimos dejar de lado qué sucedía con las personas no incluidas. Investigar implica un recorte, por lo que es parte de nuestra responsabilidad reflexionar y hacer algo con ese otro que queda afuera. Algo que favoreció la investigación y el análisis de la implicación fue constituir un equipo de trabajo, en el que la observadora y la coordinación se daban espacios conjuntos para pensar la experiencia, algo fundamental para la reflexión y el accionar ético.

En lo que refiere al dispositivo del TLE, pudimos observar, durante los tres meses de trabajo, que el espacio favoreció el encuentro con pares; el vínculo se produjo no solo por lo que tenían en común (ser adultos mayores y del Cerro), sino también por aquello que los diferenciaba (situaciones económicas y educativas disímiles), con trayectorias vitales heterogéneas. Diferencia que, en los primeros talleres, fue un obstáculo que pautó posturas corporales y ubicaciones rígidas en el espacio de trabajo, pero que, en el transcurso de los encuentros, se transformó en posibilidad. En los últimos talleres, predominaban los vínculos de alteridad, en los que no se le exigía al otro actuar de determinada forma, sino que se hacía un lugar a la diferencia. El uso de los materiales fue para todos algo nuevo que los conectó con vivencias infantiles, familiares y laborales; algunas relacionadas con la tarea y otras, con lo novedoso de la experiencia. El TLE constituyó un espacio privilegiado para la creación de nuevas formas de significación y nuevas construcciones simbólicas, en donde no existió una única forma de realizar las producciones ni de estar en él. El encuentro grupal semanal efectivizó la posibilidad simbólica de proyección de futuro. Participar, compartir,

discutir con otros resulta clave para lograr el equilibrio entre lo singular y lo múltiple, esencial en la construcción de la identidad.

Si partimos de la concepción de psiquismo abierto, sabemos que todo el tiempo, ante hechos significativos, estamos produciendo cambios, necesarios para coexistir en una sociedad líquida que nos exige flexibilidad y rapidez. Si logramos instituir nuevas marcas y generar nuevas experiencias que nos permitan resignificar vivencias, estamos aportando a la flexibilidad en las personas y, por ende, creando espacios de salud.

Investigar en comunidad nos enfrenta, como profesionales y docentes universitarios, al mayor de los desafíos: el de generar prácticas acordes con las vidas de las personas. No se trata solo de observar y analizar un tema, pues es necesario también promover acciones dirigidas a favorecer la beneficencia y la autonomía de las personas y sus comunidades.

## BIBLIOGRAFÍA

- ABELLEIRA, H., y DELUCCA, N. (2011). *Clínica forense en familias. Historización de una práctica*. Buenos Aires: Lugar.
- ALBERTI, A.; ÁLVAREZ, V., y PEÑA, N. (2007). «Modalidades no tradicionales de intervención interdisciplinaria con adultos mayores en comunidad». En: *Envejecimiento, memoria colectiva y construcción del futuro: memorias del II Congreso Iberoamericano de Psicogerontología - I Congreso Uruguayo de Psicogerontología*. Montevideo: Psicolibro Universitario, pp. 253 -258.
- ALONSOPÉREZ, A. (2009). «Los talleres de libre expresión en efectores públicos de salud». Ponencia presentada en el I Encuentro de AUPEE. Psicología de la Expresión, Aportes, Legados y Desarrollos. Colegio Latinoamericano, Montevideo, setiembre.
- ÁLVAREZ, V., y RODRÍGUEZ, A. (2014). «Pensando el concepto de comunidad». En: DEL HUERTO NARI, M., y SALVERAGLIO, I. (comps.). *Consideraciones para la formación bioética en el quehacer universitario*. Montevideo: Udelar, pp. 31-44.
- ÁLVAREZ, V. (2015). *Los vínculos en el taller de libre expresión: estudio de un dispositivo de intervención psicológica con personas adultas mayores*. Tesis de maestría.
- ANTÚNEZ, A., et al. (2000). «Hábitos de trabajo comunitario». En: *V Jornadas de Psicología Universitaria*. Montevideo: Udelar-FP, pp. 393-396.
- ANZIEU, D. (2009). *El grupo y el inconsciente. Lo imaginario grupal*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- BALLESTER, E.; CANTARELLI, M., y LEWKOWICZ, I. (2002). *Pausa: notas ad hoc*. Buenos Aires: A. B. R. N. Producciones Gráficas.
- BERENSTEIN, I. (2004). *Devenir otro con otro(s). Ajenidad, presencia, interferencia*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- (2007). *Del ser al hacer. Curso sobre vincularidad*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- CARRASCO, J. (1997). «Dialéctica entre figura y forma». En: FAZAKAS, Y., y SIERRA, M. (comp). *Creatividad*. Montevideo: Roca Viva, pp. 79-93.
- (2010). *Aportes II: comentarios sobre una práctica psicológica*. Montevideo: Artes Gráficas.
- CORTINA, A. (2007). *Ética de la razón cordial: educar en la ciudadanía en el siglo XXI*. Oviedo: Ediciones Nobel.
- CZERNIKOWSKI, E., et al. (2003). *Entre hermanos*. Buenos Aires: Ed. Lugar.
- GOMEL, S., y MATUS, S. (2011). «Del sufrimiento vincular a la construcción de la ilusión». En: GASPARI, R., y WAISBROT, D. (comp.). *Familias y parejas: psicoanálisis, vínculos y subjetividad*. Buenos Aires: Psicolibro Ediciones.

- LARROCA, J. (2004). «El lugar del diferente y el lugar para la diferencia». En: BERRIEL, F. (comp.). *Grupos y sociedad. Intervención psicosocial y discusiones actuales*. Montevideo: Nordan, pp. 27-40.
- LEWKOWICZ, I.; CANTARELLI, M., y DOCE, G. (2003). *Del fragmento a la situación: notas sobre la subjetividad contemporánea*. Buenos Aires: Editorial Altamira.
- LEWKOWICZ, I. (2004). *Pensar sin estado*. Buenos Aires: Ediciones Paidós Ibérica.
- MOCCIO, F. (1980) *El Taller de terapias expresivas*. Buenos Aires: Paidós
- MOSCONA, S. (2008). «Lecturas actuales del complejo de Edipo». En: *Perspectivas vinculares en psicoanálisis. Segundo Congreso de las Configuraciones Vinculares*. Buenos Aires, mayo.
- NAUMBURG, M. (1970). «La terapia artística: su alcance y función». En: HAMMER, E. *Tests proyectivos gráficos*. Buenos Aires: Ed. Paidós, pp. 313-316.
- PACHUCK, C., y FRIEDLER, R. (1998). *Diccionario de las configuraciones vinculares*. Buenos Aires: Del Candil.
- PACHUCK, C., y ZADUNAISKY, A. (2010). *Psicoanálisis vincular: curarse con otros*. Buenos Aires: Lugar.
- PÉREZ, V., y VAIRO (2013). «Dime quién eres y te diré qué tan igualitario/a eres: valores de género e implicancias para la participación política en Uruguay». *Revista Debates*, vol. 7, n.º 1, Facultad de Ciencias Sociales-Udelar, pp. 175-198.
- PUGET, J. (2000). «Traumatismo social: memoria social y sentimiento de pertenencia». *Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, vol. XXII, n.º 2, Buenos Aires, APdeBA.
- PUGET, J. (2003). «Intersubjetividad, crisis de la representación». *Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, vol. xxv, n.º 1, Buenos Aires, APdeBA.
- ROJAS, M. C. (1999). «Perspectivas vinculares en psicoanálisis de niños». *Revista de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares*, vol. 22, n.º 2, Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo, pp. 129-149.
- ROZITCHNER, E. (2012). *La vejez no pensada*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- SIURANA, J. (2014). «El ámbito de la ética y sus fundamentos». En: DEL HUERTO NARI, M., y SALVERAGLIO, I. (comps.). *Consideraciones para la formación en bioética en el quehacer universitario*. Montevideo: Udelar.
- WINNICOTT, D. (1971). *Realidad y juego*. Buenos Aires: Gedisa.

## CONSIDERACIONES FINALES

---

Virginia Álvarez  
Raquel Palumbo  
Sylvia Piovesan  
Cecilia Rodríguez  
Inés Salveraglio  
Verónica Silveira

La presente publicación, *TRABAJO CON PERSONAS ADULTAS MAYORES: UN ABORDAJE INTEGRAL EN COMUNIDAD*, comparte conocimientos sobre el grupo etario, que se valoran como de importancia para la sociedad de un país envejecido como Uruguay, para las propias personas adultas mayores y para los estudiantes de grado y posgrado de la Universidad de la República.

Para todos estos actores, se parte de la necesidad de deconstruir la mirada social y cultural sobre la vejez tradicionalmente asociada a la pasividad, al declive y a la enfermedad, para comenzar a pensar y poner en práctica un paradigma que contemple una mirada positiva, saludable y activa y que, al mismo tiempo, considere la singularidad de las situaciones de cada persona adulta mayor.

Busca, para quienes trabajen desde la docencia o la asistencia en el ámbito territorial con esta población, generar el mayor desafío al planificar las intervenciones, de forma de contemplar la heterogeneidad que caracteriza este grupo y de combatir los prejuicios sobre él.

Se propone tener presente que los determinantes psicosociales de la salud continúan siendo, aún en la vejez, los que tienen mayor incidencia sobre la salud de las personas, y que trabajar en la promoción de salud y prevención de enfermedades es el principal compromiso de los profesionales de la salud.

Se valora como fundamental promover la participación activa y la integración social de los adultos mayores en diferentes espacios, generar encuentros grupales con contenidos de su interés, acompañarlos en su proceso de envejecimiento, y atender su salud física, emocional y

social desde la prevención y el tratamiento de acuerdo a sus necesidades y deseos.

El accionar debe tener especial consideración de los derechos de los usuarios y debe impulsar la generación de vínculos democráticos, contemplando los diversos aspectos de la salud de dicha población objetivo, en su contexto habitual y con su activa participación.

Para el Programa APEX y, en particular, para el equipo que trabaja con personas adultas mayores, este ha sido y sigue siendo el horizonte que hace al compromiso ético del ejercicio docente y de la actividad profesional interdisciplinaria.

Las autoras de esta publicación entienden que conocer las características del proceso de envejecimiento es tanto o más importante que reconocer que el otro es siempre un otro, imposible de reducir en su alteridad, y que las arrugas no solo son las huellas del tiempo, sino que son pliegues que representan el mapa de un territorio por descubrir, por lo que el avance en dicho descubrimiento depende de cada uno de nosotros.

## SOBRE LAS AUTORAS

---

VIRGINIA ÁLVAREZ PEREIRA

Docente asistente (grado 2) del Área Salud del Programa APEX, Universidad de la República (Udelar). Licenciada en Psicología por la Facultad de Psicología, Udelar. Magíster en Psicología Clínica por la Facultad de Psicología, Udelar. Diplomada en Psicoanálisis Vincular por la Asociación Uruguaya de Psicoanálisis Vincular (AUPCV). Integrante de la Red Temática de Bioética, Udelar (en representación del Programa APEX). Psicóloga de área, RAP- ASSE Primer Nivel en la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

RAQUEL PALUMBO DURÁN

Docente profesora agregada (grado 4) de la Escuela de Nutrición, Udelar. Docente profesora adjunta (grado 3) del Área Salud del Programa APEX, Udelar. Licenciada en Nutrición por la Escuela de Nutrición, Udelar. Educadora popular del Curso Interdisciplinario de Educación Popular, del Programa de Educación Popular (PEP) y del Centro de Investigación y Promoción Franciscano y Ecológico (CIPFE). Maestranda en Enseñanza Universitaria, Área Social y Artística, Comisión Sectorial de Enseñanza, Consejo de Formación en Educación, Udelar.

SYLVIA PIOVESAN

Docente profesora adjunta (grado 3) del Servicio de Registro y Admisión de Pacientes y del Departamento de Publicaciones, Facultad de Odontología, Udelar. Doctora en Odontología por la Facultad de Odontología, Udelar. Magíster en Bioética por la Universidad Libre de las Américas (ULIA). Magíster en Enseñanza Superior, Udelar. Integrante de la Red Temática de Bioética, Udelar.

CECILIA RODRÍGUEZ SILVA

Docente ayudante (grado 1) de las Áreas Salud y Social del Programa APEX, Udelar. Licenciada en Trabajo Social por la Facultad de Ciencias Sociales, Udelar. Estudiante de Estudios Urbanos e Intervención Territorial, Facultad de Ciencias Sociales, Udelar. Maestranda en Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Udelar. Licenciada en Trabajo Social del Centro de Fortalecimiento Familiar 24 Horas Figurita, Programa Atención a Personas en Situación de Calle (PASC), Ministerio de Desarrollo Social (MIDES).

INÉS SALVERAGLIO

Profesora titular (grado 5) de Odontopediatría y del Servicio de Registro y Admisión de Pacientes, Facultad de Odontología, Udelar. Doctora en Odontología y especialista en Odontopediatría por la Facultad de Odontología, Udelar. Magíster en Bioética por la ULIA. Integrante de la Red Temática de Bioética, Udelar.

VERÓNICA SILVEIRA GARCÍA

Docente asistente (grado 2) del Área Salud del Programa APEX, Udelar. Doctora en Medicina y especialista en Preancianidad, Geriátría y Gerontología por la Facultad de Medicina, Udelar. Diplomada en Políticas de Gestión de Salud por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Estudiante de posgrado de Epidemiología (2.º año) de la Facultad de Medicina, Udelar. Médica geriatra responsable del Centro Diurno del Hospital Centro Geriátrico Doctor Luis Piñeyro del Campo.

## GLOSARIO DE SIGLAS

---

- ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria.
- AIVD: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.
- APS: Atención Primaria en Salud.
- ASSE: Administración de Servicios de Salud del Estado.
- ATM: Articulación Témpero-Mandibular.
- AUPCV: Asociación Uruguaya de Psicoanálisis Vincular.
- CDT (por sus siglas en inglés): Test del reloj o Clock Drawing Test.
- CIPFE: Centro de Investigación y Promoción Franciscano y Ecológico.
- CMA: Cumbre Mundial sobre Alimentación.
- CRES: Conferencia Regional de la Educación Superior en América Latina y el Caribe.
- CSIC: Comisión Sectorial de Investigación Científica.
- DINEM: Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo.
- EAN: Educación Alimentaria y Nutricional.
- ECH: Encuesta Continua de Hogares.
- FAO (por sus siglas en inglés): Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.
- FDI: Federación Dental Internacional.
- FLACSO: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- GDS (por sus siglas en inglés): Escala de depresión geriátrica o Geriatric Depression Scale, desarrollada por Yesavage.
- INDA: Instituto Nacional de Alimentación.
- MIDES: Ministerio de Desarrollo Social.
- MMSE (por sus siglas en inglés): Minexamen del estado mental o Mini-Mental State Examination, desarrollado por Folstein.
- NBI : Necesidades Básicas Insatisfechas.
- OBSAN: Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional.
- OEA: Organización de Estados Americanos.
- ONU: Organización de las Naciones Unidas.
- OPS: Organización Panamericana de la Salud.

PASC: Programa Atención a Personas en Situación de Calle.

PCA: Psicología Crítica Alternativa.

PEP: Programa de Educación Popular.

RISS: Redes Integradas de Servicios de Salud.

SAM: Subprograma Adultos Mayores.

SAN: Seguridad Alimentaria y Nutricional.

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud.

TLE: Taller de Libre Expresión.

Udelar: Universidad de la República.

ULIA: Universidad Libre de las Américas

## PALABRAS FINALES

---

El gran desarrollo del conocimiento en los últimos años y los requerimientos, en todos los ámbitos, de una sociedad que afronta importantes procesos de cambio demandan a sus integrantes fuertes exigencias de renovación, actualización, capacitación y perfeccionamiento.

En 1994 la Universidad de la República crea, a propuesta de los egresados, el Programa de Educación Permanente, y desde 2012 lo abre a una educación para todos a lo largo de la vida.

El Programa de Educación Permanente de la Universidad de la República tiene como principales objetivos realizar actividades dirigidas a mejorar la práctica profesional y laboral y generar instancias de formación en valores, en ciudadanía y en desarrollo cultural y democrático. Se puede acceder a más información sobre este a través del sitio web: <[www.eduper.edu.uy](http://www.eduper.edu.uy)>.

Por una parte, el Programa organiza una oferta estable, pero cambiante año a año, de actividades cortas de difusión cultural, actualización, perfeccionamiento, nivelación, reorientación, complementación curricular o especialización no formal para profesionales, trabajadores, empresarios o público en general. También se realizan cursos y actividades formativas a medida para grupos de profesionales, trabajadores, empresarios o público que así lo solicite.

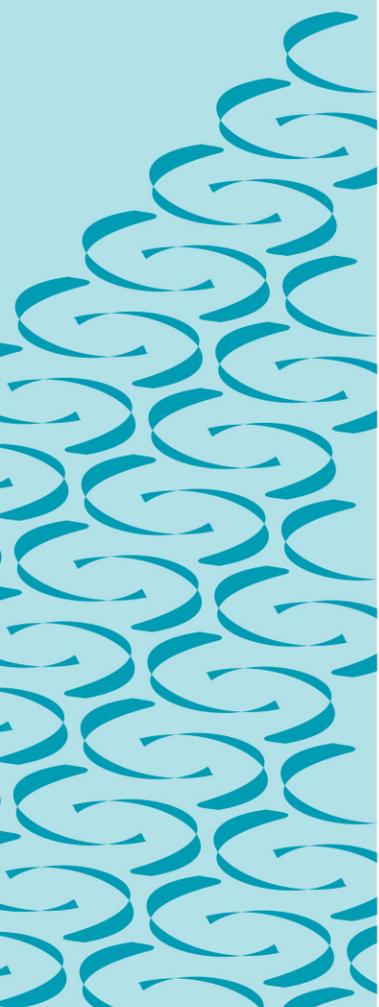
Por otra parte, se propone fortalecer redes educativas que les faciliten a los interesados la reinserción educativa y la culminación de ciclos curriculares. También pretende favorecer la continuidad de acceso a actividades de capacitación, ya sea en la Universidad de la República o en otras instituciones educativas.

La presente publicación ha sido financiada y gestionada a través de la convocatoria de la Comisión Sectorial de Educación Permanente (CSEP) para el Apoyo a la Publicación o Edición de Material Educativo como Producto de las Actividades de Educación Permanente. Esta Comisión efectúa un llamado anual a los servicios y dependencias universitarias interesadas en publicar contenidos de los cursos y actividades, tanto en

soporte papel (libros e impresos) como digital (audiovisual o multimedia). De esta manera, la CSEP contribuye a incrementar la divulgación de contenidos generados en cursos y actividades del Programa de Educación Permanente.







Este libro, prolongación de nuestro accionar, se centra en el otro, ese otro que no encaja en los textos, que nos interpela y nos invita desde la ética a mirarnos, cuestionarnos y reinventarnos.

En tiempos en los que prima la búsqueda de créditos académicos y la sobreespecialización, apostamos a un espacio para la reflexión y el encuentro, para compartir formación y experiencia.

«Viejos son los trapos», dicen popularmente las personas adultas mayores en rechazo al término *viejo*. En la actualidad la sobrevaloración de lo nuevo y lo joven, donde lo viejo está ligado a la condición de no productivo y de desecho, decimos que no solo los trapos son viejos, también lo son las personas y los equipos, y eso, más que un dato cronológico, da cuenta de una historia, por lo que reflexionar sobre ella es nuestro compromiso ético como universitarios.

COEDITORES Y AUSPICIANTES DE LA PUBLICACIÓN

**SD**

ÁREA CIENCIAS  
DE LA SALUD



ISBN: 978-9974-0-1534-0



9 789974 015340