

**CENTRO DE DÍA
CUARENTA AÑOS
DE UNA
HISTORIA
INSTITUCIONAL**



EDICIÓN 2020

Centro de Día : cuarenta años de una historia institucional / Roberto Eduardo Barca ... [et al.] ; compilado por Roberto Eduardo Barca ; editado por Gerardo Gastron. - 1a ed adaptada. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Roberto Eduardo Barca , 2020.

Libro digital, Microsoft Reader

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-86-3486-9

1. Geriatria. 2. Psicogeriatría. 3. Gerontología. I. Barca , Roberto Eduardo II. Barca, Roberto Eduardo , comp. III. Gastron, Gerardo, ed.

CDD 618.97

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

INDICE

Prólogo

Ricardo Jáuregui.....5

Introducción.

Roberto Barca y Gerardo Gastron.....7

La investigación de la vejez y el envejecimiento: teorías, métodos y técnicas.

Gloria Lynch.....13

Fragilidad ¿Cómo actuamos? Desde una perspectiva médica psicoanalítica y psicosocial

Vanesa Canciani; Gerardo Gastron, Enrique Lombardo.....25

Formación del Médico Geriatra. Estado Actual en Argentina.

Cynthia Mariñansky.....44

Factores Psicológicos asociados a Demencias

Alicia Kabanchick.....54

Vejez y sexualidades disidentes: la hora de la visibilización

Walter Giribuela..... 65

Resiliencia. Aportes integrativos para su comprensión, promoción y abordaje.

Diego Feder 78

Algunas ideas desde las Ciencias de la Administración sobre Centro de Día en sus 41 años

Jorge Franco..... 113

El proceso de adaptación a la institución

Alejandra Corbo..... 125

Los programas para personas mayores con trastornos cognitivos graves

Centro de Día Psicogeriátrico

María Jimena Garriga Zucal131

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Programas para preservar la capacidad funcional intrínseca. Hospital de Día de Recapacitación y Estimulación Física

Agustín Morozumi.....139

La atención socio-sanitaria en Argentina

Roberto E.Barca 160

La atención de pacientes en El hospital de día de Salud Mental

Mariana Barletta, Vanesa Canciani, Mónica Canzoniero, Alejandra Corbo, Vanesa Friedenber, Belén López, Marcela Marina, Gustavo Martínez, Beatriz Rogovsky, Virginia Romano, Norma Sangla, Samuel Szurman, Gabriela Vassolo,.....175

La atención domiciliaria programada en salud mental

Romina De Los Santos.....196

Prólogo

José Ricardo Jauregui

Una obra de compilación de la labor institucional durante cuarenta años es sin duda de gran valor para todos aquellos que se desempeñan en la gerontología y la geriatría en nuestro país, pretende ser una publicación en busca de lectores interesados en los problemas de salud y psicosociales de los ancianos, así como de la gestión de instituciones dedicadas a su atención. Éstos últimos, no han encontrado aún en nuestro medio, el interés y la presencia necesaria, a juzgar por lo que puede observarse, atento a la producción literaria dedicada al mundo gerontológico, aún en las librerías y/o bibliotecas tradicionales.

Como podrá comprobarse, los temas desarrollados en esta obra aún no están del todo integrados a la currícula de formación de grado y post grado en nuestras Universidades, no obstante un notable y creciente reconocimiento de su necesidad.

Las personas mayores de 65 años se están transformando, por obra del incremento en su proporción dentro de la población global, y también en sus números absolutos, en una población que está demandando (o clamando) una mayor y mejor atención interdisciplinaria en salud, más específicamente educada, preparada y orientada a comprender la singularidad y la complejidad de las situaciones (tanto las normales como patológicas), que acompañan al envejecimiento humano.

Esta obra contribuye a esa educación, da continuidad a los que siguen, genera una herramienta para los que están trabajando en este campo y difunde conocimientos a todos los interesados en esta temática. De igual valor es tener y hacer conocer los conocimientos y el saber de autores argentinos que reflejan la realidad local y no solo extrapolan conocimientos de experiencias foráneas a una población con características propias y una cultura muy arraigada. Los temas abordados y los autores de los mismos, todos de reconocida trayectoria nos auguran una lectura interesante y rica para contribuir a la biblioteca gerontológica argentina de consulta impostergable.

Es de esperar –no sin ansiedad–, que ésta publicación sirva para alentar a todos los que hoy ya están, y son muchos, trabajando en este campo.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Nuestro desafío es seguir creciendo, investigando y transmitiendo los conocimientos generados, para que toda la comunidad aprenda a diferenciar con la mayor claridad posible las necesidades especiales de esta población, aún hoy insuficientemente considerada.

Con el más cálido reconocimiento a los autores,

Atentamente,

Buenos Aires, 2019

Introducción

Gerardo Gastron y Roberto E. Barca

Hemos cumplido diez años más en Centro de Día y nos pareció que otra forma de festejarlo es con un nuevo libro similar al de los treinta años, contando nuestro desarrollo. Nos acompañan como entonces los profesionales que trabajan en el Centro y los amigos que nos acompañaron en nuestros ateneos mensuales, en las jornadas celebradas, o simplemente como amigos, todos los cuales permitieron nuestro avance.

Nos ha llamado la atención que muchas de las cosas que pensamos juntos en estos cuarenta años tienen actualidad, el paradigma de complejidad ha confirmado los conocimientos recibidos de Mario Strejilevich de los años 70. El diagnóstico sistémico aprendido de los primeros geriatras, después de los 90 se llamó valoración geriátrica integral y el método está validado. El abordaje interdisciplinario en búsqueda de resolver problemas complejos, que presentaban nuestros pacientes y sus familiares cercanos, hoy lo llamamos trabajar sobre el binomio paciente-cuidador principal. Es decir hemos dado cuenta de una práctica, una forma de trabajo que se traduce en resultados. Ahora con el aval de la institución más prestigiosa de salud, fundada en 1822, me refiero a la Academia Nacional de Medicina. Al otorgarnos el premio anual del 2018, por un trabajo sobre “La atención integral de los ancianos, un problema de Salud Pública” título propuesto por la Academia está iluminando un pensamiento, el problema del envejecimiento de la población y las consecuencias que producen desde el punto de vista sanitario, social y económico. Y además nos indica que es un problema complejo que debe ser solucionado de una manera integral. Costó mucho que esto se aceptara en ámbitos médicos, discusiones que hoy parecen superadas.

En los sistemas públicos de salud hay que enfatizar en algunos modelos. En primera instancia el Sistema Nacional de Salud (NHS) cuyo ejemplo es el del Reino Unido en 1948, que tiene tanta significación para los geriatras, porque allí se crearon por primera vez las unidades geriátricas en los hospitales generales. La razón de la creación del NHS se extrajo de la creencia de que la salud debe estar a disposición de todas las personas en el país. Entre sus premisas además de la gratuidad estaba que debiera ser comprensivo, equitativo e igualitario. En realidad el problema que tenía era el de accesibilidad como fuera demostrado. En 1978 la Conferencia de Alma Ata, subraya la importancia de la atención primaria de salud como estrategia para permitir el mayor acceso posible a toda la población. No llegó a cubrir la meta de “salud para todos en el año 2000”. En 1978, la Organización Panamericana de la Salud propone la creación de SILOS para fortalecer los sistemas de asistencia sanitaria particularmente a nivel local. Consiste en un conjunto interrelacionado de recursos de salud, sectoriales y extra-sectoriales, responsables de la salud de una población en una región geográfica específica. Reorganiza la infraestructura en salud para darle más equidad y poder cumplir las metas del año 2000.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Tampoco se cumplieron todavía y uno de los objetivos a conseguir en la década del 2020/2030 para el Desarrollo Sustentable en salud es contar con un sistema más equitativo, la Cobertura Universal de Salud. Propuesto por Naciones Unidas, OMS y OPS, ha sido firmado en las reuniones del G20 realizadas en Buenos Aires. Cada país va a ir desarrollando su propio plan para alcanzar la meta. En la Argentina, hay experiencias para colaborar con un plan de atención socio-sanitario para los ancianos.

Hablamos de una trayectoria y debemos avizorar un futuro próximo. En este libro vamos a tratar de exponer una experiencia de cuarenta años que sigue desarrollándose. Debido a la extensión del mismo y para agregar los trabajos presentados en los ateneos de este año, este libro se va a publicar en dos tomos.

Con un prólogo escrito por José Ricardo Jáuregui, futuro presidente en el 2021 de la International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG) nos sentimos muy honrados por su participación.

Este tomo tendrá tres ejes: algunos trabajos teóricos presentado en los ateneos. Las principales las experiencias realizadas en Centro de Día en sus programas gerontológico-geriátricos y en la salud mental.

En sus capítulos que muestran la necesidad de referirnos a un marco teórico en nuestra práctica, que avala la interdisciplinariedad sine qua non y que acepta la diversidad se han volcado conceptos sustantivos del estudio del envejecimiento humano y la vejez.

El material de **Gloria Lynch** incluye aspectos de la teoría, métodos y técnicas de investigación en la vejez, marcando el sostenido aumento de la cantidad de trabajos a partir de 2009. Correspondieron a las ciencias de la vida y Biomedicina fundamentalmente y también a las ciencias sociales y humanidades en menor escala.

Con respecto a los artículos señala la diferencia entre los que se refieren al envejecimiento poblacional y los del individual. Visualiza múltiples enfoques teóricos. Señala que es indispensable la utilización de métodos que integren estudios bio-psico-sociales, prestando atención a las cuestiones éticas y a las implicaciones políticas.

En el capítulo dedicado a: ¿Cómo actuamos ante la fragilidad? **Vanesa Canciani, Gerardo Gastron y Enrique Lombardi** repasan la fragilización como un proceso desde múltiples ópticas. Una perspectiva médica donde se destacan el valor de la Valoración Geriátrica Integral y del listado de Kihon por su practicidad. Sigue una visión psicoanalítica integrando el registro subjetivo del sujeto y por último se aborda el proceso de fragilización desde la perspectiva del curso de la vida incluyendo el

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

contexto familiar y social del sujeto. A continuación se ponderan las estrategias de intervención utilizadas en el CD, que seguramente deberán ser tenidos en cuenta para la continuidad de los cuidados en el marco de programas socio-sanitarios para esta población.

Cinthia Mariñansky ha tenido la posibilidad de desarrollarse en los campos asistencial y docente en forma simultánea. La formación del médico geriatra ha sido una de sus ocupaciones esenciales. Por esta razón le solicitamos que se refiera a esto en su capítulo.

Lo inicia con una descripción sobre el envejecimiento poblacional. Continúa preguntándose sobre la existencia de la geriatría como especialidad. Cita a continuación los espacios de formación de geriatras en nuestro país, analizando cursos, residencias médicas y carreras de especialista de carácter universitario. Allí profundiza en los programas, objetivos, duración y planes de estudio teórico-prácticos.

Alicia Kabanchik se expone sobre la relación de los factores psicológicos asociados a las demencias tardías en su investigación, en personas con situaciones vitales críticas ocurridos hasta dos años antes de que aparezca la enfermedad. Evalúa si la respuesta fue con un duelo normal o patológico. Analiza aportes de diversas escuelas psicosomáticas y psicoanalíticas considerando los conceptos de depresión esencial, pensamiento y vida operativa y desorganización somática.

En su capítulo sobre la vejez y sexualidades disidentes, **Walter Giribuela** aborda el recorrido hasta la visibilización de los sujetos pioneros en el colectivo lésbico, gay, bisexual, trans, intersexual, queer y de cualquier otra identidad sexual. Analiza desde una perspectiva institucional consideraciones sobre el poder y los cambios en este sentido de la sexualidad no reproductiva. De cómo la necesidad de esconder las sexualidades disidentes requirieron el silencio, el ostracismo y la huida. Buscando el anonimato preservador y destaca la necesidad del diseño de estrategias de trabajo que aborden la sexualidad en la vejez.

Diego J. Feder propone el desarrollo del concepto de la Resiliencia con aportes para su comprensión, promoción y abordaje, centrándose en la integración de diferentes aportes, desde las distintas perspectivas en Psicología y Neurociencias para construir un modelo de abordaje en psicoterapia que permita su promoción y desarrollo. Describe un

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

cambio de paradigma en el concepto de salud. Toma en cuenta aspectos actuales en discusión y estudio, ubicando modos de promoción a nivel personal y comunitario de la resiliencia, presentando aportes de distintos marcos teóricos y estableciendo posibles abordajes.

Jorge Franco participa con un capítulo desde la perspectiva de las ciencias de la administración considerando los cuarenta años de Centro de Día. Destaca lo poco frecuente de este análisis en las organizaciones PYMES dedicadas a la prestación de servicios para la salud. Analiza el concepto de sustentabilidad organizacional, señalando las dificultades para la generación de recursos por medio del rediseño constante de los servicios ofrecidos con resiliencia por parte de la organización en su interior. Destaca la aplicación de un proceso continuo de planeamiento, marcando la calidad prestacional y la mejora continua para mantener los objetivos fundacionales. Enumera interrogantes. Enfatiza sobre la aplicación de tecnologías modernas de gestión para conseguir ventajas competitivas para garantizar la permanencia a partir del diseño de una estrategia apropiada. Consistente en la visión y la misión organizacional.

Alejandra Corbo comienza su capítulo considerando la adaptación como principio inherente a la vida, en general y a la del ser humano en particular con el medio ambiente, ubicándose en el tiempo. Analiza desde una mirada sistémica el concepto teórico en la atención y abordaje de los pacientes que ingresan. En las demencias que alteran la capacidad de tomar decisiones, el sistema cooperativo organismo-ambiente se ve alterado con el consecuente desequilibrio del sistema ecológico. El CD propone un ambiente facilitador de comportamientos con el objetivo de retrasar la aparición de mayores déficits cognitivos y/o conductuales y dar alivio de la carga familiar.

La autora analiza desde los criterios de selección del programa de inclusión hasta la culminación del período de adaptación con la presentación del paciente al coordinador que continúa el tratamiento.

María Jimena Garriga Zucal aporta su conocimiento al sistema de cuidados progresivos de la modalidad CD en su programa psicogeriátrico. El mismo posibilita que las personas mayores con diversos grados de discapacidad y con dependencia, sean atendidos en el sentido de una prevención secundaria y terciaria y de una rehabilitación de la capacidad funcional para retrasar y evitar la institucionalización.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Agustín Morozumi en su capítulo se refiere a los programas que se emplean para preservar la capacidad funcional de los sujetos añosos con o sin discapacidad que concurren para completar la recapacitación al hospital de día, así como su estructuración física en uno de los programas que se desarrollan en el CD. Se refiere a diversos subprogramas: Kinesiología, fisioterapia y estimulación física, mantenimiento físico para pacientes con demencia y taller de prevención de caídas. Pasa revista sucesivamente a los objetivos, destinatarios, procedimientos empleados, sus efectos beneficiosos y dificultades. Concluye con el relato de una experiencia en el CD.

Para **Roberto Barca** la definición de la atención socio-sanitaria se enmarca dentro de la línea planteada en Barcelona a partir de 2003, ofreciendo servicios de internación y otros alternativos a la institucionalización definitiva, en una red de atención integral, interdisciplinaria y geriátrica que promueve la capacidad autónoma que potencia la permanencia en su domicilio. Analiza la realidad argentina y menciona el papel de CD para modificar algunas de las carencias existentes en nuestro país. Analiza los subprogramas existentes, los procesos del ingreso de los pacientes con sus familiares. Propone la creación de una red de prestadores integrada por la atención domiciliaria, el hospital de día, el CD, los centros de evaluación integral, la teleasistencia y los cuidados sociales domiciliarios. Incluye los establecimientos para convalecencia, rehabilitación y cuidados paliativos, viviendas asistenciales y establecimientos para ancianos por tiempos parciales. Señala como objetivo la continuidad de cuidados, con coordinación; señalando la figura del administrador de casos, en este modelo de atención en real.

En su capítulo sobre la atención domiciliaria programada en salud mental, **Romina De Los Santos** realiza una descripción acerca de un sistema que funciona en el CD, a fin de mejorar las prestaciones brindadas, describiendo el dispositivo de atención, los cambios experimentados y los recursos utilizados para sobrellevarlos, adaptando el modelo y lo que da mejoras en la atención primaria de la salud mental.

Gustavo Martínez y colaboradores nos vuelcan en el capítulo sobre la atención de pacientes en el programa de Hospital de Día del CD, sus experiencias obtenidas durante años dentro del equipo interdisciplinario. Describen modalidades, esquemas de tratamiento, formas de trabajo para tratar a pacientes portadores de psicopatología. Plantean las fuentes de derivación al programa (Hospital de Día) desde consultorios

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

externos y al egreso de internaciones de tiempo completo. Enuncia las diversas actividades que se brindan, musicoterapia, terapia ocupacional, recreativas (artísticas, plásticas) expresión corporal, psicodrama, estimulación cognitiva, asociadas a la psicoterapia grupal e individual y a la atención psiquiátrica.

Marcan los criterios de derivación, las características de los concurrentes y los cambios que en ellos se producen.

Concluyen los autores manifestando que consideran el Hospital de Día como un dispositivo privilegiado para el trabajo en red. Asimismo valoran que el paciente pueda seguir conviviendo con su familia, lo que fomenta su integración social con el afuera y con la vida.

La investigación de la vejez y el envejecimiento: teorías, métodos y técnicas

Gloria Lynch

Introducción

El envejecimiento de la población constituye, sin dudas, uno de los fenómenos más importantes del siglo XXI. En efecto, las proyecciones demográficas indican que hacia el año 2050 en el mundo habrá más mayores de 60 que menores de 15 años.

Las transformaciones de las pirámides poblacionales implican modificaciones en todas las dimensiones de la organización social, incluidos el campo del trabajo y de la distribución del ingreso y del gasto social.

La necesidad de contar con conocimiento válido para la toma de decisiones impulsó la producción científica (De Miguel Antón, 2016; Castañuela Sanchez, 2018; Varela Pinedo, 2015) sobre el proceso de envejecimiento desde muchas áreas de conocimiento, así como también la investigación sobre los individuos que envejecen y la vejez como etapa de la vida.

Se descuenta que el conocimiento resultante es primordial para el desarrollo de capacidades que influyan de manera positiva en la búsqueda de una mayor longevidad, de una mejora de la calidad de vida; así como, también, en una organización más adecuada del sistema económico-social.

La investigación sobre el envejecimiento y la vejez

La búsqueda de comprensión de los fenómenos de la vejez y el envejecimiento y la relevancia social del tema derivaron en un aumento sostenido de la producción de investigaciones en todo el mundo. Según un informe de la Fundación General CSIC (2016), entre 2009 y 2015 se produjo un “crecimiento sostenido” de la “producción científica sobre envejecimiento, expresada en términos de números de artículos” (De Miguel, 2016: 8). Efectivamente, ha pasado de ser de alrededor de 38.000 a 56.000, lo que significó un aumento de casi un 50% (mientras que la producción científica en general registró un incremento del 15%).

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Si bien dicho crecimiento fue generalizado, los países que más artículos produjeron fueron: EEUU, Unión Europea (en conjunto), China, Japón, Canadá, España, Corea del Sur, Brasil, Suiza y Taiwan. Entre los dos primeros, alcanzaron alrededor del 70%. (De Miguel, 2016: 8)

Siguiendo con la información aportada por el informe, es importante destacar que tomando el promedio de publicaciones de todo el período, más del 90% correspondieron al dominio Ciencias de la Vida y Biomedicina¹, el 8% a las Ciencias Sociales y un 6% a las Humanidades (algunas podían clasificarse en más de un dominio, lo que indicaría su carácter multidisciplinar).

A su vez, dentro del dominio Ciencias de la Vida y Biomedicina, las áreas de investigación más importantes fueron: Geriátrica y Gerontología²; Neurociencias y Neurología, Bioquímica y Biología Molecular y Psiquiatría. Ellas involucraron a la mitad de las investigaciones realizadas e indican, por lo tanto, un alto nivel de concentración.

En las Ciencias Sociales, por su parte, el 60% de las publicaciones correspondió al área Psicología. Lejos, apenas con un 10%, se ubicó Economía y Negocios y, con un 7%, Educación. (De Miguel Antón, 2016: 10-11)

En América Latina, lamentablemente, existen muy pocos relevamientos bibliométricos de la producción científica. Sin embargo, los escasos estudios realizados (Vizeu Camargo, 2013; Varela Pinedo, 2015) mostraron tendencias similares.

Los datos relevados en los países de la región indican, por un lado, que existe un aumento de la producción científica referida al envejecimiento y la vejez; incremento que acompaña las transformaciones en los perfiles poblacionales y los ritmos de la inclusión del tema en las agendas de los sistemas de ciencia y tecnología nacionales y regionales.

1 Los autores utilizaron para el análisis la taxonomía de la Web of Science TM

2 Esta área comprende publicaciones que se ocupan del proceso de envejecimiento, incluyendo aspectos clínicos, bioquímicos, histológicos y fisiológicos. Además agrupa problemas clínicos específicos en el tratamiento de los pacientes mayores así como la investigación celular y animal relacionada con la edad y la senescencia. Quedan fuera las investigaciones relativas a aspectos psicológicos, sociales y políticos (De Miguel Antón, 2016: 9).

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Por otro lado, que entre las investigaciones sobre envejecimiento publicadas predominan los estudios físicos y cognitivos del área específica de la Geriátrica por sobre los psicológicos y los sociales. (Varela Pinedo, 2013)

Sin embargo, según expresiones de Maria Teresa Baso, tal vez lo más relevante del análisis del contenido de las publicaciones sobre el tema es que expresan una paradoja profunda: que un deseo atávico de la humanidad tal como “la prolongación de la vida se haya convertido en una pesadilla” (Baso, 1992: 76). Es posible que esta percepción catastrófica derive del hecho de que el aumento de la cantidad de personas mayores, en números absolutos y como proporción del total de la población, no se considere como un logro sino como una mayor carga social.

Lo expuesto anteriormente pone en evidencia la necesidad de discutir los criterios teóricos y metodológicos que sustentaron (y continúan haciéndolo) la investigación sobre la vejez y el envejecimiento, incluidas aquellas cuestiones relativas al rigor científico y a la validez de los resultados o a los aspectos éticos involucrados.

Perspectivas teóricas y conceptuales

Los resguardos metodológicos, como es sabido, deben comenzar por la especificación conceptual y teórica. El primer paso es, entonces, distinguir la investigación dirigida al ‘envejecimiento poblacional’ de la que se ocupa del ‘envejecimiento individual’.

El ‘envejecimiento poblacional’ es un fenómeno demográfico, que “remite al incremento de la población con 60 o 65 años de edad dependiendo del nivel de desarrollo del país (desarrollado o en desarrollo); este crecimiento es una consecuencia del descenso de la mortalidad y fecundidad a partir de las primeras etapas identificadas como transición demográfica” (Montes de Oca, 2010: 162).

El ‘envejecimiento individual’, por su parte, refiere a un proceso biológico que ocurre en el cuerpo humano de maneras y en momentos diferentes. Involucra fenómenos biológicos y fisiológicos (la herencia genética, el estado de salud) pero también psicológicos (la personalidad, por ejemplo) y sociales (posición socio-económica, influencias de la educación y la ocupación, diferencias por cohorte de

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

nacimiento, entre otros). Además, de aquellos relacionados con la percepción subjetiva del individuo, con la evaluación de su propia situación y con cuestiones normativas e institucionales.

El ‘envejecimiento individual’ se diferencia de la ‘vejez’. Mientras el primero es un proceso dinámico dependiente del tiempo (aunque no necesariamente de la edad); la segunda es una etapa socio-históricamente definida, en sí misma estática, ya que se trata de un periodo en el tiempo. (Montes de Oca, 2010, Rodríguez Ávila, 2006)

La investigación ha trabajado sobre estos distintos objetos y dimensiones utilizando múltiples enfoques teóricos. Siguiendo el desarrollo realizado por Lucena Torres y Vizeu Camargo (2013) los más relevantes son:

- a. Biológico-comportamentalista: se centra en los cambios resultantes del envejecimiento somático y liga a ellos la existencia de dolencias en la vejez. Sostiene que la producción científica debe estar dirigida a producir conocimiento que permita retardar los efectos del envejecimiento.
- b. Economicista: investiga la posición de los adultos mayores en la estructura social productiva. En este enfoque tiene especial relevancia la controversia entre una visión pesimista, en la que los adultos mayores son considerados una carga social y una visión que trabaja, por el contrario, a partir de la idea de potencialidad.
- c. Socio-cultural: considera que los resultados de los enfoques anteriores, aunque correctos para el diseño de las políticas, no son suficientes para explicar los datos que emergen del envejecimiento como categoría analítica. En efecto, a medida que aumenta el conocimiento sobre la vejez, crece la necesidad de indagar aquellos aspectos más profundos que dan sentido a las interpretaciones que los mayores hacen del envejecimiento, de la ancianidad, del dolor, de la búsqueda de felicidad o de la muerte.
- d. Transdisciplinar: concibe al envejecimiento como un fenómeno natural y social que ocurre al ser humano, entendido éste como entidad única e indivisible

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

que, en su totalidad existencial, enfrenta problemas de orden biológico, económico y sociocultural que singularizan el proceso de envejecimiento.

e. LifeSpan: postula que las pérdidas funcionales (independencia física y autonomía) no impiden la continuidad del funcionamiento cognitivo y emocional ya que, como cualquier persona, el adulto mayor consigue activar mecanismos compensatorios para lidiar con las pérdidas. El análisis involucra aspectos sociales, culturales y afectivos (aunque no históricos). Su principal aporte fue la idea de que el desarrollo ocurre durante toda la vida. Se trata de un proceso continuo con múltiples dimensiones y direcciones, influenciado por aspectos genéticos, biológicos, sociales y culturales; que responde de manera normativa y no normativa, acusando ganancias y pérdidas que son el resultado de la interacción entre los individuos, las instituciones y la sociedad. A través del concepto de ‘balance de ganancias y pérdidas’, este enfoque nos muestra que existen ganancias aún en la vejez y pérdidas a edades muy tempranas de la vida (Gastrón, Oddone y Lynch; 2011)

Esta perspectiva representó un avance teórico importante al contemplar la integralidad, multidimensionalidad, multidireccionalidad y multideterminación del desarrollo humano. Sin embargo, se mantuvo anclada en la dimensión individual, ya que no incorporó conceptualmente los aportes de la historia y de la sociología (Lalive d’ Epinay y otros, 2011).

f. Curso de la Vida: hacia fines de la década del 70, la perspectiva del Life Course o Curso de la Vida incluyó plenamente los aspectos históricos y sociológicos mediante su integración conceptual al estudio del desarrollo humano. De esta manera, se considera que las vidas son el resultado de una combinación de trayectorias –sociales y psicológicas, familiares y profesionales, cognitivas y afectivas– construidas por los individuos pero negociadas en función de los modelos culturales e institucionales vigentes, del desarrollo biológico personal y de las oportunidades y limitaciones del momento (Lalive d’ Epinay y otros, 2011; Lynch y Oddone, 2017; Gastrón y otras, 2017)

El concepto de vejez, específicamente, ha sido contemplado desde tres perspectivas principales (Montes de Oca, 2010; Neutgagen, 1998; Rodríguez Ávila, 2006):

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

- a. Cronológica: es, probablemente, la más utilizada (y la más criticada, por ser reduccionista). Según se trate de países más o menos desarrollados se ha puesto el límite en los 60 o 65 años.
- b. Funcional: define a la vejez por medio de la aparición de limitaciones físicas, discapacidades y enfermedades y por la pérdida de autonomía. Las críticas se dirigen a destacar que se apoya en un modelo deficitario de la vida.
- c. Neutral: define a la vejez como una etapa de la vida que antecede a la muerte. La entiende como una construcción social que cambia históricamente y según particularidades de los valores de las sociedades.

La descripción de los abordajes conceptuales y teóricos más utilizados en la investigación sobre envejecimiento y vejez nos permitirá, en el próximo apartado, adentrarnos en consideraciones metodológicas.

Cuestiones metodológicas en la investigación en vejez y envejecimiento

El análisis de las publicaciones (Baso, 1992; Castañuela Sánchez, 2018; Chávez Rodríguez, 2018; Curcio Borrero, 2010; Lucena Torres, 2012) sobre envejecimiento y vejez destaca, entre los problemas más relevantes, los siguientes:

- a. La mayoría de los trabajos utilizan un diseño metodológico transversal y descriptivo, sin mayor variación en el tiempo. Por lo tanto, no es posible sostener la hipótesis de que los futuros ancianos vayan a poseer rasgos similares a los de las personas que son ancianas en la actualidad, más bien, es muy posible que sean profundamente diferentes (Baso, 1992: 83). En consecuencia, tampoco está justificada la realización predicciones sobre este fenómeno. Por su parte, los estudios longitudinales (además de ser escasos en razón de las dificultades técnicas y económicas que implican) también registran limitaciones. En efecto, si bien permiten desagregar los efectos de la edad de los de otros factores, no permiten identificar los efectos de cohorte (diferencias entre grupos nacidos en distintos momentos).
- b. La investigación no se ha centrado en el proceso de envejecimiento sino, fundamentalmente, en la vejez como etapa y en los ancianos como sujetos. Pero se ha focalizado en los grupos más jóvenes de los adultos mayores. Algunos estudios muestran que la exclusión de los más viejos en los estudios muestrales (generalizados a

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

toda la población o específicamente dirigidos a la población mayor) deriva de la dificultad de incluir, por ejemplo, pacientes con pluripatología, polifarmacia u otras características particulares (Varela Pinedo, 2015: 227). Con el propósito de compensar este problema se avanzó en la realización de estudios con grupos específicos (por ejemplo, personas con demencia senil o varones ancianos que viven solos o centenarios). La dificultad, en este caso, es lograr construir muestras representativas.

c. El enfoque que prevalece en la investigación de la vejez se centra en el declive intelectual, mental y biológico de las personas, de allí el supuesto de que la población en análisis constituye un grupo cuya capacidad de comprensión y concentración está mermada.

Las razones desarrolladas son suficientes para explicar la inconveniencia de realizar generalizaciones en este campo y, al mismo tiempo, para justificar la conveniencia de utilizar estrategias metodológicas mixtas (cualitativas y cuantitativas).

Técnicas y procedimientos

La elección de la técnica a aplicar en la investigación deberá sopesar los aspectos mencionados en el apartado anterior. Pero, antes aún de tomar esta decisión, es conveniente preguntarse ¿por qué es importante la discusión acerca del abordaje metodológico en la investigación con adultos mayores? Porque se parte del supuesto de que el método elegido puede hacer emerger o, por el contrario, puede ocultar la complejidad del objeto. En este punto, es donde debe situarse la discusión acerca de la relevancia de las estrategias cuantitativas, cualitativas o mixtas en relación con los objetivos de la investigación.

Esa discusión nos llevará a la evaluación de las técnicas disponibles para obtener información válida y confiable que derive en estudios científicos rigurosos.

Existen, y pueden utilizarse, una gran cantidad de técnicas, pero todas deben ser adaptadas cuando se trata de trabajar con adultos mayores. Por eso es muy importante la realización de pre-test o de pruebas piloto que permitan identificar las dificultades que los instrumentos diseñados pudieran presentar en su aplicación a poblaciones de adultos mayores y el entrenamiento específico de los entrevistadores y/u observadores.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Entre las técnicas más recomendadas por su capacidad de captar la conexión entre los niveles macro estructurales, institucionales e individuales en diferentes contextos y en marcos temporales amplios se encuentran, sin lugar a dudas las diferentes versiones del Método Biográfico.

En efecto, los estudios o técnicas biográficos recuperan la lógica de la reconstrucción de las trayectorias a lo largo de la vida, sin perder la flexibilidad instrumental tan necesaria para la obtención de información relevante cuando adultos mayores se trata.

En cuanto a los instrumentos, según distintos estudios, el más adecuado parece ser la entrevista individual, sea ésta semi- estructurada o no estructurada, debido a la relación que permite establecer entre el entrevistado y el entrevistador y a las posibilidades de hacer y rehacer de manera diferente la misma pregunta. Permite respetar, también, las consideraciones éticas, tanto en lo que refiere a las evaluaciones de los Comités como a la decisión sobre las actitudes de los entrevistadores y los tiempos dedicados a la aplicación del instrumento.

La aplicación de instrumentos más estructurados (entrevistas dirigidas, cuestionarios, encuestas) hace surgir problemas de comparabilidad y validez, ya sea por errores en el relevamiento o por las dificultades ya mencionadas de representatividad de las muestras; aún cuando se acepta que son insustituibles para muchos estudios longitudinales, ya sean panel o falso panel.

Por último, debe ser considerada la cuestión de que muchos instrumentos pueden movilizar sentimientos y emociones, por lo que a veces, es necesario una pregunta final de desensibilización que proponga una perspectiva optimista y movilizadora.

Problemas en el proceso de obtención de la información

¿Cuáles son los cuidados en los procedimientos de obtención de información que debemos asumir cuando la investigación del envejecimiento implica interactuar con individuos mayores?:

Lucena Torres y Vizeu Camargo (2012) señalan que existen aspectos relevantes para tener en cuenta en toda investigación que involucre adultos mayores:

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

a. La locación de la recolección de datos (debe ser considerada una variable interviniente): se requiere un ambiente familiar, ya que, en general, los adultos mayores no aceptan participar en lugares desconocidos (por ejemplo, laboratorios). El problema es que un ambiente demasiado familiar puede perjudicar las respuestas, sobre todo cuando se trabaja con técnicas no directivas (es común, por caso, que intenten introducir otras personas en la entrevista). Se recomienda la utilización de salones conocidos o espacios brindados por instituciones; se recomienda, en todos los casos, visitarlas de antemano para evaluarlos y obtener permisos.

También es recomendable trabajar con grupos pequeños o de manera individual y con varios entrevistadores u observadores, bien entrenados.

b. La selección de los participantes: debe ser cuidadosa, ya que hay variables que son relevantes en cualquier investigación pero que tienen un peso particular entre los mayores: sexo, situación socio-económica, escolaridad, edad cronológica y biológica, situación de salud.

c. El criterio de demarcación: existe una marcada controversia respecto de la edad cronológica (y 'administrativa') como indicador adecuado para la medición de la edad biológica. A eso se suma la falta de acuerdo respecto de la edad de inicio de la vejez (60 años según OMS).

Una forma de salvar, procedimentalmente, estas dificultades es trabajar con cortes de edad o con cohortes de nacimiento. Aunque es necesario tener presente que, si bien permiten evitar la restricción cronológica, no resuelven el problema de comparación de grupos específicos con diferentes niveles de accesibilidad (por ejemplo, los extremos etarios, los varones, las personas que viven solas y quienes tienen menor nivel de escolaridad). De aquí se desprende otra recomendación: la forma de acceder a las personas seleccionadas es tan importante como el propio proceso de selección de casos.

En muchos casos, incluso, será necesario hacer una evaluación de las condiciones cognitivas de los entrevistados

d. La diferenciación entre vejez y estado de salud: retomando el punto anterior, debemos enfatizar esta recomendación, ya que existen aspectos que pueden

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

adjudicarse erróneamente al proceso de envejecimiento cuando, en realidad, son consecuencias de una enfermedad.

Todos estos temas pueden afectar los resultados de la investigación por lo que, si no ha sido posible controlarlos en las fases de diseño y obtención de información, será primordial tenerlos en cuenta en la etapa de discusión de resultados.

Reflexiones finales

La reflexión sobre el estado de la producción de conocimiento, de los enfoques teóricos y metodológicos utilizados y de las dificultades y debates al respecto puede convertirse en una herramienta potente al momento de dirigir los esfuerzos del campo hacia el diseño de estudios de alta calidad conceptual y metodológica.

Es indispensable, en consecuencia, la utilización de métodos que integren estudios bio-psico-sociales y que presten atención especial a las cuestiones éticas y las implicancias políticas (ONU /AIG, 2002).

Es preciso potenciar, en esta línea de pensamiento, el estudio de las múltiples dimensiones y facetas del envejecimiento, incluyendo el estudio de perfiles en las interacciones entre variables. Esto implica reconocer la necesidad de promover la variedad en las propuestas de investigación, acentuar el uso de métodos longitudinales y multidimensionales y enfatizar especialmente los aportes de la indagación de dimensiones multigeneracionales y de cohortes.

Recordemos, con David Reher que “es vital considerar a los ancianos dentro de contextos sociales, económicos, culturales e históricos específicos. El papel de los viejos depende estrechamente de las sociedades y las familias donde viven, y de su propio contexto histórico. Por ello resulta muy problemático, y a menudo contraproducente, intentar aislar a los ancianos del resto de la sociedad como objeto de estudio” (Reher, 1997: 64).

Referencias bibliográficas

- Baso, M. T. (1992) “La nueva sociología de la vejez: de la teoría a los métodos” En *REIS* N.º 60 pp. 75-90.
- Carbajo Vélez, M. (2008) “La historia de la vejez” En *Ensayos* N.º 18. pp. 237-254.
- Castañuela Sánchez, B. G. y Rangel Esquivel, J. M. (2018) “Estudios Sobre Envejecimiento: Una Perspectiva Global” En J. Miranda, P. y J. D. Moran Escamilla, (Coords.) *Población en condiciones de vulnerabilidad y riesgo*. Vol. XI de Las Ciencias Sociales y la agenda nacional. Reflexiones y propuestas desde las Ciencias Sociales. México. COMECSO.
- Chávez Rodríguez, A. y Ávalos Latorre, M. L. (Coords) (2018) *Investigación cualitativa en Gerontología y Salud Pública: una aproximación a la realidad del actor social*. Mexico: Quartuppi.
- Curcio Borrero, C. L. (2010) “Investigación y envejecimiento: del dato a la teoría” En *Hacia la Promoción de la Salud*. Vol. 15, N° 1. pp. 144 – 166.
- De Miguel Antón, J. L. y otros (2016) *Investigación sobre envejecimiento*. Informe de la Fundación General CSIC. Madrid.
- Franco O. H. y otros (2007) “Los diez mandamientos del futuro de la investigación sobre la tercera edad en el Reino Unido: una visión de acción” En *BMC Geriatrics*. Vol. 10, N.º 7, pp. 1-7. <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/7/10>.
- Gastrón, L. Oddone, J. y Lynch, G. (2011) “Ganancias y pérdidas a lo largo de la vida” En J. Yuni (Comp.) *La vejez en el curso de la vida*. Córdoba: Encuentro Grupo Editor. pp. 79-92.
- Gastrón, L. y otras (2017) “El envejecimiento y el curso de la vida” En Oliveira Silva, A. (Org.), Vizeu Camargo, B. (Org.) En *Representações sociais do envelhecimento e da saúde*. Edufrn.org.
- Giménez E, y otros (2009) “Análisis bibliométrico de la Gerontología y Geriátrica en España en el periodo 1981-2005” En *Portal Mayores*. Informes Portal Mayores, N° 88.
- Klein, A. (2018) “La vejez problematizada. Imaginarios sociales que toleran lo que otrora era intolerable” En Revista *Desacatos* N.º 57, pp. 120-135.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

- Lalive d'Épinay, C. y otros (2011) "El Curso de la Vida: emergencia de un paradigma interdisciplinario" En J. Yuni (Comp.) *La vejez en el curso de la vida*. Córdoba: Encuentro Grupo Editor. pp. 11-30.
- Lehr, U. (1980) *Psicología de la senectud*. Barcelona: Herder.
- Lucena Torres, T y Vizeu Camargo, B. (2012) "Aspectos metodológicos na pesquisa com idosos em ciencias humanas e sociais" En *Envelhecimento e representaÇoes sociais*. Río de Janeiro: FAPERJ. pp. 89-113.
- Lynch, G. y Oddone, J. (2017) "La percepción de la muerte en el curso de la vida: Un estudio del papel de la muerte en los cambios y eventos biográficos" En *Revista de Ciencias Sociales*. Vol.30, N.º 40. pp.129-150.
- Montes de Oca- Zavala, V. (2010) "Pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo". En *Renglones*, revista arbitrada en ciencias sociales y humanidades, N° 62. Tlaquepaque, Jalisco: ITESO pp. 159-181 Enlace directo al documento: <http://hdl.handle.net/11117/235>.
- Neugarten, B. L. (1998) *Los significados de la edad*. Barcelona: Herder.
- ONU /AIG (2002) Programa de investigación sobre el envejecimiento para el siglo XXI. Presentado en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento a través del Foro de Valencia (2002) En *Revista Española de Geriátría y Gerontología* N.º 37(S2). pp. 57-64.
- Reher, D-S. (1997) "Vejez y envejecimiento en perspectiva histórica: Retos de un campo en auge" En *Política y Sociedad*. N° 26, pp. 63-71.
- Rodríguez Ávila, N. (2006) *Manual de sociología gerontológica*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Varela Pinedo, L. y col. (2015) "Investigaciones científicas en Geriátría y Gerontología en el Perú, 2002-2013" En *Revista Médica de Heredia*. N.º 26. pp. 222-229.

Fragilidad ¿Cómo actuamos? Desde una perspectiva médica psicoanalítica y psicosocial

Vanesa Canciani, Gerardo Gastron,, Enrique Lombardo

1- Introducción

Para un acercamiento al concepto de Fragilidad (FR) debemos considerar las distintas perspectivas desde las cuales se la define. El presente trabajo abordará el concepto desde las miradas médica y fisiológica, la psicoanalítica y la psico-social.

Toda tentativa de análisis de la FR debe considerar en primer lugar su carácter multidimensional y complejo y dos factores determinantes: *reservas* y *recursos*, que sufren modificaciones a lo largo del curso de la vida de un sujeto.

Los desequilibrios y cambios, no son siempre evidentes y corresponden a un proceso lento e insidioso: *la fragilización*.

Desde una mirada médica entendemos por FR, un estado caracterizado por una disminución de la *reserva* fisiológica, pérdida de la resistencia, mayor vulnerabilidad a eventos adversos, aumento del riesgo de incapacidad y dependencia, y una mayor morbilidad y mortalidad, comprobables en estadísticas. Puede tener una multitud de manifestaciones y de síntomas diferentes según los individuos. Es una constelación de condiciones múltiples, por lo que debemos considerarla un cuadro conceptual.

La FR es una condición asociada regularmente al envejecimiento. Es decir que en esta etapa vital en particular se dan una serie de condiciones que podrían llevar a la persona a ser frágil o a su gradual fragilización.

Desde un punto de vista asistencial tenemos definiciones operativas o empíricas que por su validez predictiva nos interesan en particular. La evaluación de la FR en una persona debe incluir los factores físicos, las capacidades sensoriales de la vista y del oído; la cognición (memoria, atención, velocidad de respuesta, entre otras); la energía y el estado psicológico y psicopatológico. Este último podría incluir: estados de ansiedad, depresión y procesos de duelo.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Otros factores a tener en cuenta serían: las características del entorno social, la red social que integra y la riqueza o pobreza de sus vínculos.

Todos estos datos nos permitirán tener un panorama y conocer el grado de FR. La evaluación temprana de los factores mencionados nos acerca a una posible prevención del cuadro o a un tratamiento que permita hacerlo reversible, es decir, pasible de rehabilitación. De esta manera las estrategias de intervención pueden ser eficaces si se cuenta con las reservas y los recursos necesarios, y si son llevadas a cabo oportunamente.

De la multiplicidad de factores que inciden en la FR, algunos son fácilmente reconocibles y otros se dan de manera latente o más oculta. Por ello la diversidad de miradas y la interdisciplinariedad suman conocimiento a la hora de asistir a los sujetos de avanzada edad fragilizados.

2. Definiciones

La complejidad característica de este concepto y la multiplicidad de sus manifestaciones, acarrea dificultades cuando se ha pretendido una definición única o totalizadora, no obstante, algunos autores han hecho aproximaciones a la misma. Para Fretwell (1994) la FR es una forma de vulnerabilidad en relación con el entorno. Sin embargo, existirían diferencias entre ambos conceptos, cuando hablamos de vulnerabilidad hablamos de posibilidad de daño (vulnus: herida). Cuando hablamos de fragilidad nos referimos a un proceso de que va en sentido a un debilitamiento o daño. Mientras que la vulnerabilidad se asocia a una situación desfavorable respecto del entorno, la FR, como mencionamos, es un concepto más amplio ya que incluye las reservas que un sujeto tiene frente a una situación desfavorable, en este caso no habría daño sino un desequilibrio.

Powell (1997) plantea que la FR corresponde a una pérdida de resiliencia que altera la capacidad de un individuo de mantener un equilibrio entre sus reservas y las exigencias o dificultades en su entorno.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Para Rockwood y colaboradores (2012) en la FR hay dificultades para restablecer el equilibrio afectado a partir de una acumulación de fallas o déficit que ocurre en el envejecer. Existe en este sentido un aspecto estadístico, pero también azaroso en función de la dotación genética de un sujeto.

Para Campbell y Buchner (1997) la FR es un estado o síndrome que resulta de la reducción multisistémica de las capacidades de reserva, al punto que diversos sistemas se aproximan o superan el límite de la insuficiencia.

La escuela suiza (L'alive D'épinay, 2006) resalta su condición práctica, para un análisis del paciente geriátrico, basándose en estudios longitudinales.

Diversas teorías enfocan la FR en las pérdidas o dificultades que se presentan en el desarrollo, enfermedades, privaciones ambientales, pero no toman en cuenta los factores positivos, las potencialidades del sujeto, su salud cognitiva o el hecho de tener pareja o amigos (Antonucci, Ajrouch & Birditt, 2014).

3. Fragilidad operativa. La experiencia en Centro de Día.

Para determinar operativamente el estado de FR debemos evaluar en primer lugar las capacidades funcionales y las alteraciones en las siguientes áreas: aptitudes sensoriales, (en particular visión y audición), movilidad (dimensión neuro-motriz), metabolismo energético (comprende aparatos circulatorio, respiratorio, endócrino. La memoria (dimensión cognitiva), y aptitudes físicas.

Llamamos sujeto frágil (fragilidad operativa) a aquel que presenta fallas en hasta dos de estas áreas y el resto las cumple sin ayuda, sin tener dificultades mayores para su desempeño en las actividades de la vida cotidiana.

En Centro de Día utilizamos para la Valoración Gerontológica Integral (VGI) el cuestionario de Kihon (ver Sewo, Sampaio, Sampaio, Yamada, Arai,. 2016). (ver cuadro 1). Este instrumento es de amplia utilización a nivel mundial como lo han demostrado numerosos trabajos presentados en el último Congreso Internacional de Geriátrica y Gerontología (2017).

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Resulta operativo y puede ser contestado por el paciente o sus cuidadores en contados minutos.

Administración del Listado de Kihon. Cuestionario para la detección de fragilidad

Puntaje total: Poner 0 ó 1 para cada artículo. Se da 1 punto a la respuesta que indica “tener un riesgo”; Por ejemplo, tienen dificultad, baja capacidad, no tienen amigos.

Cada punto de los 15 elementos se suma para producir una puntuación compuesta. Suman puntos las respuestas 1, 6, 9, 10, 11, 12, 14 y 15 cuando son afirmativas y las restantes 2, 3, 4, 5, 7, 8 y 13 cuando son negativas. Con un rango de 0-15, aquellos con 4 puntos, son frágiles.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Cuestionario	SI	NO	Puntaje
1. Se queda en casa normalmente todo el día			1
2. ¿Con qué frecuencia sale al aire libre?	2/3 veces x sem	>1 vez x sem	1
3. ¿Tiene algún pasatiempo?			1
4. Tiene vecinos para charlar de manera amistosa			1
5. ¿Tienes amigos cercanos, familiares o parientes que vayas a ver?			1
6. ¿Tuvo alguna caída en el último año?			1
7. Puede caminar 10 cuadras de manera continuada	Sin dificul.	No, o c/dificul	1
8. Puede ver los objetos claramente (dificultad visual)			1
9. Se tropieza o resbala frecuentemente en casa			1
10. Alguna vez deja de salir al aire libre (de su casa) por miedo a caerse			1
11. Ha estado internado en el hospital en el último año?			1
12. Tiene alguna dificultad para masticar			1
13. Tiene apetito en estos días			1
14. Perdió 3 kg o más de peso en los últimos meses			1
15. Siente que ha perdido masa muscular o grasa de su cuerpo en los últimos 6 meses			1

Cuadro 1: Listado de (Kihon Sewo, Sampaio, Sampaio, Yamada, Arai,. 2016)

4. Perspectiva Psicoanalítica. Registro subjetivo del proceso de fragilización, y sus marcas en el cuerpo

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

El envejecimiento es un proceso, un fenómeno complejo atravesado por variables psicosociales. Puede describirse intrasubjetivamente como asimilación de los propios cambios (corporales o identitarios), intersubjetivamente como la re-elaboración de sus vínculos y trans subjetivamente como el registro de una impronta social.

Considerando un sujeto con una estructura psíquica abierta y compleja, cada quien realiza un proceso singular en un movimiento de apertura en el que se conjugan pasado, presente y futuro.

La emergencia de la novedad (como aquello no prefigurado, que irrumpe y sorprende a la subjetividad) pone en marcha un mecanismo de elaboración al que llamaremos trabajo de duelo. En este punto diferenciamos el concepto de duelo al definirlo como una reacción frente a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el ideal, etcétera.

La angustia es la señal a partir del registro de las pérdidas y/o cambios (pérdida de un ideal, de la juventud, la movilidad, amistades, cambios en identidad social, jubilación, etc.). Se produce una desestabilización del yo y la necesidad de reorganizar la personalidad y buscar un nuevo equilibrio.

Freud describe el trabajo de duelo de la siguiente manera: “La primera etapa se refiere al examen de la realidad que muestra que el objeto amado ya no existe. El proceso de duelo se inicia cuando se acepta la realidad de la pérdida y se lo realiza pieza por pieza y con un gran gasto de energía, entre tanto el objeto perdido continúa en lo psíquico “[...] *El duelo consiste en el trabajo de desligamiento o desatadura entre lo amado que se ha perdido y la representación fantaseada, para recuperar la carga de libido puesta en el objeto representado*” (pag. 237, 1917).

Es importante aclarar que dicho trabajo de duelo se realiza para adaptarse a una nueva situación, y no define a la vejez como tal.

Cuando el duelo en la vejez compromete directamente al cuerpo y el “trabajo de duelo” no finaliza, se generan formas de fragilidad. Se trataría de un detenimiento en el segundo momento del duelo, donde la libido acumulada en el yo (retirada del aquel objeto que ya no existe) no se relanza hacia otro/s objeto/s y encuentra en este una fijación determinada, se establece una identificación del yo con el objeto perdido “La

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

sombra del objeto cayó sobre el Yo” dirá Freud y la pérdida de objeto se transforma en una pérdida del Yo. Esto se traduce en un estado de ánimo doloroso, caracterizado por autoreproches, ideas de ruina, pérdida de la capacidad de amar y disminución del amor propio y enfermedad física. También implica una cesación del interés por el mundo exterior y retraimiento. Aquí podemos hablar no solo de una fragilidad psíquica sino también de una fragilidad social y física, producto del apartamiento del mundo que genera morbilidad (deprivación afectiva, melancolía, demencia) y que incluso puede llevar a la muerte.

El registro subjetivo en la vejez se apoya, se sostiene y se modela en los grupos, el cuerpo, la cultura y el aparato psíquico, y cambia con el paso del tiempo. Sentimientos de pertenencia, ajenidad o inclusión disparan encadenamientos significantes que proveerán de sentido o, a veces, lo quebrarán. Se cristaliza una especie de “hojaldre” de identificaciones contradictorias. La mirada oscila entre una generación joven a la cual ya no se pertenece, y una imagen en la cual aún no se ha proyectado. Hoy el espejo no devuelve la imagen esperada. Inquietante extrañeza, irritante tensión psíquica derivada de la falta de coincidencia entre esa imagen que aparece y la que de sí mismo se tiene. Signos que pueden tener que ver o no con el registro de la FR, muerte de pares, arrugas, jubilación, canas, entre otras, dan cuenta de un cuerpo perdido y una novedad a elaborar.

Cuerpo y tiempo se anudan en el envejecimiento, “el tiempo está en el cuerpo” siendo este último testigo del primero.

5. Fragilidad desde la perspectiva del curso de la vida

Asumimos el curso de la vida como una continuidad, no fragmentada en edades independientes; por lo tanto, cualquier estudio de FR debe tomar en cuenta no sólo el momento actual, el corte transversal de la historia de vida, sino que debe tener en consideración el curso de vida, la biografía del sujeto.

¿En qué medida el curso de la vida va definiendo el grado de fragilidad de un sujeto? Desde la perspectiva del curso de vida, los factores que intervienen en el desarrollo vital

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

y por lo tanto en el riesgo de un proceso de fragilización pueden ser tanto de carácter normativo, vinculado a la edad o al momento histórico en el que se vive; como no normativos.

Los aspectos normativos vinculados a la edad, son aquellos cambios esperables asociados a la cronología de un sujeto. La dependencia inicial, la edad escolar, el matrimonio, etc. En el caso de la vejez es esperable que llegada esta etapa de la vida el equilibrio entre demandas y reservas se vaya deteriorando, determinando un incremento de la FR. Los factores normativos vinculados con la historia son aquellos que comprenden hechos Históricos (aquello que llamamos historia con mayúscula) que afectan a un determinado grupo, una nación, etc.. Este grupo será afectado por crisis políticas o económicas, movimientos de cambio social, guerras, etc.. El surgimiento del estado de bienestar durante el siglo XX y los avances de la medicina han mejorado las condiciones de vida y la longevidad, lo que ha determinado la prolongación de la vejez y las problemáticas vinculadas a ella como las dificultades de integración social, determinando su aislamiento y/o su estigmatización.

Por otro lado, existen aquellos factores definidos por las biografías particulares. Son los factores no normativos: enfermedades, mudanzas, pérdidas en el entorno social, etc.

El conjunto de estos factores socio - Históricos e individuales explican el modo de envejecer de un sujeto, tanto aquellos que responden a generalidades sociales como aquel que responde a una biografización de la fragilidad.

El proceso de fragilización implica una pérdida de recursos que puede darse en distintas etapas de la vida y que tiene lugar en contextos específicos, con individuos o grupos con un mayor riesgo. Recursos y estrés son elementos claves que fueron señalados en los trabajos de Leonard Pearlin (1989), quien desarrolla la teoría del estrés de rol que sostiene que las presiones impuestas por el entorno social, tanto las instituciones, o los grupos familiares o laborales provocan estrés en los individuos a través de las exigencias en el desempeño de sus roles. Un caso extremo es el fenómeno conocido como burn-out.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Desde un punto de vista histórico, las trayectorias de vida están desde la modernidad altamente estandarizadas, la manera en que se va atravesando cada etapa de la vida, como las transiciones entre ellas se inscriben en marcajes culturales fuertes que restringen/habilitan el campo de acción. El resultado es su transparencia, son fácilmente identificables las características de un sujeto a partir de la edad que esté atravesando, lo que provee un sentido general de seguridad acerca del curso de la vida. Sabíamos con cierta certeza qué nos esperaba en cada etapa.

La posmodernidad por el contrario ha generado un aumento de incertidumbre respecto de los estándares de la modernidad y ha ido en el sentido de des-normativizar la vida, produciendo nuevas y múltiples formas de cursarla, deshaciendo el concepto de edad como único factor determinante. Con la globalización de la economía y el incremento de la demanda llega una gradual desincronización, hay más heterogeneidad y desorden, la vida es menos predecible y hay un incremento de la inseguridad (o inestabilidad).

No es casual que un mal endémico en nuestro tiempo sea el nivel de estrés y las dificultades en tramitarlo, y que este problema abarque todas las edades, desde la niñez hasta la vejez.

La calidad de vida ha sufrido transformaciones sin lugar a dudas en aspectos tales como la salud o la jubilación, y el modelo normativo que nos protegía parece ser cada vez menos necesario. La novedad, la incertidumbre, lo inesperado requiere del uso de recursos de adaptación mayores, mayor plasticidad, etc. Estamos frente a un cambio gradual del entorno y un desdibujamiento de pautas de acción.

El factor biográfico pasa a tener un mayor peso en la definición del curso de vida, y por lo tanto del nivel de fragilidad que pueden suponer estos cambios.

La teoría de la biografización que atiende esta particularidad de nuestro tiempo está principalmente orientada hacia las formas de vulnerabilidad generadas o derivadas de eventos de la vida, problemas de salud, rupturas familiares e incertidumbre en general.

Cuanto menor es el peso de lo normativo cultural, cuanto menores sean las pautas destinadas a ordenar nuestra vida, mayor será el grado de libertad para seguir un camino

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

u otro. Esto en la vejez se traduce en diferentes conductas. Algunas de ellas se vinculan a retomar actividades educativas o de desarrollo personal, relegando roles más normados como la abuelidad u otras vinculadas a los quehaceres cotidianos.

Sin embargo, nuevas actividades implican también mayores recursos, más exigencias, más plasticidad, mayor capacidad adaptativa. Comenzar un estudio, concurrir a un taller, iniciar alguna actividad física nueva o incluso nuevas relaciones sociales o de pareja requieren de un esfuerzo, y un cierto grado de estrés.

El sujeto está activo, su deseo circula y pone en juego sus recursos. Su entorno familiar y social debería poder acompañarlo y apoyarlo. En este sentido los riesgos son tanto la sobreprotección, (ante el menor síntoma o expresión del cansancio o estrés, se busque limitar las actividades por temor). Aquí la expectativa es que el viejo no va a poder, no tiene recursos y hay que protegerlo y cuidarlo. No se confía que el mismo sujeto encuentre sus límites saludables.

Otro riesgo es la saturación de exigencias y crisis de estrés. En este caso el adulto mayor sometido por ejemplo a la demanda del cuidado de una pareja enferma o dependiente, o de los nietos, no encuentra su propio límite y los familiares no reparan en esta situación. (Es el caso del denominado síndrome de abuelas esclavas descrito por Antonio Guijarro en 2001).

Una biografía nos ofrece un panorama acerca de la manera en que el sujeto ha ido sorteando diferentes situaciones adversas o afortunadas e incluso dichosas en un tiempo histórico determinado. Reconocemos una continuidad en las modalidades de afrontamiento como ciertas discontinuidades o cambios dentro de un rango determinado por la personalidad.

La personalidad es un concepto que alude a esa continuidad, ciertos rasgos que marcan un estilo que se repite a lo largo del tiempo. La plasticidad implica la posibilidad de cambios o ruptura de esa continuidad y la búsqueda de un equilibrio.

En la vejez este cambio de época resulta particularmente gravoso ya que los viejos han crecido y se han desarrollado en un contexto diferente al actual, con ejes

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

identitarios sólidos, como el trabajo o la familia, que formaron parte de su construcción como sujetos. Hoy asisten a una caída y debilitamiento de estos valores y a una transformación de los mismos. Significados sociales que resultaban orientadores y referencias se desdibujan y van dejando lugar a nuevos valores como el éxito o la fama, la visibilidad en redes sociales de internet o el acceso a la tecnología, etc..Estos cambios implican un fuerte proceso de resignificación de su entorno y de sí mismos.

Frente a esta nueva situación el contexto familiar puede funcionar como el ámbito de contención.

Presión, inseguridad, tensión crónica, diario malestar son origen de una fragilización cuando sus efectos son sostenidos o llevan un largo tiempo y no son abordados profesionalmente.

Es importante destacar que el reconocimiento formal de la FR podría tener consecuencias negativas en términos de pérdida de la autoestima, quedando expuesto el sujeto a una estigmatización. En este caso las instituciones al igual que la familia pueden actuar como soporte promotor del mantenimiento de la autonomía o por el contrario, como factor de estrés acentuando la dependencia.

6. Factores Moduladores de la FR

Llamamos factores moduladores a aquellos que intervienen en el proceso de balance entre recursos y demandas.

En la vejez se ponen en juego reservas y recursos, además de las/los fisiológicas/os.

Una rápida enumeración de los recursos psicológicos y sociales nos permite discriminar como factores moduladores: la personalidad, la motivación, las facultades cognitivas la autoestima, el autocontrol; el soporte social constituido por redes estructurales con sus características tales como intensidad, complejidad y reciprocidad, también la capacidad de adaptación, el status socioeconómico, la educación, la espiritualidad. A nivel político sanitario los recursos del sistema sanitario. Como vemos, surge con claridad la importancia de organizar adecuados servicios y la responsabilidad social y sanitaria presentes.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Al adulto mayor, que tiene la capacidad de aplicar estas reservas y recursos, se le atribuye la condición de resiliente, esto significa que más allá de las dificultades puede mantener un equilibrio, una situación de bienestar.

Los fallos en las reservas, se incrementan en el envejecimiento en particular cuando se asocian con factores médicos como: comorbilidad, malnutrición, enfermedades, secuelas, estilo de vida no sano o cuando los sistemas vitales se han vuelto insuficientes o deficientes (endocrino, neurológico, sentidos, cardiovascular, respiratorio) aumentan los riesgos de FR y este proceso se puede poner de manifiesto ante episodios agudos como caídas, hospitalizaciones. Es entonces cuando decimos que se manifiesta en “cascada”.

Para Bortz (1984) las fallas genéticas asociadas a un estilo de vida inadecuado, más las enfermedades, y el envejecimiento contribuyen a la fragilización. En particular el autor destaca la falta de actividad física en personas mayores como un importante factor en lo que denomina síndrome del desuso (*disuse syndrome*). La vida del sujeto hasta su envejecimiento puede sintetizarse en sus condiciones físicas, psicológicas y sociales, fuentes de los recursos que le han permitido vivir hasta ese momento.

La FR resulta en un deterioro de una o más de esas condiciones, el grado de ese o esos fallos y la accesibilidad a sistemas externos que los compensen.

7. Estrategias de intervención en FR: ¿Cómo actuamos?

En nuestro medio los servicios del sistema sanitario aún adolecen una serie de problemas que es necesario solucionar, esto es: la falta de coordinación con servicios sociales y falta de integración y centralización ejecutiva en los distintos niveles de asistencia.

Asimismo, son escasos los servicios alternativos a la institucionalización. Nos referimos a hospitales de día, los centros de día, los sistemas de atención domiciliaria, etc.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

La prevención de la fragilidad, a lo largo del curso de la vida implica utilizar, en forma individual y colectiva, los factores moduladores mencionados. Esto significa por ejemplo que desde el entorno familiar y escolar de los niños y jóvenes, condiciones de higiene, buena educación o medidas para garantizar un entorno sano, libre de formas de maltrato como bullying. Un régimen de vacunas de administración racional en las poblaciones. En cuanto a la vivienda; agua potable y cloacas, alimentación suficiente y adecuada. Durante la vida laboral, se debe contar con las condiciones que le permitan al trabajador su sustento, pero también contar con la seguridad que evite el riesgo de accidentes, con un ambiente de trabajo ergonómicamente correcto. En este ámbito debemos incluir un ambiente social adecuado, evitando tanto la sobre carga laboral o el acoso laboral (mobbing). Los trabajos de turnos rotativos, por ejemplo pueden generar trastornos sociales y biorrítmicos.

Los cambios generados por el envejecimiento en el trabajador, la cercanía de la jubilación y la jubilación misma exigen una preparación desde el trabajo a dichos cambios y viceversa.

Existe la tendencia a capacitar a los trabajadores jóvenes en detrimento de los de más edad, generando sensaciones de baja autoestima y desinterés. Consecuencia de ello son los riesgos de perder habilidades o aptitud para permanecer en un empleo. Punto importante es la rehabilitación. Evitar las pérdidas de funciones, compensarlas lo más eficazmente posible, con equipos de rehabilitación (fisiatras, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, psicólogos, psiquiatras) que actúen en tiempo y forma llegada la edad jubilatoria. La continuidad asistencial de los sujetos constituye un deber de la sociedad.

La conformación de programas socio-sanitarios disponibles, accesibles, que tengan en cuenta la continuidad de los cuidados, que actúen oportunamente y con calidad, será un objetivo principal de los sistemas de salud. Ellos permitirán por añadidura disminuir gastos, beneficiando no solo a las personas mayores, sino a personas de todas las edades y condiciones sociales.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Los países más desarrollados muestran importantes avances en estos puntos y parece ser ese el camino a seguir. Las investigaciones sobre FR nos permitirán conocer mejor qué servicios adoptar y cómo adaptarlos a las necesidades locales y regionales. Desde una mirada económica y de calidad de vida, evitar la dependencia, manteniendo niveles altos de autonomía en la vejez resulta muy ventajoso ya que la dependencia implica la intervención de terceros que contribuirán a sostener al sujeto, con los costos mucho mayores económicos y emocionales.

Los programas sustentables llevados adelante en varios países han tenido en cuenta distintos tipos de servicios asistenciales socio-sanitarios, agrupados fundamentalmente alrededor de los siguientes modelos: 1- Los llamados antes intra-murales y luego intra-hospitalarios y 2- Los modelos primitivamente extra-murales y ahora comunitarios, que han interactuado en forma más o menos simultánea. En Centro de Día se han podido desarrollar algunas de ellas. Pero queremos destacar que se aspira a que la correlación entre los distintos servicios (intra y extramurales), sea eficaz y que complete el beneficio de estas modalidades.

Otro tema a tener en cuenta es la formación de personal especializado en estas estrategias. En la formación de los gerontólogos, se deberá capacitarlos tener en cuenta todas las modalidades. En esa formación curricular esta interacción contribuirá a que la FR no sea un paso forzoso en la vida del sujeto.

Se puede medir el riesgo de enfermar, caer, sufrir re-internaciones, incapacidades, dependencia y morir haciendo una correcta evaluación (VGI). Conociendo la situación en las esferas señaladas, se pueden adoptar estrategias de intervención eficaces, utilizando los factores moduladores adecuados.

Para ello se deben usar las herramientas de la geriatría, que son: la VGI, la unidad de geriatría en los hospitales generales, el equipo interdisciplinario, los cuidados continuados y las modalidades alternativas a la internación. También, se deben implementar los recursos de un sistema socio-sanitario, que cuales deberá tener: disponibilidad, accesibilidad, continuidad, calidad y oportunidad.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Las alternativas a la internación podrán contribuir, además de facilitar los egresos programados, a disminuir las dependencias por enfermedades crónicas, la presión de internación, evitando la reinternación cuando sea posible, y disminuir las consecuencias del hospitalismo, para el paciente y su familia, así como conteniendo los gastos que ellos producen.

Son objetivos de los sistemas alternativos a la internación: conseguir que el anciano permanezca en su hogar, disminuyendo el riesgo de pasaje a la dependencia, y garantizar la continuidad de los cuidados. Centro de día comparte ese objetivo.

La asistencia hospitalaria, la cual debe contar con un servicio de geriatría, consultorios externos, unidad de internación con camas para agudos, y camas de media estancia para la convalecencia y el inicio de la rehabilitación, un hospital de día y la posibilidad de realizar interconsultas con los servicios que lo requieran. Luego, la asistencia post-hospitalaria la cual debe contar con los siguientes componentes: Un centro socio sanitario de evaluación diagnóstica coordinador de los servicios en el marco de la comunidad, servicios sociales, centro diurno, centro diurno psicogeriátrico e internación domiciliaria.

Modelos Intrahospitalarios

- Con intervención en instituciones
 - Unidad Geriátrica de evaluación diagnóstica (UGED O UG)
 - Asistencia de Mediano Plazo
 - Consultorios externos
 - Hospital de día
 - Geriátricos
- En el seno de la comunidad
 - Internación domiciliaria
 - Acompañante terapéutico
 - Personal de cuidadores
 - Centro diurno

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

¿Cuál de estas modalidades asistenciales apunta a modificar los aspectos psicológicos que actúan sobre la fragilidad, teniendo en cuenta la atención, la memoria y los aspectos que mantienen al individuo en relación con su entorno y la sociedad?

¿Cuáles tienen en cuenta que la FR es multifactorial y actúan en consecuencia apuntando al desarrollo de actividades de promoción de salud con factores moduladores? para: 1. promover la actividad física, 2. mejorar la nutrición, 3. estimular la participación social, 4. realizar una VGI en controles de salud y 5. Prevenir los síndromes geriátricos.

Todo ello para evitar la FR, las enfermedades y sus secuelas, las limitaciones funcionales sin compensar, la incapacidad para el desarrollo de tareas (actividades de la vida diaria AVD, y actividades básicas de la vida diaria ABVD), y sobre todo la dependencia.

Asimismo, para cumplir los objetivos de la asistencia geriátrica se deberá implementar, la asistencia pre y post- hospitalaria con el centro diurno y el centro de día psicogeriátrico. Todo ello con disponibilidad, oportuna accesibilidad, continuidad de cuidados y calidad. Esto constituye una red compleja, estable, compuesta por un equipo interdisciplinar (geriatra, trabajador social, psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermeros, musicoterapeuta, kinesiólogo, etc.), que actuará de acuerdo a las necesidades de cada persona mayor.

Surge con claridad la importancia de organizar los servicios mencionados, y la responsabilidad social y sanitaria de la comunidad en general y de la política sanitaria en particular.

8. Hasta aquí y hacia adelante

La FR en la vejez es un tema complejo, abordado por médicos, biólogos, gerontólogos, geriatras, demógrafos, sociólogos, economistas, sanitaristas, etc. Por ello se ha definido de tantas maneras. Los problemas planteados por la FR requieren ser comprendidos y solucionados por la sociedad en su conjunto. Se han propuesto alternativas diversas, para estimular las reservas fisiológicas, psicológicas y sociales. Se

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

requiere un sistema socio-sanitario que coordine a nivel central y periférico las estrategias de intervención para arribar a soluciones a corto y largo plazo.

Desde una visión vinculada con la asistencia, un conjunto de instituciones (hogar de geriatría, unidades geriátricas de hospitales generales, hospitales de día, centros de día, etc.) contribuyen a aportar en favor de un envejecimiento activo, previniendo la fragilidad y promocionando la salud individual y colectiva.

Del repaso que antecede, se desprenden elementos que orientan a pensar que algunas de las instituciones que abordan la FR son servicios de utilidad que permiten su retardo o incluso su remisión.

A futuro, investigaciones longitudinales sobre la prevención de la fragilización nos darán datos más precisos para llevar adelante acciones específicas preventivas de manera de evitar tempranamente los efectos de este proceso tan gravoso para el sujeto que lo padece, como para su entorno familiar y la comunidad.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Referencias Bibliográficas

- Antonucci, Ajrouch & Birditt, (2014). The convoy model: Explaining social relations from a multidisciplinary perspective. *The Gerontologist*, 54 (1) 82 – 92.
- Baltes, P; Baltes (1990). Psychological perspectives of successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from de behavioural sciences* (Vol. 1, pp. 1- 34). Cambridge, MA: Cambidge University Press
- Bortz WM II (1984) *Western Journal of Medicine* 141(5):691-4.
- Campbell, J. A.; Buchner, D. M. (1997). *Age and Ageing*; 26: 315-318
- Fretwell M.D. (1994). Acute hospital care for frail older patients. In : McGraw Hill *Principles of geriatric medicine and gerontology*, New York, N.Y., ,241-248.
- Freud, S.. (1917). Duelo y melancolía. *Obras completas*, 14.
- IAGG (2017). World Congress of Gerontology and Geriatrics
- Kulmala, J. et al., (2013). Association between frailty and dementia: A population-based study. *Gerontology*, 60 (1), p.16-21
- Lalive d'Epinay, C. and E. Guilley. 2006. Statuts de Santé et Mondes de Vie Quotidienne des Vieillards ["Health Statuses and Everyday Life-Worlds Among Oldest-Old People"]. *Swiss Journal of Sociology* 32 (3): 407-27.
- Nasio, J. D. (2008). *Mi cuerpo y sus imágenes*. (Vol. 263). Grupo Planeta (GBS).
- Oris, M.; Roberts, C. Joye, D. ; Stähli, M. E. (Eds.) (2016.) *Surveying human vulnerabilities across the life course*. Springer open
- Pearlin, Leonard I. (1989). "The Sociological Study of Stress." *Journal of Health and Social Behavior* 30: 241-256.
- Powel, C. (1997). Frailty: Help or hindrance? *J Royal Soc Med* ; 90 (Suppl) 23-26.
- Rockwood K, Bergman H. (2012) FRAILITY: a report from the 3(rd) Joint Workshop of IAGG/WHO/SFGG, Athens, Jan 2012. *Can Geriatr J.* ;15:31–36
- Rozitchner, E. (2012). La vejez no pensada: clínica y teoría psicoanalítica. Psicolibro ediciones.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

- Sewo Sampaio PY, Sampaio R. A , Yamada M , Arai H . (2016). Systematic review of the Kihon Checklist: Is it a reliable assessment of frailty? *Geriatr Gerontol Int.* Aug; 16(8):893-902
- Shinkai S, Yoshida H y cols. (2016). Public health approach to preventing frailty in the community and its effect on healthy aging in Japan. *Geriatrics & Gerontology International Special Issue: Comprehensive Gerontological Approach for the Next Stage: Health and Medicine.* Volume 16 Issue Supplement S1 Pages 1–139

Formación del Médico Geriatra. Estado Actual en Argentina

Cynthia Mariñansky

Desde muy antiguo existió preocupación por los matices diferenciales que plantea el envejecimiento humano. Sin embargo hasta comienzos del siglo XX la población anciana no constituía un desafío a los sistemas sanitario y social de una magnitud tal como hoy lo percibimos.

-Envejecimiento Poblacional:

Varios hechos determinaron la aparición y subsiguiente desarrollo de la Geriátrica y la Gerontología: el envejecimiento individual y el envejecimiento poblacional.

Estamos frente a una revolución demográfica: en el mundo las poblaciones están envejeciendo, fenómeno también observado en nuestro país.

Entre otras cosas, ello significa que el grupo de los mayores de 60 años crece cada vez más con respecto al total de habitantes.

Las causas del incremento del número absoluto de personas mayores se encuentran por un lado en los mayores índices de fecundidad que se dieron en determinadas épocas del siglo XX, y la reducción de la mortalidad en edades precoces a causa de mejoras sociales, higiénicas, y de calidad de vida.

Por otro lado las causas de aumento relativo, es decir de la proporción de las personas mayores, residen en la reducción de la natalidad ocurrida en el último cuarto del siglo XX.

Todo ello ha conducido a una rectangularización de la Pirámide Poblacional.

Las proyecciones llevadas a cabo por diferentes organismos especializados coinciden en las siguientes predicciones: las cifras ponen de manifiesto un fenómeno que necesariamente lleva a introducir cambios importantes en la red de servicios de atención a las personas, particularmente en cuanto se refiere al grupo de mayor edad.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

El término **Geriatría** aparece por primera vez en 1914, año en que Ignatz Nasher publica en Filadelfia, Estados Unidos, su libro *Geriatrics: the diseases of old age and their treatment*.

Sin embargo la Geriatría moderna es algo posterior, ya que surge en Gran Bretaña en 1946 por la tarea de Marjorie Warren, primero enfermera y después médica que, mediante su trabajo en el West Middlesex Hospital de Londres y sus primeras publicaciones, concibió y transmitió una forma de abordaje de las enfermedades de los ancianos crónicamente enfermos basada en la **valoración individual** de cada caso para obtener un diagnóstico preciso y un tratamiento correcto, orientado a la mejoría funcional y a la reintegración en la comunidad.

Algunas ideas que hoy consideramos obvias eran revolucionarias entonces, entre ellas afirmaciones como que la vejez no es una enfermedad, que es esencial hacer un diagnóstico exacto de las enfermedades de los ancianos, que muchas de sus enfermedades son tratables o que el reposo injustificado en cama puede ser peligroso.

Actualmente, se están logrando resultados positivos que tienden a la prolongación efectiva de la vida, no sólo añadiéndole años, sino también revalorizándola y dándole mayor significado.

Según la Asamblea Mundial del Envejecimiento (Naciones Unidas, 1982), solo alrededor del 25% de esta población puede considerarse "enferma".

Estas dos situaciones: 1) aumento de la población de mayor edad y 2) población con mayor cantidad de patología, resaltan la necesidad de **capacitar adecuadamente a los profesionales abocados a la atención y cuidado de la salud de los mismos**.

Entonces, todo programa de Especialización en Geriatría, debe cumplir ese objetivo. Es decir, formar a los profesionales médicos con una visión holística del envejecimiento, incorporando en su formación nociones de varias disciplinas que hacen a un conocimiento integral del anciano, que implique ver a la persona íntegra, con acento en la promoción de la salud y en la participación de los propios sujetos en lo que hace a la prevención de sus patologías.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

En 1955 existían en España 33 especialidades médicas entre las que no se encontraba la geriatría, veinte años después en 1978 ya fue incluida por la Ley de Especialidades del 15 de julio de 1978.

¿Por qué es necesaria la Especialidad Geriatría?

Por la alta prevalencia de enfermedades en este grupo etario que, por su forma de presentación, les hace necesitar con mayor frecuencia la asistencia por parte de Servicios Sanitarios.

Estos cuadros poseen diferentes patrones de presentación, tienen una tendencia a conducir a la incapacidad, y una más dificultosa respuesta al tratamiento.

También se observa la compleja interrelación de los problemas médicos con las funciones física – psicológica y socioeconómica.

Las enfermedades más frecuentes son las del aparato locomotor (artrosis y osteoporosis) , del sistema cardiovascular (hipertensión arterial , insuficiencia cardiaca , cardiopatía isquémica ,y accidentes cerebrovasculares) afecciones de los sentidos (cataratas , presbiacusia) enfermedades metabólicas (diabetes , hipercolesterolemia) .

Tienen una gran trascendencia a esta edad la incapacidad funcional y la dependencia que las enfermedades generan.

No obstante lo anterior, la edad per se no unifica a las personas ya que el envejecimiento es un proceso heterogéneo

-Ejemplos de oferta de formación de geriatras en la Argentina:

1. A través de Sociedades Científicas como la *Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría* ; Curso con una duración de 1860 horas repartidas en dos años con enseñanza teórico práctica .

2. *Residencia Medica de la Especialidad Geriatría*, tiene lugar en el sistema del Gobierno de CABA, se trata de una formación teórico práctica continua tutorizada y basada en el autoaprendizaje, en la que los niveles de responsabilidad serán mayores a medida que el residente va avanzando a lo largo de cuatro años del proceso formativo.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Esta capacitación consta de una etapa básica de formación de 12 a 24 meses que se completa con rotaciones por diferentes especialidades (Cardiología, Neurología, Psiquiatría, Terapia Intensiva, etc). Un período de tiempo restante hasta completar los cuatro años donde se realiza rotación por los distintos niveles asistenciales: consulta externa, hospital de día, unidad de media estancia y guardias hospitalarias.

Un programa teórico que cuenta con 80 temas, además de sesiones científicas e interdisciplinarias de los Servicios de Geriatria.

En lo referente a investigación se exige la intervención en uno o dos proyectos de investigación, la asistencia al menos a un congreso al año y la elaboración de una comunicación y una publicación anual.

Los objetivos a alcanzar son el adiestramiento para la adquisición de capacidad en las siguientes áreas del conocimiento que le permitan afrontar con éxito los problemas que plantea el manejo de pacientes ancianos

- a. Envejecimiento humano: demografía, biología, fisiología.
- b. Enfermedades más frecuentes en el anciano.
- c. Presentación atípica de enfermedades más frecuentes en el anciano.
- d. Enfermedades incapacitantes.
- e. Síndromes geriátricos.
- f. Técnicas de valoración geriátrica.
- g. Utilización de fármacos en el envejecimiento.
- h. Trabajo interdisciplinario.
- i. Nutrición en el envejecimiento.
- j. Principios de recuperación funcional: rehabilitación.
- k. Principios de psicogeriatría.
- l. Aspectos sociales del envejecimiento.
- m. Organización de servicios (asistencia geriátrica).
- n. Desarrollo y gestión clínica de servicios geriátricos.
- o. Metodología de la Investigación.
- p. Habilidades de comunicación.
- q. Principios éticos y legales.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

3. Carreras de Especialistas de Carácter Universitario:

- **UBA (Universidad de Buenos Aires)** : Duración dos años. Consiste en una formación teórico práctica que se imparte en distintas instituciones y principalmente en el Hogar Le Dor Va Dor.
- **Universidad Maimónides:** Curso de 36 meses de duración con 5.566 horas: teórico práctico y presencial.

La carga horaria práctica es de 4.400 horas.

En el plan de estudios se establece que la formación comprende 940 horas de actividades que se llevan a cabo en el marco de los 11 cursos teórico-prácticos (incluyen prácticas asistenciales), 160 horas de ateneos y 3.300 horas de actividades prácticas asistenciales que los alumnos cumplen en el marco de los tres niveles de “Prácticas integrales intensivas”. Estas últimas incluyen 640 horas de guardia.

Las 940 horas de prácticas que se desarrollan en el marco de los 11 cursos teórico-prácticos comprenden: observación de dinámicas de grupos de adultos mayores activos e independientes, con dificultades sociales, dependientes con dificultades físicas y cognitivas; observación de la interacción social de la persona mayor en situación de internación permanente; elaboración de un programa de promoción de la salud; reconocimiento, análisis y abordaje del envejecimiento patológico; realización de exámenes psicogerontológicos, estudio del esquema corporal y el estado cognitivo del anciano; detección de factores condicionantes de aislamiento y soledad; observación y coordinación de talleres de memoria; detección de iatrogenia medicamentosa; valoración gerontológica integral; evaluación nutricional y cardiológica; evaluación y atención de pacientes con cuadros de deterioro de los sentidos, con trastornos y patologías respiratorias y cardiovasculares; evaluación y atención del adulto mayor con osteoporosis, de la mujer climática y menopáusica; reconocimiento de andropausia; realización de diagnósticos diferenciales y elaboración de propuestas de tratamiento; evaluación y atención del paciente anciano depresivo, del paciente con cuadro de deterioro cognitivo, con fractura de cadera, detección de problemas nefrourológicos, auditivos, dermatológicos y oftalmológicos.

Por otra parte, en el marco de las “Prácticas integrales intensivas I” los alumnos efectúan las siguientes actividades prácticas: realización de entrevistas clínicas;

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

análisis de estudios complementarios; valoración gerontológica integral; evaluación y atención del paciente depresivo; evaluación cardiológica para la realización de diagnósticos diferenciales; reconocimiento de trastornos respiratorios, evaluación y atención de cuadros gastrointestinales y de patología neurológica; detección de problemas nefrourológicos, endocrinológicos y hematológicos; examen del aparato locomotor; abordaje del anciano con demencia; realización de exámenes neurológicos y neurocognitivos; valoración del anciano con delirium; atención del paciente añoso con enfermedad terminal; atención y cuidados de fin de vida y detección de iatrogenia medicamentosa.

En el curso de “Prácticas integrales intensivas II” los alumnos realizan entrevistas clínicas al anciano en su contexto familiar, con síntomas y trastornos respiratorios, cuadros gastrointestinales y patología neurológica; evaluación cardiológica para la realización de diagnósticos diferenciales; abordaje del paciente inmóvil; atención del anciano con demencia y con delirium; valoración del equilibrio y riesgo de caídas y detección de iatrogenia medicamentosa.

En el marco de las “Prácticas integrales intensivas III” los alumnos evalúan pacientes y propuestas de rehabilitación; realizan valoraciones socio-ambientales; abordaje del anciano en instituciones de larga estadía; aplicación de herramientas de valoración y diseño de planes de atención; realización de interconsultas; abordaje de cuadros agudos (deshidratación, trastornos hidroelectrolíticos); atención de diabetes compensada y descompensada; abordaje de la crisis hipertensiva y elaboración de planes terapéuticos para pacientes con Accidente Cerebrovascular .

En las 160 horas de ateneos, los alumnos exponen y analizan casos clínicos.

La modalidad de evaluación final consiste en un trabajo final individual, que debe dar cuenta de la integración de los conocimientos adquiridos.

En las modalidades formativas 1 y 3 ,se establece que para ingresar el aspirante debe contar con título de médico expedido por una universidad argentina o extranjera, reconocida oficialmente en el país de origen y revalidado o convalidado por las autoridades de la República Argentina de acuerdo a la normativa vigente.

Asimismo, el aspirante debe contar con experiencia previa de al menos 3 años en Clínica Médica o Medicina Familiar.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Los aspirantes deben mantener una entrevista con el Director de la carrera y acreditar conocimientos de idioma inglés.

-Objetivos generales de la Especialidad :

1. Desarrollo de un sistema asistencial a todos los niveles que atienda las alteraciones y los problemas médicos sociales de los ancianos que de forma aguda o subaguda presentan como rasgos comunes la pérdida de la independencia física o social.
2. Organización de una atención prolongada a los ancianos que así lo necesiten.
3. Movilización de todos los recursos para devolver a la comunidad el mayor número de pacientes posible.
4. Investigación, docencia y formación continuada tanto de sus propios especialistas como del resto de profesionales relacionado con la Especialidad.

-Objetivos específicos de la Especialidad :

- Identificar y apoyar a profesores especializados en promover la capacitación e investigación en geriatría dentro de sus propias disciplinas profesionales.
- Ayudar a los organismos de certificación profesional y las sociedades profesionales y a las Universidades a mejorar la capacidad de los profesionales para atender a los adultos mayores.
- Mejorar el conocimiento y la experiencia en Geriatría de cirujanos practicantes y médicos de otras especialidades a través de la educación médica continua, el mantenimiento de los programas de certificación y las medidas de calidad que ayudan a mejorar la atención que brindan a los adultos mayores frágiles.
- Mejorar la cantidad y la calidad de la educación en geriatría recibida por los alumnos especializados.

-Acreditación de Unidades Docentes

Los Centros que imparten formación especializada deben reunir requisitos previos en relación con los criterios de acreditación marcados por las comisiones de

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Especialidades (por ejemplo la Especialización en Geriatría que se dicta en la Universidad Maimónides, se acredita cada seis años a través de CONEAU (Comisión Nacional de acreditación Universitaria) y finalmente deberán ser autorizados por los Ministerios de Salud Pública y Educación .

Estos organismos exigen cumplir con una serie de parámetros en las siguiente áreas:

1. Estructura física con existencia de ámbitos asistenciales: unidades de hospitalización, hospital de día, consultorios externos, programas domiciliarios, unidades de larga estancia .
2. Recursos humanos en cada estructura con suficiente número de especialistas, personal de enfermería, rehabilitación y trabajo social.
3. Recursos materiales.
4. Estructura docente con existencia de Comisión Local de Docencia y tutores.
5. Actividad asistencial con un número acreditado de pacientes en los distintos ámbitos asistenciales.
6. Actividad docente científica e investigadora.
7. Tener un numero de graduados proporcional al número de ingresantes.
8. Demostración de la trayectoria de los graduados en la Especialidad .

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Referencias bibliográficas

- Fontanals MD, Martínez F, Valles E. Evaluación de la atención Sociosanitaria en Cataluña. La experiencia del programa “Vida als anys”. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1995; 30: 189-198.
- Hazzard WR, Barry PP, Wey JI et al. Geriatrics Curriculum Development Conference and Initiative. *Am J Med* 1994; 97: 6-54.
- González Montalvo JI. Alternativas a la hospitalización convencional en el anciano. En: Del Llano J, Ortún V, Martín JM, Millán J Gené J (eds.). *Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Barcelona: Masson, 1998; 372-394.
- Guillén Llera F. La asistencia geriátrica. Una respuesta estructurada a los problemas de salud del anciano. Historia y conceptos. En: Rivera JM, Gil P (eds.) *Atención al anciano en el medio sanitario*. Madrid: Editores Médicos S. A., 1998; 25-38.
- Guillén F, Rivera JM. Situación y perspectivas de la asistencia geriátrica hospitalaria en España. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997; 32: 236- 238.
- Guillén Llera F, Ribera Casado JM. *Geriatría XXI Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España*. Madrid: EDIMSA, 2000.
- INSALUD. Secretaría General. *Criterios de Ordenación de Servicios para la Atención Sanitaria a las Personas mayores*. Madrid: INSALUD, 1995.
- Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales. *Plan Gerontológico*, 1993.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Subdirección General de Planificación y Ordenación de Recursos Humanos. *Guía de formación de especialistas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996.
- Organización Médica Colegial. *Médicos Especialistas en España*. Madrid: Organización Médica Colegial, 1995.
- Organización Mundial de la Salud. *Planificación y Organización de los servicios Geriátricos*. Ginebra: Organización Mundial de la salud, 1974.
- Organización Mundial de la Salud. *Planificación y Organización de los servicios Geriátricos*. Serie de Informes Técnicos, 549. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1974.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

- Salgado A. Geriátría. Historia, definición, objetivos y fines, errores conceptuales, asistencia geriátrica. *Medicine* 1983; 50: 3235-3239.
- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Documento sobre Salud y Asistencia Sanitaria. *Revista Española de Geriátría y Gerontología* 1994; 29 (Supl 2): 35-38.
- Subdirección General de Servicios Técnicos. INSERSO. Las personas mayores en España. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1995.

Factores Psicológicos asociados a Demencias

Alicia B Kabanchik

Abstract

Se desarrolla la relación de los factores psicológicos asociados a las demencias degenerativas tardías a partir de la investigación en 153 personas con y sin demencia que hayan padecido situaciones vitales críticas y cómo ellas fueron procesadas ;en los casos de pacientes con demencia hasta dos años antes de la aparición de la enfermedad. Evaluamos el procesamiento mental frente a las situaciones críticas vitales, si respondieron con un Duelo Normal o Patológico. Se analizan los aportes de la Escuela Psicosomática de Paris con los conceptos de: depresión esencial, pensamiento y vida operatoria y desorganización somática, los aportes del psicoanalista Gerard Le Goues y del Psicogerontólogo Louis Ploton.

Esta investigación se realizó para la Tesis Doctoral UBA 1996.

Introducción

Durante mi trabajo hospitalario en consultorios externos de Salud Mental, área adultos mayores ,las consultas relacionadas con deterioros cognitivos eran muy frecuentes debido a que el área de neurología es un centro de referencia de trastornos cognitivos. Si el paciente consultaba por trastornos de conducta generalmente lo hacía en el Servicio de Salud Mental luego era derivado al Servicio de Neurología y viceversa .Durante esos años al realizar Historias Clínicas con el paciente y /o su familia me llamo la atención que relataran situaciones vitales críticas muy significativas de su vida previo a la aparición de la enfermedad en casos de demencias degenerativas tardías , situación que motivó mi Tesis Doctoral UBA 1996 denominada *Factores Psicológicos asociados a las demencias degenerativas Irias tardías* .Se investigaron 153 personas de ambos sexos con y sin demencia con el objetivo de establecer si previo al inicio de la demencia existieron situaciones vitales críticas que no fueron

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

adecuadamente elaboradas. Dado el alto porcentaje de duelos que ocurren a partir de la mediana edad el problema residía en saber si el tipo de duelo que realiza un sujeto frente a un terreno orgánico predisponente, podía estar asociado a la aparición de la demencia por proceso degenerativo o si el mismo es independiente del desencadenamiento de la enfermedad. En esta etapa de la vida la elaboración de los duelos no sólo se ve perturbada en el paciente y agravada si su estructura de personalidad es narcisista, sino por la familia y la sociedad. Es frecuente que ante una pérdida reciente, ej.: cónyuge, los hijos concurren desesperados a la consulta solicitando medicación, que en el caso que sea dada sólo sirve para obturar un proceso de duelo. Son los hijos quienes no toleran ver llorar al viejo y acompañarlo en su dolor, y buscan una rápida salida a través de la medicación. Así mismo es frecuente que la sociedad rotule de senil al viejo que llora. Si los adultos no lloran, menos aún los viejos, parecería ser el axioma. La elaboración de los duelos es poco tolerada por la familia y la sociedad siendo agravado si se es viejo.

Escuela Psicosomática de Paris Pierre Marty

Aplicando diferentes conocimientos como los aportes teóricos sobre psicosomática, basados principalmente en la Escuela Psicosomática de París - P. Marty, donde se plantean los conceptos de Depresión Esencial, Pensamiento Operatorio y Desorganización Progresiva, y habiendo realizado junto con un grupo de colegas trabajos de investigación sobre la Entrevista Ampliada, 1990 una modalidad de abordaje del paciente psicosomático, y sobre Modelos Interpretativos en el Paciente Psicosomático nos planteamos el siguiente problema:

¿Han cursado los pacientes con Demencias Degenerativas, previamente a la aparición de la enfermedad, por situaciones vitales críticas a las que respondieron con Depresión Esencial?

La mayor parte de los trabajos de psicopatología asociados a las demencias versan sobre las manifestaciones sintomáticas psicopatológicas una vez instalado el síndrome demencial. P. Marty retoma la clasificación de Freud en Psiconeurosis y Neurosis actuales de Neuropsicosis de defensa (1894). Define a las primeras como afecciones psicógenas cuyos síntomas son la expresión simbólica de un conflicto psíquico que tiene sus raíces en la historia infantil del sujeto y constituyen compromisos

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

entre el deseo y la defensa. La extensión del concepto de neurosis ha variado, actualmente el término cuando se utiliza solo, tiende a reservarse a aquellas formas clínicas que pueden relacionarse con la neurosis obsesiva, la histeria y la neurosis fóbicas. Neurosis Actual: tipo de neurosis, que Freud distingue de las psiconeurosis: el origen de las neurosis actuales no debe buscarse en los conflictos infantiles, sino en el presente, los síntomas no constituyen una expresión simbólica y sobre determinada sino que resultan directamente de la falta o inadecuación de la satisfacción sexual. Freud incluyó en las neurosis actuales la neurosis de angustia y la neurastenia, y más tarde propuso añadir la hipocondría.

La Escuela Psicosomática de París -Pierre Marty ha estudiado las alteraciones del aparato mental en el desencadenamiento de las enfermedades psicosomáticas, encontrando que el mismo presenta un bajo nivel de mentalización al modelo de las neurosis actuales. Sobre la Insuficiencia comprobada del Funcionamiento Mental nos dice P. Marty (1992):” El mérito de los psicosomatólogos franceses consistió en continuar sus investigaciones en la hipótesis de una construcción incompleta o de un funcionamiento atípico del aparato psíquico de los enfermos somáticos, diferentes de la construcción y del funcionamiento del aparato psíquico de los neuróticos mentales. Así fue como aparecieron los nuevos conceptos nosográficos de Pensamiento Operatorio (1962-1963), de Depresión Esencial (1966) y de Desorganización Progresiva (1967).”

Pensamiento Operatorio (Marty P, M'Uzan M (1962-1963.) “Las actividades fantasmáticas y oníricas permiten integrar las tensiones pulsionales y de este modo protegen la salud física individual; el Pensamiento Operatorio, pone en evidencia la carencia funcional de estas actividades y va naturalmente a la par de las perturbaciones somáticas. El Pensamiento operatorio es consciente, sin ligazón con los movimientos fantasmáticos, duplica e ilustra la acción, no utiliza mecanismos mentales neuróticos o psicóticos, orientado hacia la realidad, se aferra a cosas y no a conceptos abstractos, ni a productos de la imaginación o a expresiones simbólicas. En 1980 la noción de “Vida Operatoria” reemplaza relativamente a la de Pensamiento Operatorio tendría en cuenta la disminución del pensamiento frente a la importancia adquirida por los comportamientos. Las escasas representaciones que parecen existir son pobres repetitivas y llevan impreso el sello de lo actual y de lo fáctico, la vida operatoria ligada a la depresión esencial, constituye una etapa de relativa cronicidad, una disposición

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

frágil, un estado inestable que se instala en el curso de una desorganización progresiva lenta, la alimentación, el sueño, las actividades sexuales y agresivas quedan reducidos al estado de funcionamientos automáticos“

Depresión Esencial (Marty .P. 1963, 1966,1980) 1963: “Son depresiones sin objeto, ni autoacusación, ni siquiera culpabilidad consciente, donde el sentimiento de desvalorización personal y de herida narcisista se orienta electivamente hacia la esfera somática, tal cuadro pone en toda su evidencia la relación con la precariedad del trabajo mental”. 1966: “La depresión psicósomática, a la que en ocasiones he llamado depresión sin objeto en definitiva sería mejor llamarla Depresión Esencial, puesto que ella constituye la esencia misma de la depresión, a saber, la disminución de nivel del tono libidinal sin contrapartida económica positiva alguna” Esta sintomatología depresiva se define por:” la falta de borramiento, en toda la escala, de la dinámica mental (desplazamientos, condensaciones, introyecciones, proyecciones, identificaciones, vida fantasmática y onírica. No encontramos, dentro de esta depresión “correcta”, el “aferramiento libidinal” regresivo y ruidoso de otras formas de depresiones neuróticas o psicóticas. Sin contrapartida libidinal, pues, la desorganización y la fragmentación que sin duda sobrepasan el dominio mental, el fenómeno es comparable al de la muerte, donde la energía vital se pierde sin compensación. Menos espectacular que la depresión melancólica, ella conduce más seguramente a la muerte. El Instinto de Muerte es señor y dueño de la depresión esencial.” El tiempo vivido en la depresión esencial es cada vez más nefasto para los sujetos,1980.: “La depresión esencial se establece cuando sucesos traumáticos desorganizan algunas funciones psíquicas desbordando sus capacidades psíquicas de elaboración. ...“Las angustias difusas suelen preceder a la Depresión Esencial. Automáticas invasoras traducen el desamparo profundo del individuo,. El Yo sobrecargado pone de manifiesto así su desorganización. La angustia ha dejado de representar la señal de alarma. Ella es la alarma, estas angustias difusas reproducen un estado arcaico de desbordamiento. El Yo cumple a duras penas sus papeles de ligazón, de distribución y de defensa, se encuentra aislado de sus fuentes y desorganizado La desaparición de los sentimientos de culpabilidad inconscientes constituye uno de los principales signos de la depresión esencial La ausencia de comunicación con el Inconsciente constituye una verdadera ruptura con la propia historia del sujeto. Lo fáctico y lo actual se imponen y están a la orden del día.”

Desorganización Progresiva (Marty P 1967, 1976 y 1980) 1967“Destrucción de la organización libidinal de un individuo en un momento dado. Corresponde en parte al concepto freudiano de “desintrincación” y el calificativo “progresiva” pone en evidencia que el movimiento retrógrado no es jamás frenado por ningún sistema regresivo válido. En la mayoría de los casos, la desorganización culmina en un proceso de somatización. Los fenómenos clínicos son una de las manifestaciones más claras del instinto de muerte” En 1976 “La desorganización se desenvuelve según un proceso contrario al de la organización evolutiva. Al mismo tiempo se comprueba una desaparición de la jerarquía funcional y una dispersión de las funciones anteriormente asociadas. Sobrevienen, por último las desorganizaciones de funciones somáticas cada vez más arcaicas en el plano evolutivo, cada vez más fundamentales en el plano vital. El proceso puede encaminarse así hacia la destrucción de los equilibrios primarios de la vida individual. Las neurosis de carácter son señaladas desde 1967 como terreno electivo de la desorganización progresiva.” 1980“...traumatismos desorganizadores del aparato mental (que implican la posibilidad de desorganizaciones somáticas) de los cuales un gran número puede ser considerado desde el ángulo de la pérdida objetal pura, desde el ángulo del duelo no elaborado. “

Principios de las Somatizaciones 1992 “La perspectiva de adaptación del adulto a sus condiciones de vida incita a desprender arbitrariamente en él tres campos esenciales, susceptibles de movilización diferente según los sujetos: el del aparato somático, de esencia arcaica y funcional se encuentra poco dispuesto a tolerar desviaciones importantes de su sistemática, el del aparato mental el más sujeto en teoría, a regresiones y a reorganizaciones, y el de los comportamientos, siempre presentes con ocasión del desarrollo, y finalmente más o menos unidos, y hasta sometidos, al orden mental. Cuando la disponibilidad combinada del aparato mental y de los sistemas de comportamiento se encuentra desbordada, puesta en jaque por una situación nueva, es el aparato somático el que responde. El rebasamiento de las posibilidades de adaptación corresponde, en psicósomática, a la noción de traumatismo.. Son ejemplos de traumatismos: pérdida de un ser querido, de una función profesional o familiar, de una relación amistosa o sexual, de un grupo al que se pertenecía , de un sistema de vida anterior, de una libertad, de una función fisiológica (como la menopausia, la amputación), o mental (como el envejecimiento), de un funcionamiento sexual, de una

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

actividad deportiva, de un proyecto de trabajo, o de vacaciones, pero también figuración fantasmática, con ocasión de un hecho apenas sensible, de algunas de las pérdidas precedentes. Desde el punto de vista económico, Las situaciones traumatizantes provocan sea un aflujo de excitaciones instintuales (pulsionales en el nivel del aparato mental), sea una caída de la tasa de excitaciones, sea una combinación de los dos fenómenos, amenazan desorganizar los aparatos funcionales, la desorganización tiende a difundirse (en un sentido que es inverso al desarrollo globalmente) en tanto que ella no encuentre un sistema susceptible de frenarla. Los traumatismos afectan en primer lugar al aparato mental, que busca así dar trámite en el interior de sí mismo a la variación de excitaciones que aquellos provocan. De esta manera, el aparato mental bloquea, taponaa y atempera o no los movimientos de desorganización antes que lleguen al terreno somático. Un aparato mental maduro, que se basa en una organización adecuada de los dos sistemas tópicos freudianos, que más allá de los mecanismos de condensación y desplazamiento movilice con permanencia las representaciones preconcientes de los diversos niveles del desarrollo y las anime haciendo resurgir los conflictos ligados a la castración y al Edipo gracias a la presencia del Super-Yo post edípico, que utilice los movimientos de interiorización y de proyección, que pueda elaborar los duelos y que se detenga también en regresiones que alcancen parcialmente fijaciones anteriores, tiene todas las posibilidades de ver que el efecto desorganizador inicial de los traumatismos se agota y se pierde antes que pueda alcanzar la esfera somática.. Las excitaciones pueden elaborarse dentro del aparato psíquico y expresarse en rasgos de carácter y de comportamiento. Los obstáculos para el flujo adecuado de las excitaciones se presentan habitualmente dentro del aparato mental, sea por una insuficiencia original del sistema preconciente de las representaciones, sea por una desorganización psíquica debida a la fragilidad de ese sistema, sea por inhibición, evitaciones, o por supresiones de las representaciones, sea por la prevalencia de un Yo Ideal que estorbe toda regresión, en el nivel de los comportamientos, sea por imposibilidades o por insuficiencias funcionales (sobre todo sensorio motoras), sea por inhibiciones, por evitaciones, o por supresiones de las conductas eróticas y agresivas constituyen el problema central de las somatizaciones” “El *fin* de las somatizaciones corresponde al fin de los movimientos desorganizadores al fin de la depresión esencial que ha desencadenado ,mantenido agravado y complicado esas enfermedades ”Marty 1992

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Investigación

Estudiamos grupos de personas con y sin demencia que hayan padecido situaciones vitales críticas y cómo ellas fueron procesadas En los casos de pacientes con demencia hasta dos años antes de la aparición de la enfermedad. Evaluamos el procesamiento mental frente a las situaciones críticas vitales, si respondieron con un Duelo Normal o Patológico a través de historias clínicas estructuradas, semiestructuradas, y no estructuradas con el paciente y/o la familia .En los casos de pacientes con demencia hasta dos años antes de la aparición de la enfermedad. Evaluamos el procesamiento mental frente a las situaciones críticas vitales, si respondieron con un Duelo Normal o Patológico a través de historias clínicas estructuradas, semiestructuradas, y no estructuradas con el paciente y/o la familia, la utilización de la escala para evaluar la intensidad del estrés psicosocial: adultos Recordemos que se habían estudiado 153 personas durante los períodos 92/93/94 de ambos sexos con y sin demencia. Los pacientes con demencia fueron estudiados en el Servicio de Psicopatología del Hospital Donación Francisco Santojanni, Área Mediana Edad y Vejez, con evaluación del Área de Trastornos Cognitivos del Servicio de Neurología del mismo Hospital y las no demencias en el Club de Jubilados 14 de Abril sito en la calle Avalos 1036 de Cap. Fed. De los 60 pacientes con demencia, 34 eran mujeres y 26 hombres y de los 93 sin demencia, 60 eran mujeres y 33 hombres. A todos se les aplicó la evaluación psicopatológica a través de entrevistas estructuradas, semiestructuradas y no estructuradas y la Escala de intensidad del estrés psicosocial: adultos. Se evaluó el grado de Mentalización del aparato psíquico, la presencia de Depresión Esencial, la Desorganización Progresiva, la reacción frente al estresante, los criterios diagnósticos de acuerdo al DSM-IV y a la Escala de intensidad del estrés psicosocial: adultos para verificar a qué grado de respuesta al estresante correspondían las demencias y no demencias. Al final de la recolección de datos se contó con personas cuyas edades oscilaron entre 53 y 85 años, no hallándose diferencias significativas con relación a la edad. El predominio fue del sexo femenino, en cuanto al estado conyugal, el menor porcentaje de demencias correspondió a mujeres casadas y en las no demencias a viudas y en los hombres en ambos grupos a casados. Un alto porcentaje, 50% de la muestra de mujeres con demencia, tenían escolaridad primaria completa y las no demencias en 76,7%, en los hombres con demencia 38,5% tenían escolaridad primaria completa y 63,6% en los hombres sin demencia, con muy bajo porcentaje de educación universitaria 7,7% en hombres con demencia, 3% en hombres sin demencia y 5,9% en

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

mujeres con demencia y 1,7% en mujeres sin demencia, no mostrando diferencias significativas. La ocupación fue de amas de casa en su mayor porcentaje para las mujeres con y sin demencia, y de comerciantes dependientes/independientes en los hombres. En un mayor porcentaje la intensidad del estrés psicosocial correspondió a moderado en los cuatro grupos y la distribución del tiempo entre el estresante y el síntoma memoria fue menor en las mujeres que en los hombres. En las mujeres con y sin demencia el estresante fue la viudez y en los hombres con y sin demencia la jubilación. En lo que se refiere a la presencia de depresión y la Enfermedad de Alzheimer, la bibliografía internacional plantea diferentes situaciones. En lo que respecta a los factores de riesgo relacionados con estrés y depresión los estudios son controvertidos. Interpretamos que los estudios son divergentes porque no han tenido en cuenta sobre qué aparato psíquico incidió el estresante, si estuvo suficientemente mentalizado, si hubo proceso de duelo, desorganización funcional, depresión esencial, es decir cómo reaccionó psíquicamente esa persona a los hechos traumáticos y la relación temporal de la aparición de la demencia. Creemos que el desarrollo del Síndrome Demencial es posible si las condiciones de disposición (genética, vivencias infantiles) y los traumatismos siguiendo el concepto de S. Freud de Series Complementarias, están dadas. Es decir, no serían en sí la intensidad de los estresores ya que en las cuatro muestras los resultados fueron moderados, sino la capacidad elaborativa del sujeto a través de un aparato psíquico suficiente y adecuadamente mentalizado. Es por ello que suponemos que si el paciente pudiera acceder a la consulta durante las primeras etapas de desorganización psíquica, a través de un trabajo psicoterapéutico, tal vez podría retardar la aparición de la enfermedad, ya que este tipo de tratamientos pueden ayudar a los sujetos a salir de la fragmentación funcional y aislamiento acompañado de tratamiento médico adecuado. En síntesis, cuando comenzamos esta investigación pensábamos que la importancia estaba en los procesos de mentalización del individuo frente a los estresantes y no a ellos mismos como se corroboró en este trabajo.

En función de los resultados obtenidos, se consideró que la importancia de los factores estresantes previos a la aparición de las demencias degenerativas primarias, residiría en la capacidad elaborativa del aparato psíquico del sujeto y no en el grado de intensidad del estresante. Siguiendo el concepto de series complementarias, estos estresores interactuarían con factores genéticos e inmunológicos y vivencias infantiles. Por lo

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

tanto suponemos que si el sujeto poseería mayor plasticidad y capacidad elaborativa dentro de los límites que él tolerase, las posibilidades de somatización serían menores o los mismos se retardarían.

Otros aportes psicoanalíticos

G-Le Goues 1991 más centrados en el abordaje terapéutico Le Goues plantea que en el demente una parte de su aparato psíquico vive mientras la otra muere aborda la psicoterapia del demente hasta la psicosis“ El demente responde bajo la forma de un despertar del deseo a condición que el interlocutor esté preparado para acogerlo La atención del analista anima a la transferencia positiva ,reanima las pulsiones de vida aun presentes ,el funcionamiento mental es sostenido por un pensamiento pre- verbal el saber afectivo un bienestar que pone en palabras .

. El pensamiento dice Freud parte de la pulsión es un encadenamiento de procesos en seno del cual la representación aparece como una malla en la cadena del pensamiento reflexivo Solicitando afectivamente a un demente se reactiva un afecto que moviliza una representación La línea afectiva guarda coherencia a diferencia del discurso manifiesto Aquí se infiltra la personalidad Si la reanimación mental no dura más que el tiempo de sesión el clima agradable persiste, el objeto interno se desmiembra el material perceptivo sensorial es un soporte En una organización mental regresiva y deteriorada el afecto no encuentra su representación más que si esta investida por un 3ro alterna con niveles de organización diferentes el reencuentro se desarrolla como un romance de ternura”

Ploton L (1996-2011)” La persistencia de una vida afectiva y emocional es ampliamente reconocida entre las personas con demencia -Es de importancia distinguir: quien sufre quien pregunta quien tiene síntoma, saber que hay vínculos privilegiados psicoemocionales de solidaridad inconsciente entre la familia y el paciente « .

« La investidura activa es un recurso terapeutico para la renarcisacion y reafierentacion del paciente demenciado «

Conclusion

Establecer con el paciente demente un vínculo humano respetuoso y afectivo de valorización y reconocimiento de los aspectos conservados y no solo los deficitarios nos permitirá comprenderlo, mejorar su calidad de vida ,la de su familia y seguir investigando acerca de los factores psicológicos asociados a una enfermedad que hoy es epidemia mundial.

Referencias bibliográficas

- Grupo de Investigación de Psicopatología de la Asociación Escuela Argentina
- Psicoterapia para Graduados Coord. D'Alvia R, Maladesky A . Integrantes Kabanchik
- A.Sivak R, Morales C, et al . La Entrevista Ampliada. Una Modalidad de Abordaje
- del paciente psicopatológico Rev. de Psicoterapia Psicoanalítica Uruguay T3 N°2, 1990.
- Kabanchik A. Tesis Doctoral Fac Medicina UBA Factores Psicológicos asociados a las demencias degenerativas tardías 1996.
www.aliciakabanchik.com.ar
- Freud S Las neurosis de defensa Tomo III pp 41-69 .1894.Ed Amorrortu
- Marty P. La psicopatología del adulto Amorrortu editores 1992 Argentina
- Marty P, M'Uzan La pensee operateires Revue Française de Psychanalyse .Vol 27 n° especial 1963
- Marty P, La desorganisation progressive Revue Française de Psychanalyse Vol 31 N° 5-6 1967
- Marty P La depression essentielle Revue Française de Psychanalyse.Vol 32 N°31966 Marty P L'ordre psychosomatique Edité par Payot (1980)
- Marty P, M'Uzan M David Ch. L'investigation psychosomatique Presses Universitaires de France 1963
- Marty P Les mouvements individuels de vie et de mort .Essai d' économie psychosomatique t1 Paris Payot 1976

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

- Le Goues G. Le Psychanalyste et le Vieillard Presses Universitaires de France 1991
- Ploton L Maladie d' Alzheimer A l'ecoute d' un langage. Cronique Sociale.Lyon 1996
- Ploton L Ce que nous enseignent les malades d' Alzheimer ,surla vie affective la comunication ,l'institution .Cronique Sociale. Lyon 2011 2 edition

Vejez y sexualidades disidentes: la hora de la visibilización.

Walter Giribuela

*“Estaba ordenando mis papeles marchitos, el tintero,
la pluma de ganso, cuando el sol estalló entre los almendros del parque.
Era por fin la vida real, con mi corazón a salvo
y condenado a morir de buen amor en la agonía feliz
de cualquier día después de mis cien años”*

Gabriel García Márquez, *Memoria de mis putas tristes*

Has recorrido un largo camino

Desde hace tiempo ya, el tema otrora tabú de la sexualidad en la vejez dejó de ser tal. En diferentes espacios -profesionales, de divulgación, institucionales, académicos- comenzó a hablarse de la “normalidad” que implicaba pensar a las personas en situación de vejez como *sujetos deseantes* que ejercían su sexualidad. Y esto fue así porque las intersecciones entre vejez y ejercicio sexual se convirtieron en motivo de consideración y ocupación tanto de la *sociología espontánea* (Bourdieu, Chamboredon & Passeron, 1994) como del pensamiento científico. La *sociología espontánea* se evidencia, entre otras formas, en el sinfín de discursos injuriosos camuflados bajo el género discursivo de *chiste* que tienen como protagonistas a sujetos añosos en relación con su sexualidad. Es muy habitual oír relatos que se suponen hilarantes en los que un personaje mayor intenta algún intercambio sexual con otra persona, generalmente más joven. A partir de esa situación, se sucede una serie de episodios que ponen al primero en una situación cercana al ridículo a partir de la que se transforma, sin más, en causa de burla y desacreditación, aunque siempre teñida por una discutible intención humorística. Si, como sostenía Freud, “el chiste es un juicio que se juega” (1991:12), quedan en evidencia las representaciones que posee el goce sexual en la vejez en extensos sectores de nuestra sociedad. Tal como sostiene Simone De Beauvoir,

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Si los viejos manifiestan los mismos deseos, los mismos sentimientos, las mismas reivindicaciones que los jóvenes, causan escándalo; en ellos el amor, los celos parecen odiosos o ridículos, la sexualidad repugnante, la violencia irrisoria (2012: 10).

Por su parte, el pensamiento científico también presentó, desde tiempos remotos, una preocupación por la relación entre sexualidad y vejez que mucho aportaron a la construcción de una mirada particular sobre el tema. Ya hacia fines del siglo XIX, Charles Edouard Brown-Séquard lograba cautivar al auditorio del College de Francia al informar que, gracias a inyectarse extractos endocrinológicos obtenidos de testículos de perros, había logrado recuperar la vitalidad sexual perdida. En el comienzo de su alocución decía: “Siempre he pensado que la debilidad de los ancianos se debía, en parte, a la disminución de la función de sus glándulas sexuales. Tengo 72 años. Mi vigor natural ha declinado considerablemente en estos últimos 10 años”, para luego exponer los avances de su supuesto descubrimiento, tiempo después descartado por el mundo científico. En el pasaje señalado puede observarse que les atribuía a las personas viejas la característica de la debilidad, que además quedaba directamente vinculada al aspecto sexual. Otros investigadores se ocuparon también de la genitalidad en la vejez, especialmente desde una perspectiva medicalizadora: si era necesaria la medicalización, quedaba clara la posición patologizante que se le adjudicaba a la sexualidad en la vejez, algo que acarrearía un fuerte impacto en el imaginario colectivo, especialmente en momentos en los que, como señalamos, el discurso sexual era patrimonio exclusivo de la medicina.

Los cambios de perspectiva comienzan a observarse mucho después, ya que incluso corrientes del pensamiento que realizaron importantes aportes al estudio de la sexualidad, como el Psicoanálisis, por ejemplo, desatendieron a esta franja de la población. Es recién en la década del ‘70, en el siglo XX, que comienza a verse la relación entre sexualidad y vejez desde otra perspectiva, mayormente relacionada con una crítica al *viejismo* (Salvarezza: 1991) y desde una perspectiva anti discriminatoria. Este cambio de configuración se observa como un proceso lento, especialmente por la carga moral negativa que, basada en los prejuicios, anclaba como indisolubles las ideas de sexualidad en la vejez con las de anormalidad, patología y perversión. Pasadas varias décadas, estas

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

representaciones aún instaladas en el imaginario, acusarían un nuevo impacto tendiente a su deconstrucción con la aparición del *citrato de sildenafil* (popularmente conocido como “viagra”, una de sus marcas comerciales) que permitió la prolongación de la vida sexual activa en varones que antes la veían limitada, entre otros factores, por el etario. Si bien con el paso del tiempo su administración dejó de asociarse exclusivamente con la población en situación de vejez, el hecho de que sea una medicación la que permitió la extensión de la vida sexual activa no aportó a la desvinculación de la relación existente entre vida sexual, vejez y patología, sino por el contrario, a la consolidación de ese vínculo.

De “enclosetados” a pioneros

Aun cuando para algunos sectores de nuestra compleja sociedad la relación entre vejez y sexualidad se presenta como un tema controversial, considerar que las personas viejas son sujetos sexuales -como lo son todas las personas a lo largo del curso de la vida- es un tema que hoy se ha vuelto irrefutable. Sin embargo, este cambio en el régimen de mirada no fue homogéneo: los inicios de la des-estigmatización de la sexualidad en la vejez alcanzó, en sus fases iniciales, solamente a una orientación sexo-genérica: la heterosexual. Así, al mismo tiempo que tímidamente se comenzaba a dejar por fuera del campo semántico de la patología, la perversión o la anormalidad a la sexualidad en la vejez -a la sexualidad heterosexual en la vejez, en realidad- se invisibilizaba o, peor aún, se estigmatizaba³ a todas aquellas personas que, siendo viejas, sostenían una orientación sexual alejada de la heteronormatividad y, por lo tanto, contra-hegemónica.

Es relativamente reciente, entonces, la posibilidad de reflexionar sobre la homosexualidad en la vejez en ciertos ámbitos. Este ejercicio, el de la reflexión, es novedoso, pero no lo es el objeto respecto del cual se ejerce, ya que personas homosexuales en situación de vejez hubo siempre. La diferencia es que antes debían ser ocultadas, “disimuladas” por dos cuestiones que no podemos desatender: la primera, de

³ Los planteos realizados por Goffman son clarificadores en este sentido. El autor define un *estigma* como “un atributo profundamente desacreditador [...] una clase especial de relación entre atributo y estereotipo” (1989: 16). Así, se estigmatiza a un sujeto (y, generalmente a un grupo de sujetos) cuando se le atribuye una cualidad negativa que, además, se constituye en una marca identitaria totalizante pero, sobre todo, identificable a simple vista. Los *sujetos estigmatizables*, en cambio, son aquellos que llevan consigo una marca no visible, pero potencialmente descubrible por otros.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

índole general, es la que se relaciona con las representaciones sociales que estaban instaladas en la sociedad -y, por ello, en el mundo profesional- sobre cierto tipo de “asexualidad” en la vejez como un aspecto normal, sano y esperable, y que no es más que una de las múltiples caras del *viejismo*. La segunda se vincula con el imaginario que existía respecto de la diversidad sexual en general y que ubicaba a cualquier práctica que se apartara de la heterosexualidad en el campo de lo enfermo, desviado o, incluso, delictivo. El cruce entre ambos aspectos, homosexualidad y vejez, daría como resultado un escenario tendiente al ostracismo, la burla o el escarnio social.

Los cambios que, desde fines del siglo pasado comenzaron a asomarse en la sociedad y que desembocaron en un progresivo cambio de mirada respecto de la diversidad sexual⁴ influyeron también en las personas que transitaban la vejez. Estas personas tienen el dudoso privilegio de conformar la primera generación que, socializada en un mundo en el que la orientación sexual no heterosexual debía ser ocultada y silenciada, se encuentran hoy transitando una vejez en la que tal requerimiento comienza a vislumbrarse como perimido e, incluso, que valoriza positivamente la visibilidad y los relatos biográficos de quienes han sobrevivido a aquellas épocas de persecución, hostigamiento y ocultamiento. Esto los convierte en *pioneros* de una época marcada por un mayor respeto por las diferentes formas en que transmuta el deseo, pero también en ser la primera generación de *sobrevivientes* de una historia enmarcada en un mundo en el que todo aquello que no comulgara con la heteronormatividad pretendidamente obligatoria (Sedgwick,: 1998) era objeto de sanción social y moral.

Para poder comprender cómo viven hoy su orientación sexo-genérica las personas LGBTIQ+⁵ es menester, a nuestro criterio, reconocer en sus historias vitales las características de un clima epocal, muchas veces emplazado en sus cuerpos, que dejó

⁴ Tales cambios pueden evidenciarse en la conquista de derechos que se obtuvieron a lo largo del actual siglo, y que en la Argentina se materializaron a través de políticas públicas y de avances legislativos. De entre ellos se destacan la reforma, en 2010, de la Ley de Matrimonio (popularmente conocida primero como *matrimonio gay* y luego, corrección política discursiva mediante, como *matrimonio igualitario*) y, dos años después, la Ley de Identidad de Género, que garantiza a la población el derecho de ser tratada e identificada por el género autopercebido, cualquiera sea su edad, y sin que se requiera una consulta o intervención psiquiátrica para ello.

⁵ LGBTIQ+ es la sigla con que se designa al colectivo autopercebido como lésbico, gay, bisexual, trans, intersexual y queer. La inclusión del signo + permite la incorporación de cualquier otra identidad no contemplada hasta el momento.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

huellas en ellos y que hoy puede ser resignificado. Durante gran parte del siglo pasado, etapa en la que las personas que hoy transitan sus vejez nacieron y desarrollaron la mayor parte de su ciclo vital, el ser homosexual era una membresía que aseguraba la pertenencia a un sector desacreditado, equiparado con la enfermedad mental y la anormalidad. Así las cosas, uno de los primeros aprendizajes adquiridos por las personas gays para sobrevivir a un mundo hostil era el requerimiento de pasar inadvertido, de no manifestar abiertamente su orientación sexual, de construir y sostener una doble vida que, si bien era una estrategia necesaria para hacer frente a la doble moral que se imponía por esos tiempos en la sociedad argentina respecto de la vida sexual, era vivenciada como una decisión autónoma -que, a todas luces, no era tal- de quienes eran, en realidad, las víctimas. De este modo, gran parte de las personas que hoy se encuentran en situación de vejez, estuvieron durante muchos años convencidos de que la “mentira” que habían construido sobre su sexualidad (ya desde el ocultamiento, ya desde la negación, ya desde la mentira llana) era una auto-imposición cuando en realidad se trataba de un requerimiento social para evitar el escarnio, el ostracismo, o ambos.

La experiencia de ser víctimas de insultos ante la sola sospecha de una orientación sexual diferente a la hegemónica, algo que Didier Eribon (2001) identificó como experiencias de “choques con la injuria” y que Judith Butler (2009) caracterizó magistralmente como “heridas del lenguaje”, junto a la eventualidad de la agresión física, provocó una estrategia de invisibilidad de la “diferencia” sexual que, en ocasiones y a modo de síntoma, se extendió a otras esferas de la vida cotidiana, incluso estructurándola. Una “identidad discreta” (Pecheny: 2005), que se había constituido en las etapas iniciales de la vida y consolidado en la adultez, sería la base sobre la cual se comenzarían a delinear, ya en la mediana edad, los cimientos sobre los que se construiría la vejez. Esta identidad estaba basada, además, en representaciones sociales que los sujetos mismos habían erigido e internalizado sobre la sexualidad no hegemónica. Estas representaciones hostiles eran completadas -y confirmadas- por las experiencias del tránsito por diferentes instituciones en que se desarrolla la vida cotidiana. Hospitales, escuelas, espacios políticos e incluso -incluso y especialmente- las familias, fueron verdaderas instancias expulsivas y hostiles hacia las personas LGBTIQ+, usinas de aprendizaje del ocultamiento necesario para sobrevivir. Son ellas las que operaron como instancias confirmatorias del requerimiento de la discreción,

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

como modo de evitar la reiteración de situaciones de homofobia y hostilidad física y psicológica.

A las representaciones negativas sobre la múltiples formas de sexualidad disidente deben sumarse otras, ampliamente extendidas y de igual signo, contra las personas viejas.

Esta combinación provoca un escenario particularmente hostil, dado que si bien cualquier tipo de opinión o actitud negativa respecto de una o varias personas por pertenecer a un grupo determinado es injustificada, los que vinculan a las personas viejas y a las personas LGBTIQ+ comparten la particularidad de su extensa profusión social. Si, como sostiene Byrne Fone, la homofobia cumple con el dudoso privilegio de ser “el último prejuicio aceptable” (2000: 557), la inclusión de la edad en éste podría provocar una mixtura especialmente estigmatizadora.

Al comprender las prácticas sexuales como “patrones de actividad sexual presentados [...] con suficiente consistencia como para ser predecibles” (OMS, 2000), no caben dudas respecto de que las representaciones sobre la vejez y la sexualidad, ya sean propias o asignadas a terceros, van a determinar cuáles de esas prácticas son esperables y cuáles no, transgrediendo de este modo una especie de pauta social supuestamente “natural”, pero que en realidad fue construida socialmente. En estas miradas sobre la sexualidad en la vejez, y particularmente sobre la sexualidad no heteronormativa en esa etapa, puede detectarse la influencia de la idea que sostiene la equiparación excluyente entre sexualidad y reproducción, algo que, en este caso, sería transgredido por doble vía: por la de la edad, y especialmente por la de la orientación sexual no heterosexual, que parece dejar por fuera de una práctica “adecuada” la vinculación entre actividad sexual y procreación. La influencia del discurso médico, respecto del que alertara Foucault (2010), hegemoniza la semiótica de la sexualidad arrogándose su exclusiva pertenencia y equipara esta etapa vital con la idea de decadencia y enfermedad. Si bien, tal como señalamos, comienzan a observarse modificaciones en estas ideas, las consecuencias de una socialización impregnada por estas cosmovisiones no dejan de impactar en las representaciones propias y de terceros sobre diversidad sexual y vejez.

Es importante destacar que los cambios epocales en los regímenes de mirada sobre las orientaciones sexo-genéricas implican la necesidad de adquirir (¿sostener?,

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

¿re-editar?) una importante habilidad adaptativa: la “vejez solitaria” como destino ineludible de la población gay hoy parece no ser tal y, si bien los cambios evidenciados son incipientes y parcialmente instalados a partir de cierto requerimiento del mercado de corrección política-discursiva, podemos postular que ese destino ineludible ya no es tal.

Lo anterior nos permite interpelar la idea estigmatizadora que postula una mala relación entre vejez y cambio. Estas personas han podido adaptarse a los cambios y deshacer, de cierta manera, el modo en que fue vivenciada su orientación sexo-genérica tiempo atrás.

Los acontecimientos y sucesos, que tienen carácter sedimental, se deben contemplar a la luz de un fenómeno que involucra directamente a las personas respecto de las cuales desarrollamos estas reflexiones y que les imprime un carácter *pionero* respecto de otros grupos etarios: el hecho de que los cambios socio-históricos que permitieron la construcción de una mirada menos estigmatizante respecto de la diversidad sexual fueran experimentados en forma tardía en su desarrollo evolutivo. Como hemos enunciado al inicio de este trabajo, esto los convierte en la primera generación de personas que, habiendo transitado las primeras fases de sus desarrollos evolutivos en un clima social de invisibilización, estigmatización y discriminación por su orientación sexo-genérica, logran vivir su adultez y/o su vejez en un marco de mayor respeto y visibilidad de las diversidades sexuales, llegando incluso, en ocasiones, a protagonizar procesos de reivindicación de derechos. La cercanía con estos cambios implica una perspectiva temporal corta y, en ocasiones, inexistente.

Las instituciones, un espacio demorado

Las instituciones cobran el papel de ser portadoras de los significados que organizan y configuran las representaciones sobre la sexualidad. En este escenario, a la sexualidad no hegemónica se le asigna un papel residual e inferior que a la que responde a los cánones heterosexuales. A partir de ello se instaura un conjunto de prácticas y de normas que hacen que la vida cotidiana de quienes no las comparten sea más compleja.

Las instituciones presentan configuraciones sociales diversas según las sociedades en que se desarrollen, los momentos históricos que impliquen y las

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

necesidades que busquen atender. Así, muchas veces, aunque perduran en el tiempo, presentan modificaciones sustantivas entre su origen y la actualidad. La iglesia, la escuela, la familia son muestras claras de lo antes señalado: muy probablemente, si pudiéramos recuperar las prácticas cotidianas en los momentos iniciales de cualquiera de los ejemplos planteados, identificaríamos que distan mucho de los actuales, tanto en los rasgos generales como en los particulares, en su organización, en su dinámica interna, etc.

Las instituciones de larga estadía también acusaron recibo de los cambios en los regímenes de mirada, aunque a un ritmo mucho más pausado, replicando como lógica institucional un aspecto que les asignan a sus residentes antes que a sus lógicas: la lentitud. Así, unas pocas han organizado un pequeño número de habitaciones “matrimoniales”, previstas para aquellas parejas que deseen o precisen vivir en un geriátrico y también compartir habitación. No fue tarea sencilla comenzar a instalar esta modalidad, pero algunos avances se han logrado, más allá de que la identificación de “habitaciones matrimoniales” traiga consigo cierto sesgo moralizante: no son para cualquiera, parece señalarse, sino para aquellas personas unidas en matrimonio, es decir, habilitadas por alguna confesionalidad o por el Estado para permitirles la cohabitación.

Estos tímidos avances parecen desvanecerse al pensar en la población LGBTIQ+: *una cosa es “soportar” el ejercicio sexual de dos personas añosas y otra muy distinta es que sean del mismo sexo*, parece decir cierto axioma tácito. De hecho, bien podríamos postular que se trata de un aspecto silenciado ya que la orientación sexo-générica heterosexual parece imponerse *por default* en las lógicas institucionales, dado que opera allí lo que Adrienne Rich identificó como “heterosexualidad obligatoria” para hacer referencia a que una determinada orientación, la heterosexual, es asumida e impuesta por una sociedad heteronormativa, que además considera a cualquier opción que se aleje de ella como enfermedad o desviación. Este *silencio institucional* respecto de cualquier orientación sexo-générica por fuera de la aceptada como *normal* o *sana* por la heteronormatividad debe ser entendida, tal como plantea Foucault, como parte de un discurso y no como la ausencia de este, como aquello que es obligado de callar o silenciar porque no es aceptado o porque incomoda. En el primer tomo de Historia de la sexualidad, *La voluntad del saber*, señala que “no cabe hacer una división binaria entre lo que se dice y lo que se calla; habría que intentar determinar las diferentes maneras de callar, cómo se distribuyen los que pueden y los que no pueden

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

callar, cómo se distribuyen los que pueden y los que no pueden hablar, qué tipo de discurso está autorizado o qué forma de discreción es requerida para los unos y para los otros” (2010:30). Es decir que, comprendido desde esta perspectiva, la orientación sexual disidente es obligada a ser callada y a callar en las instituciones de larga estadía para personas en situación de vejez. La ampliación de derechos para personas LGBTIQ+ que se produjeron y consolidaron en los últimos años y, especialmente, el requerimiento de corrección discursiva que parece imponer el mercado político no alcanzaron aún a este sector de la población: los viejos y las viejas institucionalizados.

Las instituciones construyen idearios y representaciones respecto de las sexualidades, ya hegemónicas, ya subalternas, y les adjudican diferentes valoraciones morales: la heterosexualidad sería un valor positivo, siempre que respete y cumpla con ciertas reglamentaciones y, al resto de las alternativas (homosexualidad, bisexualidad, transexualidad, etc.) se les asignaría una valoración moral negativa vinculada a la patología e incluso a la peligrosidad. De este modo, la instauración de la perspectiva de una heterosexualidad obligatoria pasaría a formar parte del disciplinamiento de los cuerpos, y las instituciones cumplirían un papel fundamental en esa instauración a partir del poder (y el modo de ejercerlo) que le fuera asignado socialmente. Este disciplinamiento se constituye en un tipo específico de poder que “no puede identificarse con una institución ni con un aparato, es un tipo de poder [...] una física o una anatomía del poder, una tecnología” (Foucault, 1990: 218) que, para consolidarse, requiere el papel sustancial que cumplen las instituciones.

Reflexiones finales

No es una novedad que la sexualidad por fuera de la edad reproductiva se reconozca, sólo parcialmente, siempre que se juegue en el marco de la prepotente heteronormatividad. Y si bien hoy reconocemos los derechos sexuales de, como suele decirse, “todes les sujetes”, las viejas y los viejos y viejos -por más que los identifiquemos como *les viejes*- parecen no ser parte de este *todes*. Y esto es así, en gran medida, porque la sexualidad suele ser pensada exclusivamente para los tramos vitales que involucran a la juventud y a la mediana edad, y más a la primera que a la segunda, ya que además se le asigna la potestad de ser la propietaria exclusiva de un determinado momento histórico: cuando popularmente se le adjudica a un relato el mote de ser “de

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

su época” se hace tácita referencia a la juventud, lo que deja de manifiesto que esta época no le pertenece sino a ese sector, el de los jóvenes, del que otros, en este caso los viejos, quedan excluidos.

Debemos evitar ver a la sexualidad en la vejez circunscripta a la sexualidad heterosexual. Impedir que el estigma que determinó las diversas etapas vitales de aquellas personas no heterosexuales que hoy se encuentran en situación de vejez siga vigente en nuestras intervenciones profesionales es el desafío al que nos enfrentamos. Es un imperativo ético evitar que el círculo se cierre donde se inició: el silencio y el secreto. Durante mucho tiempo, la población que escapaba a la heterosexualidad debió construir, como ya dijimos, estrategias de supervivencia que le permitieran pasar inadvertida, ya que la opción opuesta a ello hubiera implicado un destino de descrédito social y burla sistemática. Este requerimiento de “esconder” el objeto de deseo se organizó a través del silencio, el fingimiento, el ostracismo y la huida. Así como el primero implicaba el acto de no decir ni evidenciar un deseo diferente al heterosexual, el segundo -el fingimiento- tenía como rasgo distintivo el desarrollo de cierta ventriloquía social que solía desembocar en el establecimiento de una doble vida. El ostracismo, por su parte, implicó el retraimiento de todo tipo de interacción social por miedo a que se descubriera el secreto que la sociedad obligaba a imponer. La huida, por último, trajo consigo la sensación de desarraigo: la decisión, más heterónoma que autónoma, de escapar a ciudades diferentes de las de origen (diferentes y generalmente más grandes) en búsqueda de un anonimato preservador.

Queda en evidencia que el factor común de cada una de estas estrategias fue el silencio. Este silencio vuelve a tornarse performativo en tanto provoca una determinada acción: la de invisibilizar. Esto repite la presunción de heterosexualidad que acompañó a las personas homosexuales durante gran parte de su trayectoria vital. De este modo, la ya explicada *identidad discreta* que requería la diversidad sexual se vería reforzada en la vejez por el hecho de que “para la sociedad, la vejez parece una especie de secreto vergonzoso del cual es indecente hablar” (De Beauvoir, 2012: 7). Llamativamente, este silencio requerido se presenta como una contradicción con la perspectiva que sostiene que el respeto a la diversidad sexual es uno de los Derechos Humanos que aún no se han terminado de consolidar en el mundo y que, obviamente, no reconoce un distingo por edades.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Ahora bien, a partir de los cambios sociales evidenciados en los tramos finales del siglo XX y los primeros del siglo XXI, fue posible que la discreción, considerada como un valor, se transformara rápidamente en un disvalor. Las generaciones que se socializaron a la luz de valores más igualitarios, comenzaron a laxar las valoraciones hasta transformar la visibilización en una reivindicación. Esto obligó a quienes habían conformado gran parte de su personalidad bajo esos principios a desarrollar nuevas estrategias adaptativas acordes a los nuevos tiempos, no sin recordar algo que es central y de lo que nos alerta Hobsbawm:

Estudiar un período del cual quedan testigos sobrevivientes se enfrentan, y en el mejor de los casos se complementan, dos conceptos diferentes de la historia: el erudito y el existencial, los archivos y la memoria personal. Cada individuo es historiador de su propia vida conscientemente vivida en la medida en que forma en su mente una idea de ella (1989: 132).

En ese marco, la reconsideración del papel de la sexualidad en la vejez, las modificaciones de las miradas sobre las sexualidades contra-hegemónicas y la valoración de las historias vitales enmarcadas en contextos sexo-sociales represivos son elementos imprescindibles a atender a la hora de reflexionar y diseñar estrategias de trabajo que aborden la sexualidad en la vejez.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Referencias bibliográficas

- Bourdieu, Pierre; Chamboredon, Jean-Claude & Passeron, Jean-Claude (1994). *El oficio de sociólogo*. México: Siglo XXI Editores.
- Butler, Judith (2010). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*. Buenos Aires: Paidós.
- Butler, Judith (2009). *Lenguaje, poder e identidad*. Madrid: Editorial Síntesis.
- De Beauvoir, Simone (2012). *La vejez*. Buenos Aires: Editorial De bolsillo
- Eribon, Didier (2001). *Reflexiones sobre la cuestión gay*. Madrid: Anagrama.
- Eribon, Didier (2000). *Identidades. Reflexiones sobre la cuestión gay*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Fericgla, Josep (1992). *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*. Barcelona: Anthropos.
- Foucault, Michel (2010). *La historia de la sexualidad. I La voluntad de saber*. Buenos Aires. Siglo XXI editores.
- Foucault, Michel (1990). *Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Fone, Byrne (2000). *Homofobia. Una historia*. México: Océano.
- Freud, Sigmund (1991). “Duelo y Melancolía”. En *Obras Completas*, Vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gastrón, Liliana & Oddone, Ma. Julieta (2008). “Reflexiones en torno al tiempo y el paradigma del curso de vida”. En *Perspectivas en Psicología. Revista de Psicología y Ciencias afines*, volumen 5, N°2. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Giribuela, Walter (2019). “Las identidades conformadas a partir de orientaciones sexo-genéricas disidentes”. En Riveiro, Laura (compiladora) *Trabajo Social y feminismos: Perspectivas y estrategias en debate*. La Plata: Instituto de Capacitación y Estudios Profesionales – CTSPBA
- Giribuela, Walter (2018). “Cuestión social y diversidad sexual. Aproximaciones iniciales al análisis de la orientación sexo-genérica disidente como emergente de la cuestión social” [artículo en línea]. En *Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social*. Vol. 2, Nro. 3. Carrera de Licenciatura en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. UNC. [Fecha de captura: 24/05/19].

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

- Giribuela, Walter (2018). “Lenguaje, sexualidad y ambiente cotidiano. La trama de una red que se hace visible en las historias de vida”. En Tancredi, Elda (Directora) *Redes de saberes y decisiones políticas. Notaciones y anotaciones desde indagaciones compartidas*. Rosario: Amalevi.
- Giribuela, Walter (2017). *Viejos manfloros en la “era gay”. El curso de la vida en varones homosexuales en situación de vejez*. (Tesis Doctoral). Buenos Aires: Universidad Nacional de Luján.
- Giribuela, Walter (2012). “El ejercicio profesional en las instituciones geriátricas: los aportes del método biográfico desde una perspectiva disciplinar”. En Fotheringham, Marcela (compiladora) *Los terrenos pantanosos del Trabajo Social. Problemas, campos y dispositivos sociales*. Buenos Aires: Ediciones Universidad del Salvador.
- Goffman, Erving (2010). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Hobsbawm, Eric (1989). *La Era del Imperio*. Barcelona: Labor Universitaria.
- Iacub, Ricardo (2014). “Masculinidades en la vejez”. En *Voces en el Fenix N° 36*. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Económicas, UBA.
- Iacub, Ricardo (2011). *Identidad y envejecimiento*. Buenos Aires: Paidós.
- Kaminsky, Gregorio (1998). *Dispositivos institucionales. Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Organización Mundial de la Salud (O.M.S), Organización Panamericana de la Salud (O.P.S) & Asociación Mundial de Sexología (W.A.S) (2000). *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción*. [Disponible en www.new.paho.org Fecha de captura: 28/03/2012].
- Pecheny, Mario (2005). “Identidades discretas”. En Leonor Arfuch (compiladora) *Identidades, sujetos y subjetividades*. Buenos Aires: Prometeo libros.
- Rich, Adrienne (2013). *Heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana*. Buenos Aires: Libros de la mala semilla.
- Salvarezza, Leopoldo (1991). *Psicogeriatría. Teoría y Clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Sedgwick, Kosofsky Eve (1998). *Epistemología del armario*. Barcelona: Ediciones de la Tempestad.

Resiliencia. Aportes integrativos para su comprensión, promoción y abordaje

Diego J. Feder

En el presente capítulo desarrollaremos una aproximación al concepto de Resiliencia. Nos centraremos en la integración de diferentes aportes, desde distintas perspectivas teóricas en Psicología y Neurociencias, hacia la construcción de un modelo de abordaje en Psicoterapia, que permita acercarnos a su promoción y desarrollo. Como marco ordenador comenzaremos describiendo un cambio paradigmático actual en la conceptualización en Salud, desarrollaremos luego una conceptualización de la Resiliencia tomando en cuenta distintos aspectos actualmente en discusión y estudio. Finalmente, ubicaremos en este contexto modos de promoción de resiliencia a nivel personal y comunitario, el desarrollo contemporáneo de la Psicoterapia y los aportes de distintos marcos teóricos en su campo para la conceptualización y establecimiento de posibles abordajes.

Integración en salud

Tomando los conceptos de la Dra. Silvia Rajchenberg (Rajchenberg 2017) en las últimas décadas se ha iniciado un proceso de cambio de paradigma en la conceptualización en salud, que implica un viraje en la focalización de la atención hacia tres planos principales:

- La identificación de factores protectores presentes como recursos de calidad de vida. Este enfoque no reemplaza ni desplaza a la identificación de factores de riesgo y su necesidad de modificación, sino que lo complementa con el objeto de construir estrategias de afrontamiento eficaces en el abordaje de las situaciones problemáticas.
- La focalización en la resiliencia, que promueve la incorporación de recursos que potencien las capacidades para superar situaciones que afecten la calidad de vida (OPS 1998). En consonancia con el ítem anterior, este enfoque no reemplaza ni desplaza a la identificación de factores disfuncionales, sino que los complementa en la posibilidad de generar nuevos recursos adaptativos y corregir aquellos disfuncionales.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

- El desarrollo de un abordaje integral, que implica que los procesos psíquicos y socioculturales son indivisibles de los neurobiológicos, guardan estrecha relación unos con otros e interactúan con factores socioecológicos. En este sentido se sostiene que los procesos que llevan a la generación de trastornos en la salud son multicausales y multidimensionales, necesitando entonces el desarrollo de estrategias que incluyan abordajes múltiples integrados (Dubourdieu, 2008).

Mencionamos el concepto de *calidad de vida como parte integrante de este paradigma*. Este concepto se define, según el criterio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como “la percepción de un individuo de su situación de vida, en el contexto de su cultura y sistemas de valores, en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”. Es un concepto amplio y complejo, que implica distintas dimensiones y/o niveles: el nivel biológico; el nivel psicológico con las características de personalidad, percepciones y expectativas; el nivel de autonomía; el nivel vincular afectivo y social; y el nivel cultural y ecológico. Como podemos observar, la necesidad de un abordaje integral se desprende de modo directo de esta conceptualización, y en el desarrollo actual de la psicoterapia el paradigma integrativo se encuentra presente en su campo.

Resiliencia

Según la Real Academia Española el concepto *resiliencia* se define, en una primera acepción, como “la capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado de situación adversos”. En una segunda acepción, como “la capacidad de un material, mecanismo o sistema para recuperar su estado inicial cuando ha cesado la perturbación a la que había estado sometido”. El término proviene del idioma inglés “resilience” y éste del latín “resiliens”, que es un participio activo del verbo “resilire”, teniendo este último el significado de “saltar hacia atrás; rebotar; replegarse”

El concepto proviene de las ciencias de la tecnología, como lo muestra la segunda acepción, y su incorporación a las ciencias de la salud se produce a partir de los aportes de distinguidos autores que la estudian desde hace más de 30 años. Podemos

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

mencionar entre ellos a Boris Cyrulnik y Edith Grotberg como los más destacados, y en nuestro país ha sido un referente central el Dr. Roberto Sivak.

Un poco de Historia...

El concepto Resiliencia, en palabras del Dr. Roberto Sivak (Sivak, 2018), ha presentado significativos cambios en los últimas tres décadas, producto de investigaciones en el campo neurobiológico y psicosocial. Un aporte del campo educacional ha puesto en evidencia capacidades humanas de adaptación, transformación y crecimiento frente a la adversidad. La idea de atributos innatos en el carácter de una persona ha dado paso a una mirada transdisciplinaria que incluye aspectos genéticos, neurológicos, vinculares y culturales, entre otros, transformando la conceptualización del término y, por ende, su manera de propiciarla.

A continuación, los invito a emprender un recorrido sobre los principales autores que han aportado para su conocimiento y han propuesto distintas dimensiones en su conceptualización.

El término Resiliencia fue tomado de las ciencias físicas por **Michael Rutter** en 1978. Este primer autor lo extrajo para indicar la capacidad que poseen algunas personas para soportar situaciones potencialmente traumáticas y recuperarse de ellas. Es un término que se toma de la resistencia de los materiales que se doblan sin romperse para recuperar la situación o forma original. Por ejemplo, un arco que se dobla para lanzar una flecha, o los juncos bajo la fuerza del viento. Rutter (1987) aplica el concepto a los mecanismos psicológicos que pueden servirnos para protegernos de los riesgos inherentes a determinadas situaciones adversas. Destaca ciertos procesos que podrían reducir las consecuencias de exponernos a situaciones de riesgo: actuando en forma directa sobre dichos factores como la modificación del grado de exposición a los mismos, o indirectamente limitando la cadena de reacciones negativas que una persona puede generar en su presencia. También incluye la posibilidad de actuar sobre los propios recursos del individuo, promoviendo su autoestima, y fomentando el desarrollo de relaciones interpersonales que generen mayor seguridad y reconocimiento, tanto para la persona como para las acciones exitosas que pueda emprender. Rutter no sostiene que necesariamente debamos encontrar un resultado positivo, para él es más importante la

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

forma o el proceso a través del cual nosotros enfrentamos el riesgo y/o situación adversa a la que podamos estar expuestos

Posteriormente, **Emmy Werner** desarrolló una serie de investigaciones en la década de 1970, durante más de treinta años, en la isla Kawai, en el archipiélago de Hawai. Werner (1984) investigó la influencia de factores de riesgo en el desarrollo de una población de niños en condiciones de extrema pobreza, expuestos a diversas condiciones de violencia y maltrato. Luego de haber realizado el seguimiento hasta la vida adulta de más de 500 niños criados en dichas condiciones, pudo observar que gran parte de ellos presentaban diversas patologías, es decir, problemas de salud, tanto de orden físico, como psicológico o social, mientras que otros presentaban un desarrollo mucho más sano y adaptativo. Llamó *resilientes* a este grupo y entre las características distintivas observó que habían podido contar con al menos un referente que los aceptaba de forma incondicional., que les había brindado cierto grado de contención, reconocimiento, valoración y afecto. (Werner, 1992).

Stefan Vanistendael, por su parte, sostiene que la resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción; es decir, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión; y, por otra parte, más allá de la resistencia, es la capacidad de forjar un comportamiento vital positivo pese a las circunstancias difíciles (Vanistendael, 1994).

Edith Grotberg (Grotberg, 1995) la define como “La capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, aprender de ellas, superarlas e inclusive, ser transformados por estas”. Según la autora, la resiliencia es la capacidad humana para resistir y afrontar el bombardeo incesante de eventos que causan sufrimiento, de tal forma que la experiencia fortalece, permite adquirir mayor confianza en las habilidades y volverse más sensibles a los padecimientos que otras personas estén experimentando, así como más hábiles para generar cambios y minimizar o erradicar las fuentes originarias del estrés o el trauma. Propone la existencia de varios factores de resiliencia, que se agruparían en tres categorías: lo que tengo (recursos externos como ser familiares, amigos, apoyo y protección social); lo que soy (recursos asertivos del carácter y la personalidad, por ejemplo, la serenidad de ánimo, la responsabilidad, el humor o el altruismo), y lo que puedo hacer (la habilidad para interactuar con los demás y resolver

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

problemas). En este sentido, estrategias que focalicen en el desarrollo de estos tres factores favorecen la resiliencia.

Albert Osborn considera que es un concepto genérico que se refiere a una amplia gama de factores de riesgo y su relación con los resultados de la competencia. Puede ser producto de una conjunción entre los factores ambientales y el temperamento, y un tipo de habilidad cognitiva que tienen algunos niños aun cuando sean muy pequeños (Osborn, 1996).

Emily Hunter, en 1999, conceptualiza la resiliencia como un continuo entre dos polos: *resiliencia menos que óptima* y *resiliencia óptima*. Estudió con poblaciones adolescentes en riesgo y pudo observar que en el caso de adolescentes sometidos a un riesgo psicosocial sostenido y que responden en forma menos que óptima, este tipo de respuesta incluye tácticas violentas de supervivencia, comportamientos de alto riesgo y abandono social y emocional. Estos adolescentes, en el desarrollo de estos comportamientos y su práctica a lo largo del tiempo portaban una probabilidad alta de vivir una adultez con serios problemas adaptativos psicosociales (Hunter 1999)

El psiquiatra y psicoanalista **Boris Cyrulnik** (Cyrulnik, 2001) refiere que la resiliencia puede desarrollarse en base a los recursos propios de cada persona, mediante el aprendizaje de un estilo afectivo al que llamó *apego seguro*, a través del cual el niño va desarrollando confianza en sí mismo según la manera como se haya sentido amado y valorado en las primeras etapas de su vida, es decir, según cómo haya interactuado con sus adultos referentes, siendo la familia la matriz más importante. Este concepto lo extrajo de los escritos de John Bowlby. En presencia de situaciones adversas, el apego seguro permite poner en funcionamiento la capacidad de conservar la confianza en sí mismo a pesar de la dificultad, y de buscar referentes de apoyo. Por el contrario, quienes no han podido establecer este tipo de vínculo suelen encerrarse en sí mismos y no buscan la ayuda de nadie, constituyendo el grupo de mayor vulnerabilidad. Cyrulnik sostiene que existe la posibilidad de que puedan encontrar en el transcurso de su vida algún referente significativo, alguien con quien establecer una interacción adecuada, que les permita comenzar a desarrollar una mayor tendencia a la resiliencia. Un claro ejemplo en este sentido es la relación que se establece entre un terapeuta y el paciente y/o consultante- La relación terapéutica permite y propicia la construcción de recursos.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Cuando una persona o grupo es capaz de hacerlo, se dice que tiene una resiliencia adecuada y puede sobreponerse a contratiempos o incluso resultar fortalecido por estos.

Suniya Luthar, entre el 2000 y el 2006, define a la resiliencia como una adaptación positiva pese a la adversidad, enfatizando los dos elementos que la constituyen: la adversidad significativa, es decir, el significado atribuido a las situaciones difíciles, y la adaptación positiva, es decir, el modo como la persona reestructura su vida a partir de ella. Esto lleva a la conclusión de que la resiliencia sólo se mide indirectamente a través de estos dos elementos.

Actualmente, la resiliencia se aborda también desde la Psicología Positiva. Esta escuela de Psicología tiene como principal referente a **Martin Seligman** (Seligman, 2006), y se centra en las capacidades, valores y atributos positivos de los seres humanos, y no en sus debilidades y patologías, como lo hace la psicología tradicional. Su promoción se focaliza en el desarrollo de estos aspectos, y el concepto de resiliencia se corresponde aproximadamente con el término *entereza*, superar una adversidad y salir fortalecido, mejor que antes. En el desarrollo y promoción en resiliencia veremos estrategias posibles desde este autor

Otro autor para completar este recorrido, es el psiquiatra Viktor Frankl. El referente de la Logoterapia, considera que la resiliencia se relaciona con la capacidad que desarrollamos para establecer significados a través del sentido que otorgamos a nuestras acciones. Nuestras motivaciones y proyectos. Sostiene que es un factor preponderante nuestra visión de la vida en dos sentidos: proyectarnos hacia el futuro para transmitir un legado y otorgar a nuestras acciones presentes un sentido, una función motivadora. El sentido de la vida dirige y motiva la construcción de recursos resilientes en cada uno de nosotros, y la promoción de la resiliencia se relaciona con su búsqueda. (Feder, en Sivak 2018)

Los numerosos estudios sobre la resiliencia tienen como objetivo definir los atributos que permitirían identificar las personas que podrían resistir o recuperarse rápidamente y superarse en las situaciones adversas, así como reconocer las estrategias más adecuadas para potenciar estas capacidades.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Hasta aquí, un recorrido histórico del concepto. Uno de los interrogantes que surgen es sobre sus ámbitos de aplicación, y en este sentido, los preferentes son el de la salud, el de la educación y el de la política social:

-En el ámbito educativo, la resiliencia se estudia tanto desde la perspectiva del alumno, a partir de su perfil y las posibles estrategias de desarrollo, como desde la del profesor, a partir de su propia capacidad resiliente y las actitudes y estrategias para el desarrollo de la resiliencia entre sus alumnos.

-En el ámbito social, la resiliencia no solo hace referencia al perfil de las personas afectadas por situaciones adversas sino a los siguientes aspectos:

- * las estrategias sociopolíticas de potenciación de la resiliencia
- * el grado de resiliencia de la comunidad como grupo social: tanto en relación a su carácter protector o potenciador de la adversidad como a los recursos que dispone

Las grandes cuestiones en torno a la resiliencia siguen siendo lograr mayor precisión en la definición del concepto, identificar los factores implicados en su desarrollo y saber si realmente es posible inmunizarnos frente a las adversidades.

En el presente capítulo, abordaremos estos aspectos

Resiliencia ¿Rasgo o proceso? ¿Genes o ambiente? ¿Individual o social? ¿Podemos aprender?

Como hemos referido, el concepto de resiliencia desde una perspectiva histórica se ha movido desde el planteamiento negativo de ausencia de psicopatología hasta el enfoque positivo de competencia y conducta adaptativa. Siguiendo las definiciones de los distintos autores, observamos la existencia de múltiples factores implicados en su desarrollo y su abordaje, abarcando disciplinas tan diversas como la medicina, la psicología, la educación, el trabajo social o la epidemiología. Algunos autores sostienen que es el fenómeno a través del cual se alcanzan relativamente buenos resultados a pesar de estar expuestos a experiencias adversas, sin que esto represente una inmunidad o impermeabilidad al trauma sino que se trata de la capacidad de recuperarse en las experiencias difíciles. Sin embargo, para otros autores no es una mera resistencia a la adversidad sino que hace referencia a la capacidad de crecer o desarrollarse en los

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

contextos difíciles. Implicaría, entonces, un plus que diferencia a una persona resiliente de otra superviviente o de otra sobreadaptada.

Intentaremos analizar los distintos elementos presentes en estas definiciones para comprenderlos juntos. Nos guiaremos con algunas preguntas

Respecto al concepto de *adversidad*...

¿Qué entendemos por adversidad?

¿Se aplica la misma definición de adversidad para todas las personas y contextos?

¿Una situación que para mí sea adversa debería serlo también para ud?

¿Hablamos de situaciones adversas únicas o repetidas?

¿Situaciones adversas que aparecen y finalizan o que se mantienen a lo largo del tiempo?

¿Qué intensidad debe tener una situación adversa?

¿Esa intensidad es aplicable a todos por igual?

La adversidad no se relaciona necesariamente con las situaciones en sí mismas, sino con la interpretación que cada uno de nosotros tengamos sobre ellas. Es una combinación de ambos aspectos. Algunas situaciones predisponen más que otras, portan una potencia traumática elevada como por ejemplo situaciones de maltrato, accidentes graves. En cambio, en otras, el factor más relevante será la interpretación de la situación. Una frustración sobre un objetivo de importancia, una finalización de un vínculo amoroso, una decepción frente a la actitud de una persona considerada de confianza, una pérdida laboral y tantas otras situaciones podrán ser significadas de maneras distintas. Para usted y para mí pueden tener significados diferentes, y de esto dependerá en gran medida su resultado en términos de adversidad. En lo cotidiano pueden observarse expresiones de esta índole en el consultorio, los pacientes suelen preguntar si las situaciones a las que hacen referencia deberían ser o no consideradas tan negativamente como lo hacen, y muchas veces tienden a descalificar lo que cuentan con expresiones como “Ud. debe escuchar cosas mucho peores a diario, lo que cuento debe ser insignificante en comparación con lo que le deben contar otras personas...”. La respuesta es simple: la significación de la situación es lo relevante, la situación concreta es importante pero sin la significación no puede establecerse su capacidad de daño. Y aquí está la cuestión, una adversidad es una situación que porta un potencial de daño.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

¿De qué depende entonces? Dependerá de la situación ocurrida, de la significación otorgada, del momento de la vida en que ocurre, del contexto en el cual ocurre, de los recursos con los que contamos y de lo que podamos hacer al respecto.

Una situación adversa es un estresor, un evento que puede romper con un estado de cierto equilibrio en un momento dado. Los estresores pueden ser interpretados como amenazantes o como motivadores. Dos ejemplos: un asalto a mano armada es una situación amenazante para la víctima, jugar una final de un campeonato es una motivación para el deportista. Ambas son situaciones que rompen con un estado de equilibrio y requieren de la implementación de respuestas. En la adversidad encontramos estresores interpretados de modo amenazante. Además, vamos a encontrar algunas características importantes ligadas a qué tan controlables, predecibles y deseables puedan ser esos estresores. Un asalto, como mencionamos en el ejemplo, es una amenaza no deseada, que además puede ser incontrolable e impredecible. Dependiendo de las características percibidas de amenaza, posibilidades de control, su deseabilidad, y su predictibilidad el estresor podrá tener una potencialidad de daño mayor o menor (Tafet, 2005). Ahora bien, sumemos otros aspectos:

- En ocasiones, una sola situación puede tener el suficiente efecto traumático como para generar un daño considerable. La muerte de un ser querido de modo no esperado puede serlo. Una violación puede serlo. Una agresión física puede serlo. Un accidente. Pero, en ocasiones, no encontramos una situación como estas, sino que podemos observar la repetición de situaciones más sutiles que a lo largo del tiempo van generando un efecto dañino. Por ejemplo, vínculos afectivos con sutiles descalificaciones o falta de reconocimiento o exigencias demasiado elevadas para las posibilidades en determinado momento de la vida (padres que esperan un rendimiento alto de sus hijos sin acompañarlos, o adultos que sólo marcan los fallos y déficits de los menores). La resiliencia desde esta perspectiva también se evidencia en el enfrentamiento efectivo de circunstancias y eventos de la vida severamente estresantes y acumulativos (Lösel, Blieneser y Kofler, 1989).

- Los estresores pueden ser normativos y no normativos, es decir, esperables o normales en determinado momento del ciclo vital. Por ejemplo, el fallecimiento de los padres es un estresor normativo esperable en determinado momento de la adultez. Va a ser una situación adversa que impactará en la vida de cada integrante de su entorno, pero si

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

ocurre en un momento no esperado como puede ser la adolescencia, el resultado del potencial de daño aumenta.

- Los estresores también pueden ser las diferencias en el cumplimiento de las expectativas personales y sociales de desarrollo en determinado momento de la vida. Aquí se encuentran las crisis vitales, que podemos atravesar en cualquier momento de la vida, pero que están muy presentes en el momento de cambio de décadas en nuestras edades. Las conocemos como *crisis de los 30*, *crisis de los 40*, *crisis de los 50*. La diferencia entre las expectativas y lo que percibimos como logros u obtención es un estresor significativo (Levinson, en Gross2013)

- Podemos incluir estresores denominados *eventos señaladores* (Levinson, en Gross2013), que son circunstancias que suceden a nuestro alrededor y que nos conducen a hacer una evaluación de cómo nos estamos desarrollando en áreas de nuestra vida ligadas a ese evento hasta el momento. Ejemplos de ellos podemos encontrar en la aparición de una enfermedad en alguna persona cercana, que nos conduce a sentir temor ante la posibilidad que nos ocurra a nosotros también, o nos puede conducir a plantear cambios para prevenirlo.

- Otras posibilidades para incluir en la comprensión de los estresores son las modificaciones que a lo largo del tiempo se pueden generar en los modos vinculares, afectivos, motivacionales, intelectuales en el transcurso de la vida. En la forma como nos vinculamos, como nos ocupamos de nuestros gustos y necesidades, como nos relacionamos con los demás... si cuidamos nuestras relaciones más importantes, si estimulamos nuestro intelecto. ¿Por qué serían estresores y qué relación guardan con la adversidad? Porque se relacionan con la falta de motivación y empobrecimiento de la calidad de vida, de modo silencioso, y generan una vulnerabilidad que, a su vez, pueden generar una crisis en algún momento.

Respecto al concepto de ***adaptación***...

¿Qué significa adaptarse?

¿Cómo lo definimos, quién lo define?

¿Adaptarnos a qué?

¿Bajo qué condiciones?

¿Ud y yo nos adaptaríamos de la misma manera ante una misma situación?

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

La Real Academia Española define el concepto de adaptación como *acción y efecto de adaptarse*, y adaptarse como *acomodar, ajustar algo a otra cosa*. En otra acepción

hacer que un objeto o mecanismo desempeñe funciones distintas de aquellas para las que fue construido. En biología, *acomodarse a las condiciones de su entorno*.

Podemos decir que la resiliencia permite obtener como resultado una adaptación positiva en un contexto de gran adversidad. Es decir, generar condiciones que permitan cambios que se acomoden mejor a la situación, mientras que, en paralelo, se modifican a su vez características del entorno. Veamos cada término que integra este concepto:

Adversidad: Hace referencia a que el individuo logre una adaptación positiva a pesar de estar o haber pasado por una situación de potencial traumático. Por ejemplo, poder lograr un equilibrio entre las necesidades y su cobertura en un medio adverso como lo es vivir en la pobreza. No implica lo que se tiene o se consigue de modo material, sino el aprovechamiento de los recursos y la utilización de estrategias creativas y novedosas que permitan compensar déficits tan importantes y, a su vez, generar nuevas condiciones que permitan sostener esas estrategias a lo largo del tiempo. Y la respuesta a esta necesidad se construye en forma multidimensional, individual, comunitaria y política entre otras, con lo cual, también se produce un cambio en las condiciones del entorno.

Adaptación positiva: Es un concepto que hace referencia a que una persona pueda llegar a alcanzar expectativas sociales asociadas a una etapa de desarrollo, cuando en esta etapa no ha tenido signos de desajustes. En el párrafo anterior mencionábamos que estas expectativas se pueden transformar en estresores si la percepción de logro o cumplimiento es baja. (Feder 2018)

Respecto a los **componentes** de la resiliencia...

¿qué elementos componen a la resiliencia?

¿La resiliencia es una condición?

¿Es una característica que presentan algunas personas?

¿Existe una personalidad resiliente?

¿Depende del contexto y situación en la que me encuentro o es independiente de ella?

¿Es individual? ¿Familiar? ¿Social?

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Para intentar comprender los componentes de la resiliencia, vamos a describir a continuación algunos aspectos importantes: procesos resilientes, características que se observan en personas resilientes, la capacidad resiliente, la resiliencia como variable de personalidad y/o rasgo de personalidad

Procesos resilientes: En las respuestas resilientes hemos referido la interacción dinámica entre múltiples factores de riesgo y factores protectores, los cuales pueden ser familiares, bioquímicos, fisiológicos, cognitivos, afectivos, biográficos, socioeconómicos, sociales y/o culturales.

Gracias a la experiencia y al aprendizaje de las personas se puede considerar un pasaje de la palabra resiliencia al de procesos resilientes. Esto es debido a que la resiliencia no debe ser considerada sólo como capacidad sino como proceso, que engloba una multitud de factores. Cuando una persona está pasando por una situación extrema o delicada, en su desarrollo, impacto y respuesta del protagonista influye su familia, su entorno, su situación económica, sus amistades y la persona misma. Es por esto que hablamos no sólo de una capacidad de una persona sino de una consecución de sucesos en el cual intervienen varias personas y elementos para conseguir salir reforzado de esa situación y, por lo tanto, aprender de ella. Si es así, si observamos un aprendizaje y fortalecimiento podemos decir que esa persona ha llevado a cabo un proceso resiliente. (Feder 2018)

Y la respuesta... ¿debe ser inmediata? No necesariamente, puesto que un proceso de aprendizaje lleva su tiempo. Es más, podemos ver primero una respuesta vulnerable (por ejemplo, de shock, aturdimiento, incertidumbre e incluso abandono de las tareas cotidianas) para luego, de a poco, ir retomando las rutinas y aprender modos nuevos para sobrellevar el dolor del daño y encontrar nuevas motivaciones y expectativas. A veces el proceso se retrasa y mucho tiempo después de ocurrido el evento, años inclusive, se puede comenzar ese proceso resiliente.

En lo personal, y a modo de ejemplo, en mi adolescencia temprana debí atravesar el fallecimiento repentino de mi padre cuando yo tenía 13 años y él 48. Mi adolescencia fue un período difícil, no pudiendo desarrollar adecuadamente el proceso de duelo hasta entrada la edad adulta. En la actualidad, y muchos años después de

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

atravesar esa situación traumática el aprendizaje de tal proceso que pudo realizarse tardíamente me permite trabajar con una comprensión empática más amplia cuando acuden al consultorio personas con situaciones similares. Lejos de generar rechazo, inhibición o distancia, me permite un mejor acercamiento y motivación para el acompañamiento en tales circunstancias

Capacidad Resiliente: Podemos señalar en una persona una serie de características cuya integridad o daño pueden indicar capacidad resiliente (Harvey, 1996):

1-control del proceso de recuerdo de las experiencias traumáticas, es decir, que no aparezcan recuerdos de modo invasivo o como flashbacks, que despiertan la sensación de estar reviviendo la situación (por ejemplo, en los sueños o incluso en momento de vigilia donde algún estímulo puede asociarse con el evento adverso. Si es un accidente podría ser cualquier estímulo, ruidos, olores, colores, que reaviven el recuerdo negativo de la situación). Los recuerdos están presentes en las personas resilientes y despiertan emociones dolorosas ya que resiliencia no significa ausencia de dolor, pero no se deben presentar ni instalar de modo tal que produzcan inhibición.

2-integración de la memoria y los afectos; es decir, de los recuerdos y las emociones ligadas a esos recuerdos. En respuestas vulnerables se producen lagunas en los que se pierden u ocultan determinados recuerdos para no revivir las emociones negativas asociadas. Se espera que las personas resilientes logren una adecuada integración que aunque se experimente de modo negativo se puedan tolerar

3- regulación de los afectos en relación al trauma; es decir, que se puedan sentir las emociones pero con un grado de regulación adecuado, sin desbordarse o bloquearse por la angustia o el temor o la tristeza. La emoción negativa va a estar presente, pero deber estarlo con cierto equilibrio

4-dominio de la sintomatología; es decir, que los síntomas o respuestas frente a la adversidad no generen una pérdida de control en la persona (evitar salir de casa por ejemplo sería una pérdida de control)

5-autoestima; es decir, poder sostener un concepto positivo acerca de nosotros mismos aun habiendo atravesado situaciones traumáticas. Algunas personas tienden a culparse

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

por lo que les pasó, como si tuviesen alguna incapacidad que los pudo haber llevado a ese resultado

6-cohesión interna (pensamientos, afectos y acciones); claridad para poder comprender la relación entre lo que piensa, siente y hace la persona a partir de lo que sucedió. A veces sucede que frente a la imposibilidad de salir de casa por temor justifican quedarse con una serie de argumentos explicativos que ellos mismos quieren creer, pero que desde el punto de un observador externo resultan claramente discordantes. También pueden confundir las emociones, asociando determinadas sensaciones con emociones que no les corresponden. Por ejemplo, enojo en vez de tristeza

7-establecimiento de vínculos seguros; que implica acercarnos a las personas que nos pueden ayudar y acompañar en este momento. Las personas en condición vulnerable tienden a aislarse o, por el contrario, apegarse a persona que terminan sobreprotegiéndolos (por ejemplo cuando los padres permiten que sus hijos dejen actividades sociales o intelectuales por el temor que la situación adversa les ha generado. En ocasiones puede ser necesario por un corto período de tiempo, pero en el largo plazo puede generar dependencia hacia los padres y mayor vulnerabilidad por la falta de estímulos externos)

8- comprensión del impacto del trauma; es decir, entender las consecuencias y el proceso que se debe emprender para superarlo. Un ejemplo de ello es comprender que frente a una pérdida de un ser querido deberá atravesarse un proceso de duelo, con sus características y vaivenes

9-elaboración de un significado positivo. Aún en las situaciones menos deseadas se puede obtener algún aspecto positivo. La resiliencia apunta a identificarlo. Por ejemplo, ante una situación de engaño poder aprender a identificar características que nos protejan en adelante, no sólo a nosotros, sino a nuestro entorno también.

Resiliencia como rasgo: Partiendo de una perspectiva estructural o de rasgos, (Waugh, 2008) Waugh considera que se pueden identificar algunas características de la personalidad que parecen contribuir a un ajuste positivo ante la pérdida o el daño:

- 1- visión equilibrada de la propia vida;
- 2- perseverancia;

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

3- confianza en sí mismo;

4- autonomía personal,

5- sentido de la propia vida.

En esta línea y según este autor, se habla de la resiliencia del yo (ego resiliente) como un rasgo que refleja la habilidad individual para adaptarse a los cambios ambientales, destacando la habilidad para la identificación de oportunidades, habilidad para la adaptación a las restricciones y la habilidad para crecer tras la adversidad.

Algunos estudios ponen de manifiesto que las personas con un ego resiliente experimentan más emociones positivas (por ejemplo, esperanza y motivación) en las situaciones estresantes que los poco resilientes, aun experimentando similares emociones negativas, debido a que muestran mayor capacidad de superación y crecimiento. (Waugh, 2008)

Por otra parte, se encuentra correlación entre alta autovaloración, como variable de la resiliencia, y las dimensiones de personalidad extroversión, amabilidad y apertura a nuevas experiencias.

Otros autores consideran que la resiliencia está vinculada principalmente a las situaciones adversas, siendo un proceso de aprendizaje cambiante según el contexto, dentro de un continuo vulnerabilidad-resiliencia, asociado a factores de riesgo y de protección. Desde esta perspectiva, las cualidades psicológicas básicas (autoeficacia, autoestima, por ejemplo) pueden actuar como amortiguadores de la adversidad permitiendo el desarrollo de conductas positivas.

No queda claro si esas cualidades son causa, consecuencia o elementos de un proceso circular de retroalimentación, es decir, que una estimulan a las otras en forma permanente

Lo que hemos visto hasta el momento da lugar a lo que Knight (en Cabanyes Truffino, 2010) ha planteado como un constructo tridimensional de la resiliencia, que lleva a entenderla como:

- un estado: ¿qué es y cómo identificarla?

- una condición: ¿qué se puede hacer sobre ella?

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

- una práctica :¿cómo llegar a ella?

La resiliencia como *estado* integra la competencia emocional, competencia social y orientación de futuro. La competencia emocional estaría formada por el autoconcepto positivo, locus de control interno (autocontrol y regulación de las emociones), autonomía personal y sentido del humor. En esta línea, se considera que el locus de control interno es determinante en la resiliencia. La competencia social quedaría definida por la capacidad de generar relaciones sociales estables. En este sentido, la comunicación, sentido de pertenencia (a distintos grupos sociales) y la empatía (la capacidad de ponerse en el lugar del otro) son relevantes para la resiliencia. La orientación al futuro representa una marcada intencionalidad vivencial y una idea clara del significado de la vida con un enfoque optimista, sentido de compromiso en la resolución de problemas y flexibilidad y adaptación a las situaciones. En este aspecto, el optimismo hacia el futuro es un importante elemento de la resiliencia. Optimismo que no implica necesariamente lograr buenos resultados, sino una postura, un modo de pararse frente a las circunstancias

Con respecto a qué podemos hacer sobre ella y cómo llegar a ella hablaremos en el apartado sobre su promoción

Como podemos observar, no encontramos un único modo de respuesta frente a los interrogantes planteados. Se puede centrar el análisis de la resiliencia en la respuesta que se logra dar en las situaciones adversas, lo que limita su estudio a la presencia del estímulo adverso, o bien enfocarlo desde la perspectiva de una variable de personalidad lo que permitiría dar respuesta al por qué se es resiliente. De ser así, la siguiente cuestión es determinar si es un rasgo, por tanto, relativamente estable y consistente y, en consecuencia, medible, o es un proceso, por tanto, dinámico y desarrollable en cualquier momento del ciclo vital y con variaciones en función del contexto.

Las respuestas parecen ser todas posibles, encontrando distintos niveles que interactúan ente sí: presencia de situaciones adversas, características y rasgos de personalidad, procesos de aprendizaje en un constante ida y vuelta

Respecto a la *dinámica en su desarrollo*...

¿Cómo se expresa?

¿Es una respuesta específica ante situaciones o es una manera de vivir?

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

¿Se aprende o se hereda?

¿Tiene que ver con una condición física o psicológica?

¿Requiere de la presencia de situaciones adversas en la vida para desarrollarse?

La resiliencia puede ser modulada por factores de riesgo y de protección. Los factores de riesgo representan las variables personales y del entorno que aumentan la probabilidad de respuestas negativas en las situaciones adversas (por ejemplo, vínculos con características de violencia y maltrato, baja autoestima, discapacidades físicas o psíquicas). Por su parte, los factores de protección son el conjunto de variables, del sujeto y del contexto, que potencian la capacidad de resistir a los conflictos y de manejar el estrés (por ejemplo, vínculos afectivos y familiares sólidos, conocimientos adquiridos a través del estudio y/o experiencia laboral, recursos materiales, buen estado de salud, hábitos saludables). El efecto de estos factores se manifiesta cuando el riesgo está presente (por ejemplo, la posibilidad de quedarse sin trabajo, o la aparición de una enfermedad), actuando como compensadores (modulación, disminución o eliminación del riesgo). En esta línea, la familia y la escuela ejercen un claro papel protector cuando exhiben características de afecto, cohesión, apertura, compromiso, soporte, modelos positivos y la propia ausencia de factores de riesgo.

Teniendo en cuenta su dinámica a lo largo del tiempo, la resiliencia no solo cambia a lo largo del ciclo vital sino que, en su transcurso, requiere ajustes en la manera de implementarla, cambios en las dinámicas de respuesta y cambios en el contexto. Es pues, un proceso que dura toda la vida, con fases de adquisición y de mantenimiento y podría plantearse, incluso, de disminución o de pérdida. (Sivak, 2018)

Por otra parte, los factores culturales y contextuales inducen especificidad y singularidad a la capacidad resiliente, que sólo puede comprenderse a la luz de su contexto de desarrollo.

Respecto a los *momentos de la vida*...

¿La resiliencia depende de la edad?

¿Hay un momento en la vida donde “madura” o se desarrolla?

¿Puede una persona mayor desarrollar la resiliencia?

¿Puede un niño responder de un modo resiliente?

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Según Erickson (2000), el desarrollo de la personalidad es un proceso que dura toda la vida. Del mismo modo, la resiliencia no sólo está presente a lo largo de todo el ciclo vital, sino que se puede aprender en cualquier momento, como así también cabe mencionar que podría disminuir si las condiciones de vida empobrecen. Cada período de la vida ofrece contextos y posibilidades diferentes para su desarrollo, pero en todo momento puede fomentarse, tanto en la niñez, adolescencia, adultez y adultez tardía o vejez. Un ejemplo de ello es cuando una familia atraviesa de una situación adversa: el modo como los adultos responden va a favorecer o no procesos resilientes en los pequeños, y, a su vez, los pequeños pueden favorecer procesos resilientes en los adultos. Los adultos mayores pueden proveer experiencia para abordar la situación y, a su vez, pueden aprender nuevos recursos a partir de lo que los más jóvenes puedan necesitar y/o enseñar

Respecto al *resultado*...

¿La resiliencia implica sobrevivir a una situación adversa?

¿Implica crecer incorporando nuevos recursos a partir de una situación adversa?

¿Implica Transformarse o seguir siendo quien uno era previamente?

¿Implica flexibilidad o rigidez para superar las adversidades?

Vamos concluyendo entonces que la resiliencia implica el desarrollo de un proceso de aprendizaje y puesta en marcha de condiciones que permiten crecer a partir de atravesar por la adversidad. No se trata de sobrevivir, si lo fuera quedaríamos en una condición de vulnerabilidad. No podemos hablar de resiliencia sin aprendizaje y sin crecimiento, y esto implica una transformación en distintos aspectos de nuestra personalidad, pero sin dejar de ser quienes somos. No me transformo en otra persona a partir del crecimiento, sino que sigo siendo quien soy pero con una apertura, fortaleza y flexibilidad mayor.

Aquí, entonces, la resiliencia se presenta como la habilitación y la posibilidad de incorporar y utilizar nuestros recursos (factores de protección) a partir de la adversidad (estresores) y de las condiciones deficitarias que la acompañan (factores de riesgo). No implica felicidad, no implica evitar el malestar. Implica superación y mejora en aspectos de la calidad de vida (Feder 2018)

Promoción de la resiliencia

En esta segunda parte del capítulo nos dedicaremos a ver distintos modos de fomentar la resiliencia.

Hemos referido que la resiliencia tiene **múltiples dimensiones**, como ser una dimensión individual, una dimensión familiar, una dimensión social y comunitaria y una dimensión ecológica. Hemos mencionado **distintas cualidades** y elementos presentes en la resiliencia, como ser pensamientos, emociones, conductas, hábitos, modos de vincularnos, motivaciones, valores, referentes o modelos con quienes identificarnos. Hemos mencionado también que es un **proceso** que combina aportes de nuestras experiencias, incorporación de conocimientos provenientes de nuestros propios descubrimientos y de la interacción con otras personas.

Y hemos mencionado que es producto de un proceso de **aprendizaje** en cualquier momento de nuestro **ciclo de la vida**.

Esto quiere decir que podemos promoverla, podemos estimularla. Podemos generar condiciones que resulten más propicias para afrontar situaciones adversas. Si bien no es posible anticipar de modo claro cómo vamos a responder ante una adversidad, sí sabemos que por las características de las personas que han mostrados respuestas resilientes, el desarrollo de capacidades y la incorporación de recursos amplios tanto en lo individual como en lo familiar, social, comunitario, urbano y ecológico van a justamente propiciar respuesta resilientes.

Y esto lo podemos hacer desde diferentes puntos de partida y desde diferentes alternativas y estrategias.

Cuando nos referimos a los puntos de partida podemos contemplar distintas posibilidades. Nos preguntamos ¿cuál es la motivación que nos puede llevar a su promoción?

Podemos partir desde una situación adversa, desde un cuadro psicopatológico, desde un momento de la vida que nos invita a replantear nuestro modo de vida. Y de

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

esta manera tendremos también distintas opciones para su abordaje, desde una autoevaluación de nuestra calidad de vida hasta un proceso psicoterapéutico.

Si partimos desde una **autoevaluación**, lo podemos hacer analizando cada uno de los elementos que mencionamos, con la intención de plantearnos cambios a partir de lo que consideremos conveniente mejorar en cada caso. Luego tendremos que establecer modos adecuados para poner en marcha esos cambios. Esto requiere de nuestra voluntad y motivación, un desafío para crecer como seres humanos. Este proceso puede ser individual, familiar, grupal. Si es individual sólo lo será en un comienzo, porque siempre estará involucrado nuestro grupo de pertenencia (familia, amistades, afectos y vínculos en general) ya que todos los cambios que realicemos modificarán nuestros modos de relacionarnos con él. Por lo tanto, si la evaluación es compartida, es decir, con participación de nuestros afectos, mayores posibilidades de enriquecimiento nos podrá brindar.

Ahora, si tomamos en cuenta lo **comunitario**, es importante plantearnos el grado de participación que tenemos en nuestra comunidad, nuestro compromiso respecto a lo que sucede en nuestro medio social y las posibilidades de proponer alternativas que mejoren distintos aspectos de la misma. Por ejemplo, la relación, nuestra participación y la cohesión que podamos observar en nuestro vecindario, el grado de coincidencia entre nuestros valores e ideologías con las de nuestra comunidad. Cuanto mayor grado de coincidencia mayores recursos resilientes encontraremos. Resulta muy diferente si nuestra consideración es la de no poder proponer cambios o alternativas que consideremos puedan mejorar distintos aspectos y nos ubicamos en una posición pasiva o incluso como víctimas de una realidad comunitaria que no podemos modificar, o, por el contrario, si percibimos y nos ubicamos en una posición activa frente a nuestra comunidad donde nuestra participación puede generar cambios de distinta índole y magnitud. La percepción de cualquier posibilidad de generar cambios, por pequeño que sea, puede propiciar aspectos resilientes. (Sivak, 2018)

Lo comunitario se liga a las características urbanas, es importante evaluar las condiciones de satisfacción o déficit que podemos encontrar en la ciudad, en su infraestructura, en los medios de transporte y logística, en las condiciones y recursos para afrontar posibles amenazas ecológicas, climáticas, por ejemplo. El grado de

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

seguridad respecto a la delincuencia y el acceso a los servicios de atención de la salud son aspectos importantes a tener en cuenta para considerar la calidad de vida .

Merece también su lugar nuestra relación con los medios de comunicación y las características de los mismos para propiciar o no respuestas que motiven el desarrollo de resiliencia. Los medios considerados “amarillistas”, que promueven la transmisión de noticias mostrando aspectos más conflictivos se contraponen con los que muestran los aspectos más conciliadores y/o que invitan a la ciudadanía a desarrollar esperanza o una actitud de afrontamiento constructiva frente a la adversidad. Es importante evaluar qué tipo de relación establecemos con los medios y qué resultados nos generan respecto a nuestras respuestas emocionales y motivacionales.

La resiliencia a nivel comunitario se evidencia en situaciones adversas de distinta índole, como ser crisis económicas, laborales, políticas, catástrofes naturales y/o sociales, accidentes. En estas situaciones se evidencian las características de la población y se ponen en funcionamiento distintas estrategias que involucran el grado de conocimiento alcanzado en los modos de afrontar la dificultad, los recursos materiales y humanos con los que la comunidad cuenta para la asistencia, la creatividad para generar nuevas alternativas de resolver dificultades, solidaridad para acercarnos a quienes más ayuda necesitan. Ejemplos claros en este sentido los encontramos en la movilización que la comunidad realiza ante una inundación, como las respuestas de asistencia a los damnificados desde el estado, pero principalmente aquellas respuestas espontáneas que implican solidaridad: donaciones, acompañamiento, ayuda en el propio lugar o cobijar a los damnificados en las casas de quienes no han sido perjudicados. El punto aquí es complementar estas respuestas con un proceso de aprendizaje que pueda valorar estas acciones como recursos propios de la comunidad, pero no quedarse sólo en eso, sino y, principalmente, incorporar estas situaciones como vivencias comunitarias que promuevan nuevas acciones tendientes a generar nuevos conocimientos, a partir de la experiencia, condiciones de mayor protección ante futuras situaciones que puedan ocurrir.

Tanto en lo individual, lo familiar y lo comunitario, podemos orientarnos con distintas preguntas para evaluar este proceso. Algunos ejemplos: ¿Por qué ha sucedido este evento?¿Podríamos haberlo anticipado?¿Podríamos haberlo prevenido? Si no lo

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

hicimos, ¿Por qué no lo hicimos? ¿Qué nos faltó? ¿Cómo respondimos? ¿Con qué recursos hemos contado? ¿Qué recursos nos faltaron? ¿Podríamos haber actuado de otra manera? Si volviésemos a vivir esta situación, ¿actuaríamos igual?

A partir de estas preguntas, el análisis puede derivar en un replanteo, que implicará otras preguntas como las siguientes: ¿Qué necesitamos incorporar para el futuro? ¿Dónde y cómo podemos hacerlo? ¿Qué hemos aprendido con esta experiencia? ¿Estoy hoy mejor preparado para afrontar futuras situaciones?

A partir de aquí, la respuesta resiliente implica la construcción de nuevos dispositivos de intervención a nivel educacional, político, laboral, comunitario, ecológico (ambiental), medidas de seguridad e higiene (como ser normas de seguridad en distintas áreas, tránsito, protección contra incendios, terremotos, nuevas inundaciones, y tantas situaciones como podamos anticipar).

Observamos entonces una clara relación entre experiencia, aprendizaje a partir de esta experiencia y diseños de estrategias de prevención. Así podemos promocionar resiliencia, a partir de valorizar la experiencia como legado de aprendizaje. (Feder, 2018)

El avance y desarrollo de la Ciencia puede considerarse, en este sentido, como un producto cultural resiliente de la humanidad, ya que permite mejorar condiciones de vida y superar adversidades, siempre y cuando su desarrollo sea monitoreado por regulaciones que protejan su despliegue y sus usos. La bioética es un ejemplo en este sentido

Como podemos observar, son muchos los aspectos a tener presentes y sobre los cuales podemos actuar para generar recursos resilientes.

La resiliencia es la capacidad, dijimos, de superarnos a partir de la adversidad. No implica escapar al malestar que la adversidad nos provoca. Implica aumentar nuestros recursos a partir de ella, incorporando la adversidad como un estímulo para el aprendizaje. Y la clave consiste en la utilización de esos recursos, no sólo en incorporarlos y reconocerlos. La capacidad para poder utilizarlos.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

A continuación desarrollaremos aportes en este sentido provenientes del campo de la Psicoterapia

El campo de la psicoterapia. Un camino hacia la integración en resiliencia

El desarrollo del campo de la psicoterapia lleva varias décadas de evolución hacia un paradigma de integración. Se trata de un movimiento en constante construcción, que se puede describir en distintos planos o ejes:

-Integración entre escuelas o modelos de psicoterapia, como ser la integración de los modelos cognitivos y conductuales que en la actualidad conocemos como Terapia Cognitivo Conductual (TCC), pero también la integración de otros modelos como los sistémicos, existenciales y vertientes de los modelos psicodinámicos (Feder 2009)

-Integración en distintos niveles de procesos interrelacionados: epigenética, psiconeuroinmunoendocrinología y psicoterapia, enmarcados dentro del avance de las neurociencias. (Tafet, 2005, 2015) Un abordaje integrativo implica conocer y comprender que una modificación en uno de estos niveles va a generar modificaciones en los restantes y en el plano específico de la psicoterapia una intervención terapéutica estimulará cambios en los otros niveles (por ejemplo, en el neurobiológico), requiriendo para consolidarse que estos cambios se sostengan en el tiempo. Por otro lado, intervenciones en otros niveles, como las estrategias farmacológicas, producen modificaciones en las emociones, pensamientos y conductas. Esto permite utilizar múltiples estrategias de intervención simultáneas y complementarias (Beck, 2008)

Psicoterapia

Existen múltiples definiciones de psicoterapia, ya que cada modelo la define en base a lo que considera relevante tanto en el proceso de generación de un trastorno como así también en el aspecto que considera relevante para abordar en su resolución y/o tratamiento. Por ejemplo, la alteración en la cognición, el aprendizaje de conductas desadaptativas, la modificación de relaciones y equilibrios en un sistema, entre otros. Si tomamos en cuenta los diferentes componentes y focos de atención de los principales modelos, una propuesta de aproximación genérica al concepto de psicoterapia podría ser la siguiente:

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Una serie de procedimientos basados en una relación humana que se transforma en un potencial agente de cambio, permitiendo y diseñando intervenciones que basadas en intercambios comunicacionales se orientan a producir modificaciones en distintos procesos de quien consulta: pensamientos, emociones, sensaciones, vínculos, hábitos, conductas, incluso imágenes, enmarcándose en un contexto compartido social y cultural dentro del cual esas modificaciones adquieren un sentido y una orientación.

Esta descripción no sólo implica múltiples niveles y dimensiones de intervención, sino que también implica que la psicoterapia debe desarrollarse dentro de una estructura coherente que requiere de una serie de elementos ordenados: diagnóstico y conceptualización, psicoeducación, planteo de objetivos consensuados, diseño de la estrategia para el abordaje de esos objetivos, selección de las distintas técnicas y situaciones donde se podrá intervenir, modos de evaluar el desarrollo del proceso psicoterapéutico y el fundamental establecimiento y monitoreo constante de una adecuada relación terapéutica, siendo éste uno de los factores centrales para su eficacia.

Estos elementos estructurales son factores comunes a cualquier psicoterapia, independientemente del marco teórico del cual se parta, y en la formación actual de psicoterapeutas se constituyen en unos de los focos principales del entrenamiento (Fernández Alvarez, 2004, 2011).

Retomando la definición, la psicoterapia busca ampliar el repertorio de recursos de afrontamiento, el aumento en la percepción de capacidad de control y el desarrollo de una mayor habilidad adaptativa, que en su conjunto permitan una mejora en la calidad de vida, siendo este último el principal objetivo del proceso.

Para que una estrategia de cambio resulte eficaz y perdure en el tiempo, se requiere de un proceso de aprendizaje que como tal deberá producir modificaciones en estructuras cognitivas como la memoria de largo plazo, implicando cambios neurobiológicos (Kandel, 2001). Estos cambios se mediatizan y estimulan a partir de procesos comunicacionales provenientes de un nivel diferente, siendo una de las evidencias que apoyan el concepto de integración, y dependen en gran medida de una sólida relación humana (relación terapéutica) que constituye en sí mismo un factor

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

potencialmente terapéutico. La relevancia emocional que ese aprendizaje implica para la persona es otro factor central en el proceso. El vínculo que se establece entre terapeuta y paciente puede modificar, por ejemplo, memorias vinculares patógenas y en el desarrollo de recursos en resiliencia resulta un factor de gran relevancia (Dubourdieu, 2008). Hemos mencionado la importancia otorgada a los vínculos en el estudio de la resiliencia

La psicoterapia propicia trabajar con intervenciones que posibiliten modificar la percepción de los factores de estrés y de los propios recursos, y aumentar la posibilidad de la puesta en marcha de nuevas estrategias de afrontamiento eficaces. En este sentido la integración de recursos de diferentes escuelas psicoterapéuticas potencia el proceso, principalmente estimulando las capacidades para la resiliencia o procurando también modificar alteraciones derivadas del estrés (psiconeuroinmunoendócrinas) (Dubourdieu, 2008).

Según Rajchenberg (2017) ninguna persona escapa a la adversidad y todas las personas somos potencialmente resilientes. El desafío es encontrar la forma de realizar la diferencia y, en este sentido, los distintos modelos de psicoterapia ofrecen las claves para su desarrollo.

Aspectos resilientes de la personalidad e integración de modelos psicoterapéuticos

Los modelos psicoterapéuticos construyen una particular visión de lo que consideran relevante en la constitución de la personalidad y los procesos de salud – enfermedad. A partir de allí, diseñan intervenciones para su abordaje que focalizan en aquello que precisamente consideran relevante (cogniciones, conductas, emociones, significados existenciales, construcciones inconscientes). Así como mencionamos la multidimensionalidad en la resiliencia, los distintos modelos psicoterapéuticos brindan claves para intervenir en ella. Veamos algunos ejemplos de ello:

Modelo cognitivo

La forma de procesamiento de la información puede determinar una mayor tendencia a la vulnerabilidad o bien a la resiliencia. Según el modelo cognitivo de Beck (1990), la mente es entendida como un sistema que procesa información y una cognición es entendida como el proceso que incluye el ingreso de una información al sistema, su almacenamiento y su cotejo con información previamente existente. Un proceso psicopatológico es entendido como una alteración en la cognición, específica y característica en cada trastorno y la terapéutica consistirá en reestructurar los procesos de cognición de modo tal que pueda modificarse y corregirse tal alteración. La reestructuración implica el reemplazo de creencias disfuncionales que se puedan identificar; a través de la construcción de creencias que posean una capacidad más adaptativa; y la identificación y corrección de distorsiones cognitivas (Beck, 1995). El reemplazo de creencias limitantes por *creencias potencializadoras*, concepto de Robbins (en Kerman 2002), permiten una mayor optimización de los recursos. Del mismo modo, A. Ellis (en Meyer, 2010) propone el reemplazo de creencias irracionales con gran carga afectiva por creencias más flexibles. Las alteraciones en la cognición pueden configurar un modo de procesamiento de la información en el cual una persona llegue percibirse a sí mismo, al mundo y al futuro de modo negativo. Este modo se define como tríada cognitiva y se constituye en una de las características principales de la depresión. Los modelos constructivistas aportan recursos de gran importancia, ejemplo de ellos es el uso de técnicas narrativas para construir nuevos significados y modos para que la persona se redefina a sí misma y a sus circunstancias. (Beck, 2005)

Martin Seligman (1975) acuñó el concepto de *desesperanza aprendida* para describir la situación sufrida por un animal sometido, en condiciones experimentales, a una situación de estrés crónico de la que le es imposible huir. Tras comprobar que sus esfuerzos resultan inútiles, el animal se abandona sin oponer resistencia. Años más tarde, afirmó que de igual manera se podía aprender el optimismo, es decir, generar un proceso de aprendizaje que lleve a la *esperanza aprendida*. El autor es el principal referente de la **Psicología Positiva** y este modelo o escuela es uno de los más contemporáneos. Se caracteriza por ubicar el foco de atención en aquellos procesos que puedan generar bienestar, implicando un viraje en el modo tradicional de conceptualizar e investigar en salud mental, tal como se ha descrito el paradigma actual en salud al

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

principio de este capítulo. Son de gran importancia en el desarrollo de capacidades resilientes los aportes de las estrategias de la Psicología Positiva que focalizan en el uso del humor intentando reducir el dramatismo de ciertas situaciones; estrategias de reconocimiento y agradecimiento de la persona hacia quienes lo rodean y acompañan; estrategias que apuntan al desarrollo de capacidades altruistas y solidarias, que aporten sentido, satisfacción y refuerzos positivos para la persona a través de la respuesta del entorno.(Meyer, 2010)

Perspectiva Sistémica

Generalmente, cuando se habla de resiliencia se hace en función de un individuo. La teoría sistémica aporta la visión del individuo dentro de un sistema que lo trasciende. Familias con estructuras sólidas, claras fronteras, cohesivas, flexibles, y con buen flujo de comunicación, favorecen los aspectos resilientes de sus miembros. Las estrategias psicoterapéuticas podrán trabajar y estimular modificaciones en las creencias y mitos familiares que ubican a una persona en un determinado lugar y con un determinado rol dentro del sistema que le da sentido y sostiene su estabilidad.(Feixas 1993)

Perspectiva Humanística

SegúnV. Frankl (2004), creador de la Logoterapia, el hombre posee una capacidad plena de elección, libertad que nunca se pierde. En esta línea, sostiene para el ser humano una voluntad de sentido. Tal búsqueda del sentido es la capacidad inherente del ser humano de trascender sus dificultades. La frustración existencial se produce cuando se frustra el deseo de sentido para el hombre. En el caso de individuos resilientes, *el sentido de la vida cambia en forma constante, pero nunca cesa*. El desarrollo de estrategias resilientes desde este punto de vista, requerirá de una estimulación y acompañamiento del terapeuta en la búsqueda y creación de nuevos sentidos, que otorgue a la persona una perspectiva motivadora hacia futuro y mayor seguridad y confianza en el presente.

Carl Rogers (1987), también desde una perspectiva existencial, sostiene que «El hombre posee una tendencia innata a la autorrealización, que puede ser obstaculizada,

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

pero no destruida». Las estrategias existenciales proponen potenciar las motivaciones, los valores y las perspectivas de sentido, pudiendo generar mayor tolerancia a estímulos y situaciones adversas en función del sentido positivo que pueden construir sobre sus elecciones y acciones.

Análisis Transaccional

El modelo de Eric Berne (Kertesz, 2010) aporta una cantidad de instrumentos didácticos de desarrollo de aspectos resilientes. Tres de ellos son: *caricias*, *argumento de vida vs plan de vida* y *emociones auténticas vs emociones sustitutivas*. Las *caricias* son estímulos sociales dirigidos de un ser vivo a otro en función de reconocer su existencia. El desarrollo de una sólida fuente de *caricias positivas*, sobre todo *incondicionales*, favorece el desarrollo de aspectos resilientes, pues están asociadas al fortalecimiento de la autoestima y autoconfianza (es el reconocimiento de la aceptación y la importancia que la persona tiene para sus afectos, más allá de que haga lo que los demás desean o elija un camino diferente). Es de gran importancia la construcción de un adecuado *plan de vida* (elección de las metas y objetivos a partir de las motivaciones e intereses) más adaptativo desde el adulto, que pueda reemplazar en su mayor medida al *argumento de vida* aprendido en la infancia en la familia de origen (lo que se espera y el lugar que se le otorga a ese integrante) y que puede constituir la fuente de importantes conflictos en la adultez. En cuanto a las emociones, las *emociones auténticas* son aquellas instintivas ligadas a la supervivencia y compartidas con el resto de los animales (miedo, ira, tristeza, alegría, afecto), mientras que las *emociones sustitutivas* son aquellas aprendidas por ajuste social. En determinados sistemas se censura o se ignora la expresión del miedo o de la tristeza mientras que se permite o se presta atención a la expresión de ira, incluso la culpa o la vergüenza. Un individuo aprende a sustituir determinadas *emociones auténticas* por aquellas que en su sistema de pertenencia sean atendidas o aceptadas, como una forma de adaptarse a su sistema. Un ejemplo de ello puede ser el de expresar ira o enojo cuando la *emoción auténtica* puede ser la de tristeza o miedo frente a una frustración, una pérdida o un desafío difícil que debe afrontar. Las emociones sustitutivas, si bien intentan cumplir una función adaptativa dentro del sistema, impiden el adecuado afrontamiento del factor o situación causante de la emoción y, en este sentido, dificultan los modos de comunicarse y vincularse con la red social de apoyo. Las estrategias que buscan desarrollar un *adecuado plan de vida*, la

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

búsqueda y aceptación de fuentes de *caricias positivas* y el reconocimiento de las *emociones auténticas* permiten el desarrollo de aspectos resilientes desde esta escuela.

Por supuesto que muchos modelos aquí no citados también aportan sus recursos, esta es una breve síntesis que pretende ilustrar lo que la integración puede generar como concepto.

De este modo, mencionando a Dubourdieu (2008) y Celnikier (2007), podemos afirmar que ninguna escuela de psicoterapia lo explica todo ni da solución mágica al padecer humano. Cada una de ellas saca mejor provecho de alguna función o recurso especial en todas las dimensiones del sujeto. Y cada una de estas corrientes terapéuticas tiene también sus zonas de carencia.

Psicoterapia y Relación Terapéutica

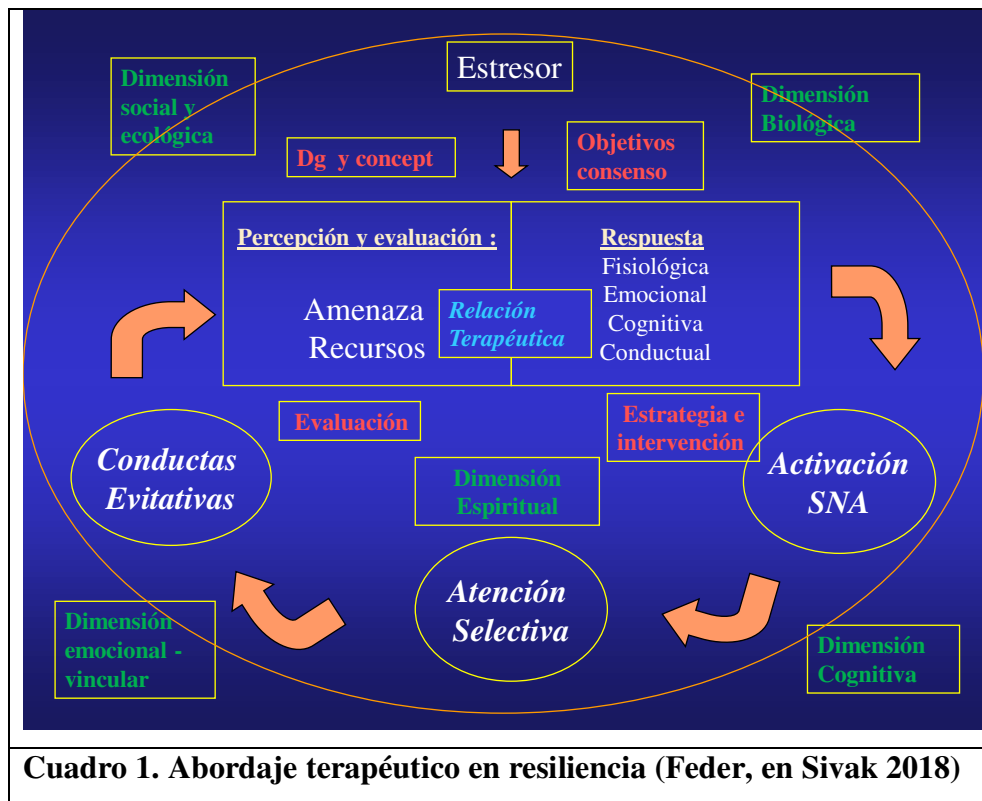
Retomando uno de los factores comunes centrales entre las escuelas, la relación terapéutica y la comunicación, Roberto Sivak (2002) afirma que para que una psicoterapia resulte eficaz habrá que encontrar caminos que nos permitan llegar adonde conviven el afecto y la palabra. Fernando Lolas Stepke subraya (en Sivak y Wiater 2002) que "el sistema verbal es un constituyente esencial del afecto, tanto en sus dimensiones conscientes como en las inconscientes. El ser humano necesita verbalizar sus sentimientos y emociones, convertir en palabra y en diálogo sus afectos. El diálogo es con uno mismo, con los otros, con el pasado, con el futuro". En la perspectiva de Sivak, el diálogo es la concreción y puesta en acto de las emociones. Primero uno conoce, reconoce, identifica; luego lo representa, lo simboliza, le pone palabras. Por esto el terapeuta debe enseñarle al paciente a descubrir las conexiones que existen entre sus reacciones físicas y sus afectos. Y para que esto sea posible, habrá que ofrecerle nuevas herramientas y recursos para ganar en flexibilidad e imaginación.

Esto demuestra que, más allá de las técnicas que ofrece cada modelo, una de las pistas para el éxito terapéutico es trabajar con cada paciente, con su texto y su contexto. La persona, la situación, el ambiente, la circunstancia; todos suman a la hora de salir en busca de las palabras y la posibilidad de echarlas a volar. Sivak refiere estos conceptos al trabajo en estrategias terapéuticas en Alexitimia, pero claramente son aplicables en un

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

todo en el campo de la resiliencia. Sin una adecuada relación de confianza entre terapeuta y paciente, este proceso no puede realizarse

¿Existe una Psicoterapia de la resiliencia?



Cuadro 1. Abordaje terapéutico en resiliencia (Feder, en Sivak 2018)

A partir de lo que hemos recorrido, y aproximándonos al final de este trabajo, si bien no existe una psicoterapia específica de la resiliencia, un abordaje psicoterapéutico en resiliencia debe integrar y contemplar todos los elementos que hemos mencionado. Requiere de un ordenamiento desplegado en cuatro ejes: (Feder, 2018)

- * un *primer* eje de integración multinivel biopsicosocial,
- * un *segundo* eje de integración de distintas escuelas de psicoterapia,
- * un *tercer* eje de conceptualización y adecuado diseño de la estrategia terapéutica,
- * un *cuarto* eje que contemple la construcción de un sólido vínculo terapéutico

Los cuatro ejes son simultáneos y de similar importancia.

En el eje multinivel se tendrá en cuenta la multidimensionalidad (Dubourdieu, 2008) evaluando los factores y condiciones de vulnerabilidad y de protección presentes en

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

cada dimensión. Se tendrán en cuenta los que se encuentran en este momento de la vida, aquellos que han estado presentes en la historia, y las expectativas de futuro que la persona muestre en cada uno de ellos. Las dimensiones se pueden dividir en 5: *la dimensión biológica, la dimensión cognitiva, la dimensión emocional y vincular, la dimensión social y ecológica y la dimensión espiritual o existencial.*

En cada una de ellas se plantearán objetivos terapéuticos consensuados y se podrá diseñar una estrategia acorde a las posibilidades y condiciones.

En el eje de integración de escuelas se pondrá énfasis en los aportes resilientes que cada modelo privilegia, y se los vinculará con cada una de las dimensiones para trabajar en ellas.

En el eje de conceptualización y diseño de la estrategia se tendrá especial atención en la Psicoeducación y el consenso en el planteo de los objetivos a trabajar. Los objetivos del paciente y el terapeuta suelen tener diferencias y es esencial a través de la psicoeducación lograr una adecuada puesta en común de los mismos, tanto en el orden jerárquico de importancia, de urgencia y de interés o motivación. Luego se acordará la estrategia de abordaje posible y conveniente en cada uno de ellos.

En el cuarto eje, será fundamental la construcción de una sólida alianza terapéutica, que permita generar un clima de confianza y seguridad. La actitud y predisposición del terapeuta para lograr una adecuada empatía constituyen condiciones esenciales en este aspecto. La alianza terapéutica es fundamental en la eficacia para la verbalización y expresión de los afectos, como ya se expresó en el presente capítulo.

La combinación de los 4 ejes implica una interrelación tal que, como muestra el cuadro 1, invita a tener presente que desde cada lugar que estemos trabajando estaremos trabajando todo el conjunto de posibilidades. El cuadro parte de la percepción, evaluación y respuesta ante una situación de estrés (adversidad) (Salkovskis 1996) y desarrolla el despliegue de los 4 ejes mencionados.

Se concluye entonces que, en el abordaje y desarrollo de estrategias que persigan el objetivo de facilitar aspectos resilientes, la integración en psicoterapia permite la elaboración de múltiples posibilidades, brindando distintas llaves que en cada

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

persona podrán abrir las puertas que den lugar a la mejora en su calidad de vida, objetivo último de la psicoterapia.

Referencias Bibliográficas

- Beck, A. T. (2008). Evolución del modelo cognitivo de la depresión y sus correlatos neurobiológicos. *American Journal of Psychiatry*, 165, 969-997.
- Beck, A.T., Rush A.J., Shaw B.F., Emery, G. (1990). *Terapia cognitiva de la depresión*. New York, USA: Desclée de Brouwer.
- Beck, J. S. (1995). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Barcelona, España: Gedisa.
- Beck, A. Emery, G.(1985). *Trastornos de ansiedad y fobia*. España: Desclee de Brouwer
- Cabanyes Truffino, J.(2010) *Resiliencia: una aproximación al concepto*. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. Elsevier Doyma. Barcelona España. 2010 3(4)
- Celnikier, F. (2007). *Construcción cuerpo-mente. Raíces de la terapia integrativa*. Buenos Aires, Argentina: Salerno.
- Cyrulnik, B. (2001). *La maravilla del dolor, el sentido de la resiliencia*. Barcelona, España: Granica
- Dubourdieu, M. (2008). *Psicoterapia integrativa PNIE, psiconeuroinmunoendocrinología: integración, cuerpo, mente, entorno*. Montevideo, Uruguay: Psicolibros.
- Erikson, Erik (2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Feder, D.J. Tafet, G. E., Fernández Cao, J. (2009). Aportes al paradigma integrativo en psicoterapia: abriendo caminos desde la psicoterapia cognitiva y el análisis transaccional. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 55(2), 123-126.
- Fernández-Álvarez , H. y Opazo, R. (2004) *La integración en psicoterapia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós
- Fernández Álvarez, H (2011) *Paisajes de la Psicoterapia. Modelos, aplicación y procedimientos*. Buenos Aires, Argentina. Polemos

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

- Fleixas, G., Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós
- Fleming, John; Ledogar, Robert J (octubre de 2008). *Resilience, an Evolving Concept: A Review of Literature Relevant to Aboriginal Research*. Pimatisiwin 6 (2)
- Frankl, V. (2004) *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder Editorial. Versión original año 1946
- Grotberg, E (1995) “A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit” *Early Childhood Development: Practice and Reflections*. Number 8. Bernard Van Leer Foundation, La Haya, Países Bajos.
- Gross, R. (2013). *Psicología. Ciencia de la Mente y la Conducta. México. Manual Moderno*
- Harvey M. *An ecological view of psychological trauma and trauma recovery*. J Trauma Stress. 1996;9
- Kandel, E (2001) *Aprendizaje y Memoria. Principios de Neurociencias*. 4 ed, Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana
- Kerman, B. ed. (2002). *Nuevas ciencias de la conducta. Aplicaciones para el tercer milenio*. Buenos Aires, Argentina: UFLO.
- Kertész, R. Atalaya, C y Kertész, A.(2010) *Análisis Transaccional Integrado*. 4 ed. Buenos Aires, Argentina: Uflo
- Kübler-Ross, E. (2014). *La rueda de la vida*. Barcelona, España. Vergara
- Löesel, F., Bliesener, T., Kferl, P. (1989). *On the Concept of „Invulnerability“: Evaluation and First Results of the Bielefeld Project*. En Brambring, M.; L^esel, F.; Skowronek, H. *Children at Risk: Assesment, Longitudinal Research and Intervention*. Walter de Gruyter, Nueva York, EE.UU.
- Luthar, S. Cicchetti, D., Becker, D. (2000) *The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work*. *Child Development*, 71 (3)
- Meyer, C (2010) “*Los nuevos Psi*”. Buenos Aires, Argentina: Sudamericana
- Organización Panamericana de la Salud (OPS)(1998) *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. División de Promoción y Protección de la Salud (HPP), del Programa de Familia y Población. Washington, D.C,U.S.A.
- Osborn, A. (1994). *Resiliencia y estrategias de intervención*. BICE, Ginebra, Suiza

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

- Rajchenberg, S. (2017) *Resiliencia familiar. XXII Congreso Argentino de Psiquiatría (APSA)*. Mar del Plata, Argentina
- Rogers C. (1987) *Grupos de encuentro*. Madrid: HF Martínez de Murguía Ed. 1987.
- Rutter, M. (1987) *Psychosocial resilience and protective mechanisms*. American Journal of Orthopsychiatry , 57 (3)
- Rutter, M. (2006) *Implications of resilience concepts for scientific understanding* . Annals of New York Academy of Sciences, 1094.
- Salkovskis, P (1996).*The cognitive approach to anxiety: threat beliefs, safety-seeking behavior, and the special case of health anxiety and obsessions*. In: Salkovskis P M, ed. *Frontiers of Cognitive Therapy*. New York: Guilford
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. San Francisco: W.H. Freeman.
- Seligman, M, Steen, T., Park, N., y Peterson, C.,(2005) *Positive psychology progress. Empirical validation of interventions*”, American Psychologist, n° 60
- Seligman, M. (1995) *No puedo ser más alta, pero puedo ser mejor: el tratamiento más adecuado para cada trastorno*. Barcelona: Grijalbo
- Seligman, M. (2006) *Positive psychotherapy*. American Psychologist, n°61
- Sivak, R. y Wiater, A.(2002) *Alexitimia, la imposibilidad de verbalizar los afectos*. Buenos Aires, Argentina: Paidós
- Sivak, R (Compilador)(2018). *Resiliencia. De las Neurociencias a las redes sociales*. Buenos Aires. , Argentina. Akadia
- Tafet, G.E., Battafarano, M. Feder, D. J. (2009). *Fundamentos neurobiológicos de la Psicoterapia*. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de AméricaLatina*,55 (4),249-260.
- Tafet, G.E., Feder D. J., Abulafia, D.P., Roffman, S.S. (2005). *Regulation of hypothalamic-pituitary-adrenal activity in response to cognitive therapy in patients with generalized anxiety disorder*. *Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience*, 5(1), 37-40.
- Tafet, G. and Nemeroff, Ch. (2015) *The Links Between Stress and Depression: Psychoneuroendocrinological, Genetic, and Environmental Interactions*. [The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences](#). 2016 Spring;28(2):77-88.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

- Vanistendael, S. (1994). *La resiliencia: Un concepto largo tiempo ignorado*. BICE. Ginebra, Suiza.
- Werner, E.(1984) *Resilient children*. Young children, 1.
- Werner, E. , Smith, R.S. editores (1992). *Overcoming the odds: high risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY, USA: Cornell University Pre

Algunas ideas desde las Ciencias de la Administración sobre Centro de Día en sus 40 años

Jorge Franco

Desde una visión de macro gestión:

Es la segunda oportunidad que se me presenta para participar en la publicación de un libro con motivo de evocar los años de la creación de Centro de Día, la primera vez fue para conmemorar los primeros 30 años y en esta oportunidad los primeros 40 años, cabe destacar en primer término, que esto no es un caso frecuente en nuestro país en las organizaciones en general, las Pymes en particular y lo mismo cabe para el sector de prestación de servicios de salud donde la empresa se desempeña.

Por eso creo importante describir, desde la mirada de las ciencias de la administración, algunos aspectos que la caracterizan. Comienzo por mencionar el concepto de sustentabilidad organizacional, que en esta oportunidad lo defino como la capacidad que tiene la organización de generar los recursos suficientes para sobrevivir y crecer en complejidad en el sector en que se desempeña, por medio del rediseño constante de los servicios que ofrece, incorporando permanentemente nuevas prestaciones, al tiempo que van resolviendo con la capacidad de resiliencia que tiene la organización, los desafíos y problemas que se presentan en el interior de la organización y su entorno.

Destaco en el caso particular de centro de día, la capacidad de anticipación a los cambios de paradigmas en la salud, pues se adoptó desde su fundación, la aplicación de un modelo socio sanitario teniendo en cuenta, para el diseño de los distintos programas prestacionales, basarlos en las necesidades insatisfechas específicas de la población de adultos mayores en nuestro país, y también las tendencias que se presentan a nivel mundial, producto de los cambios sociales y demográficos. En consecuencia considero a la supervivencia organizacional un producto de la casualidad, sino entre otras cosas, el resultado de tener claro por la dirección desde el inicio, los objetivos

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

fundacionales de Centro de Día y la aplicación de un proceso continuo de planeamiento, donde se destaca el conocimiento profundo del sector y sus tendencias, que se fue consolidando, hasta la actualidad a través de decisiones, enmarcadas en los principios, de la calidad prestacional y la mejora continua.

Para continuar con el tratamiento del tema planteo una serie de interrogantes para enfatizar la necesidad de la aplicación de tecnologías modernas de gestión convencido que, mediante la aplicación de esas prácticas, a las cuales, con un bajo o mínimo costo, están en condiciones de acceder las organizaciones como Centro de Día, para que puedan lograr conseguir ventajas competitivas que garanticen su permanencia en el sector, a partir del diseño de una estrategia apropiada consistente con la cultura, la visión y las características de la misión de la organización,.

¿Porque pueden ser útiles los aportes de las ciencias de la administración ?.

Comienzo por definir el objeto de estudio de la administración, que son las organizaciones, a las que puedo definir las como sistemas socio técnicos complejos, que se caracterizan por ser artificiales, creadas por el hombre, para realizar tareas que por sus características de complejidad, una sola persona no podría ejecutar.

La solución al problema anterior de cómo es hacer una tarea compleja, es dividiéndola en tareas más simples, que pueden ser ejecutadas en forma simultánea y/o secuencial por medios mecánicos o humanos. El secreto del éxito, está en dividir correctamente y en definir cuidadosa y secuencialmente las actividades que son necesarias, realizar para lograr el objetivo, en otras palabras planificarlas, coordinarlas asignándolas a diferentes personas, y controlar su ejecución.

Para hacer esto, se emplean tecnologías (Hardware Software, maquinarias y equipos) y se definen las competencias individuales especiales que deben tener las personas, que trabajando coordinadamente en la organización, pueden realizar actividades complejas que una sola persona no podría hacer.

En otras palabras la administración es un proceso, que se realiza en forma continua en todas las organizaciones, para resolver los problemas complejos que se presentan, trabajando en equipos interdisciplinarios. Consiste en prever, organizar,

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

coordinar y controlar las actividades definidas para alcanzar objetivos estratégicos para los que la organización fue creada.

Esta aproximación a la definición de organizaciones y administración parece simple pero, si agrego algo más de complejidad, diciendo que las personas que definen la visión y la misión de la organización, es decir quienes se desempeñan en el nivel más alto y ejercen la dirección, necesitan conseguir el apoyo y la confianza del equipo para alcanzar las metas.

Tomo por ejemplo lo dicho por Yubal Noah Harari en su libro “Sapiens de animales a dioses una breve historia de la humanidad” que expresa, “Contar relatos efectivos no es fácil. La dificultad no estriba en contarlos, sino en convencer a todos y a cada uno para que se los crean. ¿Cómo convence uno a millones de personas para que crean determinadas historias sobre dioses, naciones o corporaciones ?. Pero cuando esto tiene éxito, confiere un poder inmenso a los sapiens, porque permite a millones de personas, cooperar y trabajar hacia objetivos comunes. Gran parte de la historia humana gira alrededor de esta cuestión,...Los tipos de cosas que la gente crea a través de esta red de narraciones son conocidos en los círculos académicos como ficciones, constructos sociales o realidades imaginadas. A medida que pasaba el tiempo, la realidad imaginada se hizo cada vez más poderosa, de modo que en la actualidad la supervivencia de ríos, árboles y animales depende de la gracia de identidades imaginadas, tales como dioses, naciones o corporaciones.”, Por lo tanto esta es la tarea más importante de la dirección y debe ser reflejada en cada una de sus decisiones.

Refiriéndome a estas últimas entidades imaginadas que menciona el autor citado, puedo decir que vivimos en un mundo corporativo, en el que las organizaciones públicas, privadas, del tercer sector, son la verdadera fuente del poder social en la sociedad, donde la supervivencia, viabilidad y el desarrollo sustentable de nuestra civilización, dependen de la capacidad de poder gestionarlas con éxito por las que las dirigen.

El grado actual de complejidad que presenta una sociedad desarrollada, requiere disponer de organizaciones complejas, gestionadas correctamente. Una característica del subdesarrollo, es la falta de organizaciones complejas sustentables, eficaces y eficientes agrupadas en el estado que, cuando está mal administrado es incapaz de tomar las decisiones correctas, para satisfacer las necesidades sociales, por lo que puedo calificar a la capacidad de gestión como un activo social, y estratégico en nuestra sociedad.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Volviendo a Centro de Día, la organización que me hace generar estas reflexiones, Centro de Día, considero que es una excelente representación de lo que en física y matemáticas se denominan "sistemas caóticos" o "sistemas complejos". Como toda empresa es un sistema complejo y por lo tanto no se pueden realizar predicciones de certeza sobre su comportamiento en el futuro, el alto grado de incertidumbre, es válido en las circunstancias que se toman las decisiones diarias en la organización.

Siempre al momento de decidir en estas circunstancias, se sabe cómo se empieza pero se desconoce cómo será el resultado final, además como la empresa es un sistema abierto, en su devenir, intercambia continuamente energía y materia con su entorno, esto está expresado en el caso de Centro de Día por los recursos que obtiene y los bienes y servicios que produce, también es un proceso dinámico porque sus propiedades cambian a lo largo del tiempo, por eso me parece aplicable el consejo que da Peter Drucker que recomienda al empresario, analizar continuamente cuál es su negocio y cómo va cambiando a través del tiempo, su evolución y transformación son irreversibles, por lo que hasta el objetivo por el cual la organización fue creada puede cambiar sustancialmente durante el transcurso de su existencia.

Pero aun así, cuando los resultados de las decisiones diarias son impredecibles, y el grado de incertidumbre en que se toman las decisiones es alto, es necesario tomarlas continuamente con el mayor grado de racionalidad posible, para poder garantizar la sustentabilidad de la organización en el tiempo.

¿Que requiere una organización para ser sustentable?

Por lo dicho anteriormente, para continuar con el objetivo del capítulo, voy a bajar el nivel de análisis teniendo como, ejemplo la organización, Centro de Día, que en nuestro medio podemos clasificarla como una empresa no grande (Pyme), como lo son el 99% de las empresas en la Argentina, presta servicios en el sector de la salud, a población de ancianos con fragilidad y dependencia, de manera ambulatoria y domiciliaria, fundada hace 40 años por dos profesionales de la salud, que deben tomar decisiones diariamente, para poder sobrevivir y desarrollarse en un entorno complejo, caracterizado por un rápido ritmo de cambio y alto nivel de incertidumbre..

Es imposible gestionar en forma adecuada una organización, sin contar en primer término con el conocimiento de herramientas de gestión, que aplicados por la

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Dirección, permitan realizar la planificación del negocio, construyendo modelos que muestren la descripción de los probables escenarios futuros que se presentaran en el sector de la salud en el que esta Centro de Día

Como dije anteriormente, las organizaciones, son el resultado de las acciones racionales de los individuos que las crearon, para lograr un objetivo complejo. De allí que el primer paso importante en el camino de la supervivencia sustentable, es describir la Visión futura del sector. Es decir hacer un modelo que muestre el estado futuro del mercado donde la organización actúa y se desarrolla, tratando de definir la condiciones sociales, económicas y políticas del mismo, y luego describirla por medio de varios escenarios futuros posibles, donde se muestre el impacto que tendrán sobre la organización los valores que tomen las diferentes variables consideradas en el modelo, mostrando las oportunidades y amenazas que se presentarán en el futuro.

El paso siguiente es definir la Misión, es decir luego de analizar las fortalezas y debilidades internas que presenta le empresa, ver a partir de ellas cuál será el rol que la organización tendrá en cada uno de esos escenarios futuros, teniendo en cuenta las oportunidades y amenazas que se le presentan, si son alcanzables por la empresa, y si van a disponer de las capacidades y recursos para lograrlo, la misión debe ser descripta en términos operativos, que permitan definir una estrategia que describa el camino para lograr el objetivo.

El proceso de planificación estratégica no termina allí, la misión de la organización definida en el escenario futuro elegido como el más probable no es subjetiva de quienes dirigen la empresa, debe ser el producto final de todos los que participaron en el proceso.

Por último si el proceso de planeamiento se limita a esta etapa va a quedar solo como una expresión de buenas intenciones, la misión debe ser transmitida y compartida por los miembros que participan en el proceso de decisiones diarias que se realiza en la empresa.

Solo de esta manera es posible lograr el nivel de compromiso necesario para implementar con éxito una estrategia competitiva para lograr la misión, este proceso continuo y participativo, requiere de tiempo esfuerzos y costos, pero fundamental para no comportarse como el conejo de Alicia (Un personaje del libro de Lewis Carroll) que estaba siempre ansioso y apurado por llegar a ninguna parte, lo que lleva al síntoma

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

organizacional donde las personas se esfuerzan por hacer bien cosas innecesarias, para el objetivo de la organización.

Es necesario destinar todo el tiempo y esfuerzo necesario a esta tarea, lo que genera un costo que es necesario afrontar por la empresa, y que la dirección debe tener siempre presente, para desarrollar la capacidad de conectar la misión de la empresa con la implementación de una estrategia viable para alcanzarla.

La Dirección es también responsable de la creación y formación del equipo interdisciplinario, y del ambiente de trabajo adecuado para que el equipo que debe poseer las competencias profesionales y personales necesarias para superar las dificultades de implementación, y tener la capacidad de ver más allá de los límites de su tarea específica en el trabajo diario y más allá del marco de la organización en la que trabaja haga bien su trabajo.

En el caso de Centro de Día, que está transitando sus primeros 40 años, se hace necesario orientar continuamente, las acciones y realizar el esfuerzo, para comprender las necesidades cambiantes de los pacientes y del grupo familiar que los sostiene, conocer las tendencias de la sociedad en lo relacionado con el envejecimiento poblacional y ser capaz de diseñar, o adaptar los programas de atención que requieren las nuevas realidades sociales. (Ej. En Centro de Día, el proyecto de la incorporación de la sala de estimulación sensorial, o el programa 5000 con énfasis en determinadas actividades sociales).

Todo este proceso debe realizarse respetando cuidadosamente el marco del sistema de creencias y la escala de valores compartidos, que toda organización cuenta en forma implícita o explícita y que guían las decisiones diarias, (Ej. En Centro de día es tema de discusión en las reuniones periódicas que la dirección, mantiene con los coordinadores de los distintos programas y tratan sobre temas como, mejorar el trabajo en equipo, la definición de lo que se entiende por la calidad en los servicios que se prestan, la mejora continua en la forma de abordaje interdisciplinario de la problemática de los pacientes vistos desde una visión funcional, poniendo énfasis, en un continuo de atención de, normalidad, fragilidad, dependencia.

También es responsabilidad de La Dirección definir, el nivel de conocimiento, y capacitación permanente que debe facilitarles a sus miembros, la organización. El incentivo a la participación de los recursos humanos en actividades científicas y

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

académicas, es una inversión en el capital humano de la organización, aunque esto tenga un costo y signifique una reducción de la rentabilidad en el corto plazo.

Un requisito del éxito y la responsabilidad básica de la Dirección, es que este proceso directivo, debe ser continuo y participativo, no debe ser interrumpido por circunstancias coyunturales, en la que es tan fácil caer en nuestro medio.

¿Porque es importante para gestionar contar con valores;

En las organizaciones como Centro de Día predomina el trabajo realizado por profesionales altamente capacitados, a los que no se puede controlar ni regular mediante instrucciones estrictas ni con objetivos impuestos arbitrariamente. Es necesario que cuenten con capacidad de auto organizarse, que deriva esencialmente que asuman libremente un conjunto de valores o principios de acción compartidos, que sean la base para facilitarles la toma de decisiones adecuadas en los problemas que se les presentan. Los objetivos únicamente tienen sentido en la medida en que son la consecuencia de unas determinadas creencias y valores plenamente asumidos.

Por eso es importante la actitud de quienes dirigen la organización, destinar tiempo para meditar y discutir sobre cuales son y cuáles deberían ser los valores que se espera tengan en cuenta los que toman las decisiones diarias.

La dirección debe tratar de definir los valores que comparten los que la crearon y luego difundirlos entre todos los que participan en la organización para que sirvan de marco a la toma de decisiones diarias, formando un ambiente colaborativo, donde se tenga la confianza necesaria, para pedir ayuda a un compañero y compartir la información, que se necesita en la toma de decisiones.

Tener unos cuantos valores verdaderamente claros y asumidos resulta más eficiente para tolerar y asumir creativamente la complejidad e incertidumbre del trabajo diario

El otro aspecto importante es la confianza, definida como un valor fundamental para gestionar exitosamente, para lograrla la Dirección, debe comenzar dando el ejemplo, mostrando coherencia en el pensar, el decir y el hacer, en forma permanente, sin ella es imposible transmitir valores, mostrar la visión y la misión en forma eficaz. Es necesario generar relaciones de trabajo fundada en la confianza

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

En resumen la actividad de la Dirección está directamente orientada a rediseñar culturas y facilitar así el gobierno de los cambios estratégicos de la empresa para adaptarse a su entorno, superar sus tensiones internas y entrenarse para superar las situaciones críticas cuando estas se presenten.

Para concluir esta parte me parece conveniente citar a Peter Druker en su libro “Dirección de instituciones “, sobre las características de liderazgo que deben tener los que dirigen “La pregunta que me hacen con mayor frecuencia los ejecutivos de estas identidades es que cualidades debe tener un líder. Lo importante no es el carisma de un líder sino su misión. Por consiguiente, la primera tarea del líder es considerar a fondo la misión de la entidad que dirige. Una misión debe enunciarse de manera operativa; de lo contrario, sería una mera declaración de buenas intenciones”.

¿Cómo asegurarnos contar con una estructura organizacional adecuada para poder implementar la estrategia?

El primer paso para implementar la estrategia es disponer de una estructura adecuada. Voy a tratar de describir el proceso de estructuración de la organización, como el resultado principal de las acciones ejecutadas en forma cotidiana durante el transcurso de la vida organizacional, que establecen pautas de relación estables entre los individuos, para lograr mejorar la coordinación y regulación de las tareas que realizan diariamente en la organización, y que suponen orientadas al logro de las metas y objetivos, establecidas en el marco de la estrategia organizacional.

Hay que tener en cuenta, la relación e interdependencia existente entre la estrategia adoptada por una organización para el logro de sus objetivos, y el rol de estructura organizacional como herramienta indispensable en la materialización de la estrategia y también la importancia del diseño adecuado del sistema de información organizacional para el buen funcionamiento de la organización

Destaco algunas características que hay que tener en cuenta cuando se diseña o modifica la estructura:

La propiedad de estabilidad y permanencia relativa que estas actividades tienen en el tiempo de vida de las organizaciones, lo que les otorga la característica de hacer previsible su comportamiento, y también la posibilidad de describirlas, formalizarse y

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

representarlas por medio de modelos. En nuestro medio lo mencionado implica que los gastos, que se generan son fijos, y por las exigencias de la legislación laboral vigente extendidos en el tiempo, en el caso específico de Centro de Día, y de todas las organizaciones de salud se constituye en la mayor fuente de los costos organizacionales.

El necesario para diseñar la estructura de la organización, contar con un análisis y diagnóstico previo de las características y el ambiente interno donde se van a desempeñar las personas, para que en función de la estrategia, sirvan como punto de partida realizar las definiciones de la estructura requeridas, es obligatorio tener en cuenta en los procesos de diseño estructural describir los parámetros de diseño internos y externos específicos de la empresa, alertando sobre el peligro de los cambios estructurales que solo quedan en lo formal, que suelen ser un maquillaje, superficial, transitorio, si se olvida que lo esencial es comunicarlos y lograr que sean aceptados por los involucrados.

La estructura formal es un elemento fundamental para proporcionar un ambiente interno adecuado en la organización, en el que las actividades que desarrollan los miembros de la organización, contribuyan al logro de los objetivos organizacionales. En ese contexto una estructura es eficaz si facilita la contribución de los miembros al logro de los objetivos de la organización, y es eficiente si facilita que la gente logre los objetivos y metas organizacionales con el mínimo de costo o consecuencias imprevistas para la organización.

La estructura en las organizaciones tiene dos componentes:

- Lo formal, el componente formal de la estructura se puede identificar con los elementos visibles, susceptibles de ser representados modelados con el uso de diversas técnicas organigramas, manuales, procedimientos, documentación de sistemas, etc.).
- Lo informal, lo que no se ve, lo que no está escrito, lo que no está representado en los modelos formales; las relaciones de poder, los intereses grupales, las alianzas interpersonales, las imágenes, lenguaje, símbolos, historia, ceremonias, mitos, y todos los atributos relacionados con la cultura de la organización, y que generalmente es lo más importante conocer para entender la vida organizacional.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

La suma de los componentes formales e informales constituye la estructura de la organización, es por eso que la estructura formal e informal se encuentra estrechamente relacionadas, y que si se define en forma adecuada la estructura formal debe reflejar, las pautas de comportamiento informal.

Es la existencia de estos elementos, que generan lo que los autores llaman las disfunciones o limitaciones de estructura formal, porque por más sofisticadas que sean las técnicas de modelado utilizadas nunca se podrá prever y prescribir totalmente el comportamiento de las personas.

Los participantes, pacientes y proveedores de las organizaciones se forman modelos subjetivos de lo que perciben en su contacto diario con la organización; y efectúan una evaluación permanente del tipo de trato que reciben, si las decisiones las toman las personas tal como está indicado en las normas y procedimientos es decir proceden en forma en forma burocrática. Mayor es la brecha que perciben entre lo dicho en la estructura formal y los hechos cotidianos, y cuanto mayor sea la diferencia entre lo percibido y lo formalizado, más limitada e inadecuada para tomar decisiones es la representación formal de la estructura.

¿Podemos prepararnos para sobrevivir a la era digital?

En estos momentos se dice que estamos en tiempos de cambios disruptivos que afectan todos los aspectos de la vida, en concreto quiero referirme a los efectos de la digitalización y la automatización de las organizaciones. Hablamos de temas tales como: internet de las cosas, big data, y la inteligencia artificial, en el caso de esta última se utiliza el cerebro humano como modelo para su desarrollo, diariamente tenemos noticias del desarrollo de nuevas aplicaciones que afectan a todas las profesiones, por ejemplo en el campo de la medicina, en el desarrollo de algoritmos para su aplicación en el reconocimiento de imágenes y la búsqueda de la detección temprana de enfermedades como el Parkinson. Muchas de estas aplicaciones tienen como característica su bajo costo de accesibilidad y rápida incorporación en las organizaciones en los campos de las actividades que influyen, en el caso de nuestro país, por sus características de subdesarrollo, la aplicación masiva en las organizaciones es más lenta, pero su avance inexorable, ejemplo de esto, es la incorporación de un robot autónomo en una farmacia

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

de la Ciudad de Córdoba, para asistir en la preparación de pedidos de medicamentos, ejecutando esta labor a una velocidad muy superior a los empleados humanos, con lo dicho anteriormente pretendo destacar el impacto de estas tecnologías en las organizaciones.

En el caso de las actividades y procesos que se realizan en Centro de Día, es necesario conocerlas, estudiar sus virtudes y defectos, para realizar una planificación adecuada de la incorporación de las mismas.

Es un factor fundamental para la viabilidad de la organización, pensar el uso de las Tecnologías de la comunicación y la información (TICS), para obtener ventajas competitivas que aseguren la sustentabilidad futura de la organización. Por ejemplo en la actualidad es fundamental pensar en la implementación en un futuro cercano, de contar con historia clínica digital, que facilite la integración de la información, clínica y administrativa, con nuestros pacientes y financiadores. Aplicaciones de este tipo se están utilizando en el sector de los financiadores privados y también desarrollando para el sector público, seguramente en algún momento se contara con un modelo único de aplicación general y obligatoria para las organizaciones del sector de la salud en nuestro país. Para lo que es necesario planificar desde ahora el desarrollo de nuestros sistemas de información, es decir la inversión en hardware y software necesarios para su adaptación a los requisitos de estas nuevas exigencias, esto requiere la formulación y evaluación de proyectos de inversión adaptados a la capacidad de generación de los recursos de Centro de Día, que permitan determinar el momento oportuno de su implementación, para lograr la digitalización óptima de sus procesos y obtener una ventaja competitiva.

El importante lograr que se piense colectivamente en la organización, la forma que el uso de estas tecnologías puede facilitar y mejorar los procesos internos, e incentivar su utilización. Como ejemplo positivo puedo señalar la incorporación de una aplicación gratuita para la asignación y control de los profesionales que actúan en el programa de la atención domiciliaria programada, que fue propuesta e incorporada por los profesionales involucrados, para resolver el problema. Otros ejemplos en el caso de Centro de Día son el uso obligatorio de la factura electrónica por la AFIP, o la exigencia de un financiador como el caso de PAMI de presentar en forma mensual estadísticas prestacionales y de realizar las recetas en forma de receta electrónica, o el control que realiza la Cámara de Software, sobre el uso de programas con licencias, lo que hace

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

también necesario tener siempre en cuenta los aspectos legales en el momento de incorporar tecnologías.

Estas demandas ocurren en forma continua, y para ello la dirección debe estar preparada y tener una actitud proactiva, fomentar el uso de los medios digitales, capacitar al personal, e incentivar la generación de propuestas de mejora en la gestión.

Referencias Bibliográficas

Barca R.E, Pamplega E.L.,Vazquez E.N.(2019) Propuestas para la atención integral de los ancianos Buenos Aires Hacer y Decir. CDD 613.0438.

Drucker, P. (1991). Dirección de instituciones sin fines de lucro- (7ma. Edición). Buenos Aires: El Ateneo.

Drucker, P. (2001). *La Gerencia - Tareas, responsabilidades y prácticas* (7ma. Edición). Buenos Aires: El Ateneo.

Deutsche Welle DW documentales (2019) De que es capaz la inteligencia Artificial

Echeverría Rafael (2005) La empresa Emergente – La confianza y los desafíos de la transformación (5ta. Edición) Editorial Granica Buenos Aires.

Franco J.A. (2008) Coautor del Libro “Principios Fundamentales para la Administración de Organizaciones” Editorial Pearson Education SA, Buenos Aires Argentina, ISBN: 9789876150156.

Franco J.A. (2010) Coautor del Libro “La gerontología a través de una historia institucional” Capítulo sobre “Gestión Institucional” Ediciones Alejandro Stern Producciones Buenos Aires ISBN-978-987-26073-1-9

Gilli, J. (2017). *Claves de la estructura organizativa*. Buenos Aires: Granica.

El proceso de adaptación a la institución

Alejandra Corbo

Vivimos adaptándonos desde nuestra concepción. Morimos adaptándonos a las leyes de la naturaleza.

La adaptación es parte de nuestro ser. Es un principio inherente a la vida en todas sus formas.

Todos los “animados” compartimos en sus variadas formas, la acción condicionada adaptarnos.

La adaptación nos recuerda que ningún ser vivo sobrevive en el ambiente que no le es propio, el pez necesita del agua, el árbol la tierra y el sol, los pájaros aire donde apoyarse.

Qué sucede con los humanos? su adaptación es vasta y variada debido a la complejidad de su propia y exclusiva naturaleza pensante.

Se podría decir genéricamente que en el continuum de la adaptación, el hombre encuentra la felicidad, los tormentos, la salud, la enfermedad. El hombre se construye en la íntima relación con el medio ambiente.

La construcción subjetiva del yo es variada según sus componentes: el medio cultural, educacional, etnia, historia ancestral, lenguaje, territorio, historia ocupacional. La noción del tiempo y su relatividad, etc.

La adaptación es siempre dinámica y se actualiza permanentemente. Es variada y también limitada por la propia construcción condicionada (combinaciones de variables subjetivas y de entorno).

El “ Modelo de Ocupación Humana ” que propone Gary Kielhofner desde una mirada sistémica , otorga una visión integradora del comportamiento humano y es una visión que se comparte en Centro de Día como eje central tanto en el concepto teórico como en la atención y criterio de abordaje.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Propone el concepto de comportamiento ocupacional donde relaciona entre sí factores motivacionales, emocionales, cognitivos, motores y ambientales.

El comportamiento ocupacional (la acción de adaptación del sujeto al medio ambiente) se ensambla de manera dinámica con aportes tanto del sistema humano como de la ecología en la que tiene lugar el desempeño. Las mutuas contribuciones de la persona y del ambiente al desempeño son descritas por Thelen y Ulrich (1991) cuando expresan que:

“El comportamiento emerge en rigor como *una función cooperativa dentro de determinados contextos ambientales y de la tarea*. No hay un único elemento que contenga las instrucciones previas para el desempeño del comportamiento. La tarea y el contexto convocan y ensamblan el sistema cooperativo, pero la esencia del comportamiento no reside aisladamente ni en el organismo ni en el ambiente”.

El ambiente está tan íntimamente ligado a la manera en que se organiza el sistema humano, que algunos teóricos lo ven como "parte del organismo" (Sameroff, 1983). En consecuencia, la perspectiva de la relación persona-ambiente que está surgiendo en algunos campos, acentúa que el ser humano no es simplemente un asunto de lo que está "debajo de la piel".

Lo que determina el comportamiento, no es tanto un asunto del "yo" como de los campos de fuerza sociales en los que ese yo se mueve.

Podríamos pensar entonces, que en las enfermedades que comprometen la organización del yo, como en las demencias progresivas donde en períodos avanzados se pierde autonomía, capacidad de tomar decisiones, etc. se impacta esta relación dialéctica, este sistema cooperativo organismo-ambiente, afectando la capacidad del sujeto en la adaptación ambiental y su consecuente desequilibrio del sistema ecológico. Las pérdidas de roles, de funciones laborales, la necesaria dependencia de terceros y la incapacidad para planificar y autorregular acciones y procesos de pensamientos, son algunas causas posibles de esta ruptura de equilibrio con el ambiente tal como se había constituido en el pasado.

Según Reed (1982), el comportamiento es "más directamente una función de los objetos y circunstancias de sus ambientes que la estimulación propia de quien ejerce el comportamiento".

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

"Un objeto o suceso en el ambiente ofrece la posibilidad de desempeñar alguna acción". Todo comportamiento consiste en el sistema manteniéndose en una relación dinámica con el ambiente; una relación que cumple algún objetivo facilitado por el ambiente.

Los ambientes físicos con frecuencia están organizados para que las personas respondan a la naturaleza, organización y propósito de ese ambiente.

Cuando los ambientes demandan (exigen o fuerzan) un comportamiento, pueden incentivar una gama de experiencias.

Kiernat (1983), manifiesta "la falta de demanda ambiental resulta en el tipo de afecto y comportamiento negativo que se observa en la deprivación sensorial".

La demanda óptima es una condición necesaria para que las personas experimenten desafío, para que se involucren en el desempeño, y para que experimenten un sentido positivo de eficacia.

Con el tiempo, las demandas influyen en las habilidades y hábitos que desarrollará el sujeto y cómo afectarán su organización en patrones eficaces de comportamiento.

La influencia del ambiente sobre la persona dependerá de los valores, intereses, roles, hábitos y habilidades de desempeño con que ella cuente en ese momento.

Centro de Día como ambiente facilitador de comportamiento

Centro de Día es una institución que cumple cuarenta años de trabajo.

Es un centro pionero en su propuesta de atención integral a las personas que desarrollaron una enfermedad neurodegenerativa y a sus familias.

Con la visión y el objetivo de retrasar la aparición de mayores déficits cognitivos y /o conductuales, aliviar la carga familiar y ser una instancia posible para evitar la institucionalización precoz de las personas.

Está concebido para ofrecer un servicio a la comunidad con el propósito de :

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

- cuidar en forma integral a las personas que padecen demencia
- dar alivio familiar a través de orientación y contención a sus familiares y la posibilidad de permanencia con jornadas de ocho horas en la institución
- ofrecer diversos programas de atención con estimulación cognitiva y kinésica
- entrenamiento en fortalecimiento de hábitos y habilidades sociales
- control no farmacológico de síntomas conductuales.

Centro de Día es el ambiente constituido por su estructura edilicia y todas las personas que trabajan en ella con el enfoque de ofrecer atención centrada en las personas (pacientes, familiares, acompañantes).

Destaca la importancia de ofrecer atención personalizada en un ambiente que promueva bienestar emocional con trato cordial y afectuoso.

Todo el personal de la institución sostiene y promulga este ambiente contextual con los pacientes concurrentes a la hora de recibirlos, de atenderlos terapéuticamente, de higienizarlos, etc.

Terapeutas, administrativos, auxiliares y pacientes comparten jornadas diarias, en el controlado y facilitado ambiente de trabajo, bajo instancias de regulación a través de las indicaciones de los coordinadores y supervisores. Las capacitaciones son formales a través de ateneos y reuniones de equipo.

El programa “Adaptación institucional ” está basado en generar un proceso de adaptación que permitiera a los pacientes y sus familias, involucrarse en el tratamiento ofrecido en Centro de Día en forma dinámica y funcional.

Al ingresar un paciente a la institución, el coordinador ofrece intervención sobre las siguientes esferas:

a. Paciente

Evaluando la situación actual del paciente basados en el diagnóstico actual, su capacidad de agrupación y su estadio de enfermedad (rendimiento cognitivo /conductual y desempeño social).

En un primer aproximamiento se observa capacidad de comprensión de situación, iniciativa, motivación, lenguaje y actitud social.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

b. Familia

- Detectando en las entrevistas las necesidades familiares (demandas de atención):
 - Estableciendo vínculo de confianza, comprensión y apoyo al paciente y a la estructura familiar.
 - Regulando horarios de atención para facilitar una rutina familiar equilibrada
 - Asesorando y orientando en la organización de estructuras de cuidado: IC médicas, orientación en Certificado de discapacidad.
 - Orientando con pautas de intervención en el hogar de tipo conductuales y en AVD
 - Estableciendo distribución de roles familiares para el cuidado del familiar con el objetivo de prevenir agotamiento familiar
 - Orientando en ayudas externas de apoyo al cuidador principal, basado en el fortalecimiento de actividades propias fuera de su rol de cuidador, con la finalidad de fortalecer el equilibrio emocional impactado por la sobrecarga que implica (evaluada con escala Zarit).

Criterios a tener en cuenta en la selección del programa de inclusión

Luego de dos entrevistas, admisión y adaptación, se reúne la información formal e informal acerca del rendimiento cognitivo- motor y capacidad de agrupación social.

Cada programa ofrece entrenamiento en estas áreas que se articulan con las necesidades actuales del paciente y su familia. Durante el período de adaptación la coordinadora orienta sobre los objetivos de atención trazados para el ingreso de cada paciente, informando a cuidadores y profesionales y recibiendo de ellos a su vez, información acerca de su desempeño para visualizar si el programa de inclusión se ajusta en forma eficaz a los objetivos trazados.

Al mismo tiempo, el contacto con la familia es permanente para observar el impacto sobre la motivación, el desempeño y el bienestar emocional al concurrir al Centro de Día.

Cierre del período de adaptación

Cuando las condiciones de desempeño del paciente referidas a la integración grupal, aprovechamiento de actividades y bienestar emocional, son estables y se cumplieron los objetivos trazados al inicio del tratamiento, se presenta a la Dirección Médica un informe de cierre y se articula con la coordinadora del programa de inclusión que corresponda, para que tenga a su cargo el seguimiento del tratamiento del paciente.

Se le informa a la familia en una reunión el cierre de programa y se presenta al coordinador que continuará con el tratamiento del paciente.

En conclusión, y como se expresara en el inicio de este trabajo, toda persona que ingresa a la institución es parte del ambiente controlado que se busca para que los pacientes desde sus capacidades cognitivas, motoras y sociales encuentren en un ambiente de bienestar emocional, desarrollar y valorar sus propios logros y apropiarse de Centro de Día como su un lugar donde su identidad le se basa en el reconocimiento y valoración de sus roles actuales.

Referencias Bibliográficas

- Kielhofner, G. (Ed.), 1995. *"A model of human occupation: theory and application"*, 2nd ed. Williams & Wilkins. (Baltimore)
- Sbriller, Liliana 1997. *Introducción a Terapia Ocupacional. Marcos conceptuales* Ed. Catálogos (Bs. As.)
- Martínez P., Macarena y Guerra M., Patricia 1997. Síndrome de Burnout: el riesgo de ser un profesional de ayuda, en revista chilena de medicina social *Salud y Cambio*, Año 6, Nro. 23, 45-59
- Gatto M.- A. Corbo: La Salud del Equipo de Salud. Enciclopedia de Psicopatología, tomo Psico-socio-oncología, editorial Data Visión, colección: Biblioteca Médica Digital. 1998
- Alejandra Corbo "Enfoque de la Terapia Ocupacional en hospital monovalente" Enciclopedia de Psicopatología, tomo Psico-socio-oncología, editorial Data Visión, colección: Biblioteca Médica Digital, 1998

Los programas para personas mayores con trastornos cognitivos graves

Centro de Día Psicogeriátrico

María Jimena Garriga Zucal

Introducción

En el transcurso del proceso de envejecimiento se producen cambios con determinadas variables que pueden comprometer a la capacidad funcional, por lo cual el desempeño ocupacional de las personas mayores se va modificando. Se entiende al desempeño ocupacional como el conjunto de actividades que componen a la vida diaria, el mismo se reduce y cambia durante la vida. Modificándose de forma coherente con la etapa de la vida.(1-3)

La concurrencia a los centros de día posibilita construir un desempeño ocupacional funcional, o sea un conjunto de actividades propias del grupo etario y acordes con las habilidades y capacidades de las personas, para que genere un sentido significativo al diario vivir a las personas que padecen el deterioro de las funciones y estructuras corporales. Se trata de posibilitar que las personas sean colaboradoras en el desempeño de las actividades.

Uno de los beneficios de concurrir al Centro de Día radica en que las personas mayores incorporan actividades que son significativas para su vida sin la necesidad de dejar su hogar, evitando así una desvinculación y un incremento de la dependencia. De esta manera se sostiene la permanencia en la comunidad y en simultáneo desde el centro de día reciben servicios terapéuticos especializados(4).

El Centro de Día como dispositivo socio-sanitario puede funcionar como un facilitador de la salud y los estados relacionados a la misma, como la capacidad funcional.

El Centro de Día es uno de los escalones del denominado sistema de cuidados progresivos en gerontología, también llamado asistencia geriátrica, es el conjunto de

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

niveles asistenciales, hospitalarios, extra hospitalarios y sociales que dan respuesta escalonada a las diferentes situaciones de enfermedad o necesidad de las personas mayores en un área de salud determinada(1).

El objetivo fundamental del sistema de cuidados progresivos es que se realice la asistencia socio sanitaria justa para cada caso, según las necesidades y capacidades que presentan las personas mayores(5).

En el escalón de los dispositivos asistenciales ambulatorios destinados a las Personas Mayores se encuentran los Centros de Día, son dispositivos diurnos de intervención interdisciplinaria destinada a Personas Mayores que presentan diversos grados de discapacidad. Se trabaja en la prevención, asistencia y rehabilitación de la capacidad funcional, evitando o retrasando la institucionalización(1,6,7).

El objetivo del presente trabajo es comunicar la experiencia de la labor implementada en el Centro de Día del Dr. Barca, específicamente con las personas mayores que padecen de dependencia / discapacidad severa.

Desarrollo metodológico:

Dentro del Centro de Día de Estimulación Cognitiva del Dr. Barca se encuentra un programa denominado Centro de Día Psicogeriátrico (CDP), es un dispositivo ambulatorio, de internación diurna, destinado a Personas Mayores que presentan discapacidad severa o profunda, consecuencia de patologías relacionadas con la edad; entre la población se halla un alto porcentaje de las personas mayores con demencia en el último estadio de dicha enfermedad.

Dicho programa se encuentra inserto en el sistema de cuidados progresivos, posiblemente como un peldaño previo a la necesidad de requerir una institucionalización total, como ser un establecimiento geriátrico. Si bien los centros de días son dispositivos muy poco conocidos, considerando que son un recurso poco desarrollado, ya que suelen ser dirigidos a personas mayores autónomas con el objetivo de sostener o generar lazos sociales, redes o en su defecto para personas mayores con deterioro cognitivo leve. Por lo cual las actividades que se implementan en los

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

dispositivos de Centro de Día suelen ser recreativas y terapéuticas con tintes lúdicos pero no incluyen el entrenamiento en las Actividades de la Vida Diaria.

El Centro de Día Psicogeriátrico tiene ´por eje central es el sostenimiento de la capacidad funcional evitando la institucionalización total de la persona, o sea generando la permanencia de las personas mayores en el seno del hogar el mayor tiempo posible y conveniente.

Las personas que concurren al Centro de Día Psicogeriátrico presentan compromisos severos en las capacidades de ejecución impactando negativamente en la funcionalidad.

El perfil del concurrente se caracteriza por presentar estado mental congruente con un deterioro cognitivo severo, o sea un puntaje menor 9 en el Mini mental State Examination (MMSE). Con puntaje de 5 - 6 en Escala de deterioro global (GDS) siendo un defecto cognitivo moderado – grave, con necesidad de asistencia permanente. En cuanto al estado funcional es de menos de 55 puntos en el Índice de Barthel, lo cual refleja una dependencia moderada a total para el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria.

Generalmente dicha población presenta síntomas conductuales asociados a la demencia y escasas habilidades adaptativas.

Objetivos generales del Centro de Día Psicogeriátrico:

- Dar soporte, alivio y asesoramiento al grupo familiar,
- Maximizar la capacidad funcional,
- Retrasar y/o evitar la institucionalización total de la persona mayor.

Objetivos específicos del Centro de Día Psicogeriátrico:

- Diseñar una estructura de cuidados específica para cada concurrente,
- Entrenar en la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria,
- Sostener las capacidades cognitivas, motrices y funcionales,
- Minimizar los síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia,

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

- Brindar un entorno seguro y organizado con estímulos apropiados para la población,
- Construir redes sociales de contención familiar,
- Evitar el aislamiento social.

El propósito fundamental del trabajo en el Centro de Día Psicogeriátrico es el **diseño y la implementación de una estructura de cuidados específica para cada paciente, esto garantiza identificar e implementar el nivel de supervisión y asistencia justa que requiere para la ejecución de las actividades de la vida diaria básicas que componen el desempeño ocupacional de los pacientes. Así como la selección de las actividades terapéuticas de las cuales se beneficiara el mismo.**

La estructura de cuidados posibilita detectar el tipo y la frecuencia de los apoyos brindados por el equipo de asistencia y por los profesionales para evitar generar la dependencia por sobre asistencia.

Tanto la coordinación del programa, como el diseño e implementación de las estructuras de cuidado, lo lleva a cabo un terapeuta ocupacional ya que dicha disciplina tiene la capacidad de estudiar, instrumentar e implementar las ocupaciones como medio y como objeto terapéutico(2). Esto posibilitara la construcción de la estructura de cuidados específica para cada paciente.

La implementación de una estructura de cuidados posibilita:

- Maximizar la capacidad funcional al evaluar las habilidades de procesamiento, motrices y de interacción y comunicación, generando que aquellos remanentes se continúen ejerciéndolas.
- Dar soporte, alivio y asesoramiento al grupo familiar acerca de las necesidades de cada uno de los pacientes,
- Entrenamiento del equipo asistencial generando la asistencia justa que potencialice las capacidades de los pacientes y minimice la asistencia prestada.
- Apoyatura al equipo de profesionales intervinientes ya que los logros y expectativas terapéuticas en esta población son mínimas y es frecuente la

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

frustración y la sensación de falta de sentido en el abordaje por parte de los profesionales.

Las intervenciones que se implementan en el dispositivo de Centro de Día Psicogeriátrico son de tipos directas e indirectas, aquellas directas son las conocidas como terapias no farmacológicas, un clúster de terapias como ser kinesiología, musicoterapia, terapia ocupacional, estimulación sensorial, arte, entre otras.

Las intervenciones indirectas es el trabajo se que realiza con el grupo familiar y con los asistentes de la institución, se brindan técnicas y estrategias para el manejo de los síntomas conductuales asociados a la demencia en estos estadios. Se trabajo con los apoyos, tomando al paradigma de los apoyos, se identifica el apoyo que requiere pudiendo ser verbal o motriz y el nivel de asistencia.

Estas dos modalidades de intervención posibilitan un abordaje integral de las personas mayores con dependencia y/o discapacidad severa.

Como se ha planteado con anterioridad en el proceso de envejecimiento se pueden producir niveles de fragilidad que potencialmente comprometen a la capacidad funcional, por lo cual el desempeño ocupacional de las Persona Mayores se va modificando. Si se entiende al desempeño ocupacional como el conjunto de actividades que compone a la vida diaria, el mismo se reduce y cambia durante la vida.

Generalmente en los estadios severos se presenta un cese completo del desempeño de las actividades cotidianas produciéndose un vacío total de sentido y significado, con compromiso en la pérdida de la identidad personal. En este momento de la vida las actividades son ejecutadas totalmente por otra persona, generando una pérdida de la condición de sujeto; la persona mayor pasa a ser un objeto del hacer del otro.

El diseño e implementación de estructura de cuidados es una modalidad de intervención que posibilita construir un desempeño ocupacional funcional, o sea un conjunto de actividades propias del grupo etario y acordes con las habilidades y capacidades de las personas, para que genere un sentido significativo al diario vivir tanto para las personas que padecen el deterioro de las funciones como para el ambiente humano que los rodea. Se trata de posibilitar que las personas sean colaboradoras en el

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

desempeño de las actividades. Si bien hay una supervisión total y un alto nivel de asistencia, se identifican aquellas acciones o pasos de las actividades que puede desempeñar por sí mismos, de esta manera se les da sentido al sostenimiento de las actividades.

¿Cómo construir una estructura de cuidados coherente para cada persona?

La estructura de cuidado se comienza a diseñar con los datos obtenidos en la valoración geriátrica integral (VGI), o sea con de estudios y herramientas evaluatorias en los cuales se incluyan los aspectos clínicos, neuropsicológicos, físicos del paciente, aspectos familiares y de la capacidad funcional.

La capacidad funcional se evalúa con la administración de pruebas que den cuenta del estado funcional y con el análisis de los otros datos obtenidos.

El Índice de Barthel o Índice de discapacidad de Maryland es uno de los instrumentos más utilizado para la valoración de las actividades básicas de la vida diaria. Es una evaluación con propiedades psicométricas ampliamente validadas, es fiable y reproducible (8). Es un excelente predictor de mortalidad, utilización de recursos socio-sanitario, institucionalización y seguimiento del estado funcional (8–11).

Se trata de una escala ordinal, de simple administración y demanda poco tiempo en la toma(8,10). Se analizan las 10 principales actividades básicas de la vida diaria, incluyendo comida, aseo, vestido, arreglo, deposición, micción, ir al retrete, traslados, deambulación y subir y bajar escaleras. (9)

La información obtenida en la administración del Índice de Barthel se complementa con la observación clínica de la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria que se desarrollan en la jornada cotidiana, en el entorno real de desempeño. De esta manera se puede apreciar de forma minuciosa cual es el tipo y la frecuencia del apoyo en cada uno de los pasos de las actividades y si se requieren de productos de apoyo para la realización de las mismas.

No se evalúan las actividades instrumentales de la vida diaria porque en el grupo mencionado no se ejecutan debido al compromiso en las habilidades de procesamiento mental, físico y de interacción y comunicación.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

A partir de esto se establece que actividades básicas de la vida diaria (AVDB) se realizaran y los requerimientos de las mismas.

Conclusión:

Conocer al Centro de Día Psicogeriátrico como parte del sistema de cuidados progresivos, posiblemente como un peldaño previo a la necesidad de requerir una institucionalización total, como ser un establecimiento geriátrico, es esencial para brindar respuestas a las necesidades de las Personas Mayores con dependencia y/o discapacidad severa.

Se concluye estableciendo que cuando un dispositivo interviene con esta modalidad se posibilita la continuidad del desempeño ocupacional adaptado retrasando la institucionalización total de los pacientes que concurren.

Como se indicó anteriormente la concurrencia al Centro de Día Psicogeriátrico posibilita que las personas mayores incorporen actividades que son significativas para su vida sin la necesidad de dejar su hogar, evitando así una institucionalización anticipada y un incremento de la dependencia. De esta manera se sostiene la permanencia en la comunidad y en simultaneo desde el centro de día se prestan servicios terapéuticos especializados.

Claramente en cierto punto se producirá una internación domiciliaria o institucional en residencias geriátricas o similares, el objetivo es que la misma sea oportuna, en el momento justo. Sin ser precoz ni dilatar la misma perjudicando a la persona ni a su grupo familiar.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Referencias bibliográficas:

1. Corregidor AI. Terapia ocupacional en geriatría y gerontología Bases conceptuales y aplicaciones prácticas.
2. Adriana Ávila Álvarez, Rosa Martínez Piédrola, Rosa Matilla Mora, Nuria Máximo Bocanegra, Betsabé Méndez Méndez, Miguel Ángel Talavera Valverde NRQEIVM. MARCO DE TRABAJO PARA LA PRÁCTICA DE TERAPIA OCUPACIONAL : Dominio y Proceso. Rev Gall Ter Ocup [Revista en Internet] [Internet]. 2010;2da edició(2008):85. Available from: www.terapia-ocupacional.com
3. Moruro Miralles, Pedro. Romero Ayuso DM. Actividades de la vida diaria. 1st ed. SEVIER MUC EL, editor. España; 2006. 475 p.
4. Guidotti C. Trabajo presentado en el VII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población y el XX Encuentro Nacional de Estudios Poblacionales, realizado en Foz do Iguacu/PR – Brasil, de 17 al 22 de octubre de 2016. 1. :1–30.
5. Asistenciales N, Geriatr EN. Niveles asistenciales en geriatría. :83–7.
6. Martin V, Gala C, Herrera E, Mu I. Experiencias españolas en la promoción de la autonomía personal en las personas mayores. 2011;25:147–57.
7. Baxter R, Hastings N, Law A, Glass EJ. Resumen: Informe mundial envejecimiento el sobre y la salud. OMS. 2016;39(5):561–3.
8. Clínica G, Galega S, Interna DM, De E, Medicina S De, Complejo I, et al. Escalas de valoración funcional en el anciano. 2011;72(1):11–6.
9. Marzo IB, León MM, José F, Cámara N. La dependencia funcional del anciano institucionalizado valorada mediante el índice de Barthel Functional dependency of institutionalized elderly people measured by the Barthel index. 2012;23(9):19–22.
10. Schulc E, Pallauf M, Mueller G, Wildbahner T, Them C. Is the Barthel Index an Adequate Assessment Tool for Identifying a Risk Group in Elderly People Living at Home ? International Journal of Nursing & Clinical Practices. 2015;2.
11. Cabañero-martínez MJ, Cabrero-garcía J, Richart-martínez M, Muñoz-mendoza CL. Revisión estructurada de las medidas de actividades de la vida diaria en personas mayores. 2008;43(5):271–83.

Programas para preservar la capacidad funcional intrínseca. Hospital de Día de Recapacitación y Estimulación Física

Agustín Morozumi

Para comenzar me gustaría retomar parte de la conclusión a la que arribaron las autoras Czyzyk y Carrizo, en el libro conmemorativo de los 30 años publicado por Centro de Día en la que sostienen que desde sus experiencias en el Hospital de Día, en estos últimos años observaron los beneficios que los cambios en los modelos de abordaje terapéuticos produjeron en nuestros pacientes y en nosotros como profesionales.

Para nosotros como profesionales, el hecho de tener acceso a más información y formación teórica, mejores herramientas evaluativas, actualizaciones permanentes (gracias a los aportes de internet) ha facilitado una mirada integradora del paciente y de su entorno. Asimismo, todo esto ha proporcionado una relación y comunicación más fluida y placentera entre todos los componentes del equipo de trabajo y con los viejos que concurren a la institución.

Si definimos calidad de vida como “un estado de satisfacción general derivado de la realización de las potencialidades de la persona”⁶, consideramos que nuestros pacientes y su entorno evidencian beneficios que se traducen en el mantenimiento de las actividades psicofísicas, la sensación manifiesta de pertenencia al grupo, y la expresión objetiva de bienestar emocional. La patología y el déficit quedan atrás, dándoles lugar a la acción y a los aspectos saludables que aún se conservan. Diariamente se nos presentan nuevas encrucijadas y nuevos desafíos a enfrentar.⁷ (Czyzyk, Carrizo, 2010, p. 154)

El **Hospital de Día de Recapacitación y Estimulación Física** es uno de los programas que se desarrollan en el Centro de Día. En él se ofrecen también otros subprogramas especiales de acuerdo con los distintos objetivos que se quieran conseguir, siempre

⁶ Ardila R. Calidad de vida una definición integradora. Rev. Latinoamericana Psicol.; 35(2): 161-164, junio. 2003

⁷ Carrizo, S., Czyzyk, P. (2009). Cambios en los modelos de abordaje en un Hospital de Día Geriátrico. En Barca, R. (Ed.), *La Gerontología a través de una historia institucional* (p.154), C.A.B.A., Argentina. Ed. Electrónica Alejandro Stern Producciones

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

teniendo en cuenta dos pilares fundamentales: **evitar el aislamiento social y el sedentarismo y aprender a convivir con las limitaciones funcionales.**

Características:

- . Ambulatorio
- . Modalidad presencial grupal
- . Frecuencia de 2 a 5 días semanales
- . Jornada simple o completa
- . Interdisciplinario (kinesiología, terapia ocupacional, psicología, talleres de estimulación física y cognitiva, talleres de movimiento y actividades recreativas.)
- . Duración: Según evolución

Objetivos:

- . Brindar rehabilitación integral teniendo en cuenta los aspectos físicos y emocionales
- . Mantener y mejorar la autonomía
- . Mejorar la sociabilidad
- . Mejorar la calidad de vida retrasando complicaciones que puedan surgir a causa de su patología
- . Combatir el sedentarismo
- . Prevenir futuras complicaciones

Destinado a:

- .Adultos mayores, con o sin discapacidad, que concurren para completar la recapacitación ambulatoria ya iniciada en otros niveles asistenciales
- .Neurológicos (ACV, Parkinson y otras enfermedades neurológicas).
- .Ortopédicos (fracturas de cadera, enfermedades reumáticas).

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

.Trastornos neuromusculares y otras limitaciones funcionales por desuso (egresos hospitalarios).

.Pacientes que, habiendo completado una rehabilitación física inicial, necesiten un mayor abordaje, extendido a otras disciplinas y teniendo en cuenta, además del paciente, a su familia.

.Pacientes frágiles, con pluripatología, que se beneficien de un tratamiento integral.

.Adultos mayores con riesgo de caídas (por trastornos neurológicos, síndromes poscaídas,

fragilidad, añosos, sedentarios, desnutridos).

.Adultos mayores con deterioro cognitivo en diferentes estadios que puedan incluirse en una tarea grupal.

Subprogramas:

1- KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA y ESTIMULACIÓN FÍSICA

Este programa está dirigido a todos los adultos mayores y ancianos frágiles que requieren (por su diagnóstico clínico) una prestación de rehabilitación física con objetivos generales y específicos propios para su enfermedad, pero sin dejar de contemplar su aspecto emocional y sus vínculos familiares.

Si bien esta población puede catalogarse como beneficiaria ideal para las actividades de rehabilitación kinefisiátrica y de actividad física, muchas veces no debe limitarse sólo a dicha intervención.

La utilización de herramientas como la V.G.I. (Valoración Geriátrica Integral) y el correcto proceso de adaptación institucional, permiten una evaluación diagnóstica ampliada y un análisis multidimensional que determina la mejor opción en el abordaje de esa situación problemática.

Como parte de una terapia no farmacológica, la actividad física en este espacio es un pilar fundamental tanto en la prevención primaria como en la terapéutica.

Principales efectos beneficiosos del ejercicio físico (Peral y Ruipérez, 1999)

<i>Órganos Sistema</i>	<i>Efectos fisiológicos</i>	<i>Manifestaciones clínico-epidemiológicas</i>
Corazón	Mejora el rendimiento	↓ Aparición de cardiopatías y la mortalidad
Vasos	↓ La TA ↑ Capilares músculo-esqueléticos ↑ Flujo sanguíneo cerebral	Mejoría de la HTA ↑ Del consumo de fármacos ↑ Secundarismos
Músculos	Evitar atrofia ↑ Masa y fuerza ↑ Capacidad prensa abdominal	Reduce riesgo de caídas y fracturas ↓ Estreñimiento
Grasa	Reducción masa grasa	Relación talla/peso correcto Lucha contra la obesidad y el sobrepeso
Metabolismo	↓ Colesterol total ↑ (↓ LDL, ↓ HDL) Triglicéridos Mejora la tolerancia a la glucosa	↓ Factores de riesgo cardiovascular Previene la aparición de la DM Facilita el control de la DM
Neuropsicológico	↑ Sensación de bienestar ↑ Autoestima Mejora la coordinación de movimientos, los reflejos y el equilibrio	↓ Estados ansiosos-depresivos y sd. Adaptativo ↓ Caídas y fracturas Evita los accidentes Mejora el insomnio
Huesos	Reduce la pérdida de masa ósea	↓ Riesgo de caídas y fracturas
Digestivo	Reduce el apetito Normaliza las digestiones ↑ La asimilación de los alimentos	Regula el hábito intestinal Mejoría en la absorción y la adecuada utilización de nutrientes
		↓ Consumo de fármacos ↓ Efectos secundarios de los fármacos ↓ Ingresos hospitalarios

¿Cuáles son las dificultades de trabajar con esta población de adultos mayores?

En todo este tiempo, hemos visto que, tanto el adulto mayor que ingresa a un programa de capacitación física como su familia, esperan muchas veces, un alta terapéutica como en cualquier tratamiento ambulatorio convencional; pero, con el paso del tiempo y con la ventaja de contar con la intervención de un equipo interdisciplinario, nos damos cuenta que ese adulto mayor sano se ha tornado frágil y aún más vulnerable, sufriendo riesgo de padecer síndromes geriátricos y de discapacitarse en un futuro.

Esto a veces genera cierto malestar ya que, ni el propio paciente ni su familia, poseen registro de la enfermedad o del riesgo de su situación a futuro. Esa posible cronicidad de su estado por persistencia de su enfermedad o adquisición de otras (ya sean físicas, mentales u ambas combinadas) demandará una continuidad de cuidados que ni el paciente ni su entorno, se encuentran preparados para afrontar y ante la cual presentan negativismo en muchas ocasiones.

Es común que se perciba que algo andaba mal, y entonces, de repente, un malestar psíquico como ser, una depresión prolongada adjudicada al retiro o a un duelo, una apatía atribuida en un principio al sedentarismo, las caídas repetitivas que “aparecieron” luego de una cirugía de cadera, o los olvidos y las confusiones que se suponen consecuencia de una internación prolongada (o simplemente del paso de los años), no eran otra cosa que un enmascaramiento de otros procesos cerebrales degenerativos que, en sus inicios, pasaban desapercibidos.

He aquí, entonces, la primera necesidad de trabajar en conjunto con la familia para tratar de realizar una prevención primaria, capacitando y asesorándola y tratando de crear una concientización que sea cada vez mayor a medida que la persona envejece.

Esta situación necesita, en una primera instancia, de un compromiso inicial de ambas partes y también del equipo de trabajo, para generar mejor y mayor adherencia al tratamiento y a la adaptación a la institución.

2-MANTENIMIENTO FÍSICO PARA PACIENTES CON DEMENCIA

Desde un principio, y durante toda la experiencia vivida en el Centro, hemos aprendido que una persona con este tipo de enfermedad no puede ser asistida de manera

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

convencional. El trabajo en equipo y la incorporación de herramientas terapéuticas de otras especialidades y disciplinas (terapia ocupacional, psicología, musicoterapia, recreación y otras) se vuelven de gran ayuda a la hora de realizar un abordaje lo más integral posible y centrado en la persona.

Debido a que es un paciente con una enfermedad compleja, su terapéutica también lo es ya que, más allá de su diagnóstico médico, debemos enfocarnos en su necesidad actual y real, previendo complicaciones y situaciones críticas a futuro.

El abordar al paciente en su complejidad implica, a veces, dejar de lado una intervención netamente indicada para rehabilitar afecciones propias y puntuales del sistema neuromuscular y expandirnos más allá, para ver cuál es realmente la necesidad de esa persona. Es preciso evaluar y reevaluar constantemente al paciente para determinar, dentro del abordaje interdisciplinario, cuál o cuáles intervenciones son las prioritarias al momento (¿las fisiátricas?, ¿la estimulación cognitiva?, ¿el trabajo con la familia?)

Como afirmaron Czyzyk y Fernandez (2010) elegiremos el término “resignificar” en reemplazo de reeducar o rehabilitar en la búsqueda de un sentido a su movimiento en este mundo, utilizando estrategias de estimulación.

Cuando hablemos de estimulación lo haremos pensando no en un cerebro sino en una persona con su historia.

Por ejemplo, cuando se nos presenta un paciente con EP (Enfermedad de Parkinson) en estadio temprano y con indicación médica para rehabilitación física como requerimiento principal, desde ya que debemos tratar su alteración en la marcha, su freezing o su rigidez, pero no podemos dejar de ver su estado cognitivo y sus posibles complicaciones a futuro.

A la inversa, ante una persona con EA (Enfermedad de Alzheimer) sin dolencias físicas y cuya necesidad prioritaria sea la estimulación cognitiva, no podemos dejar a un lado la actividad física, que si bien no estará cumpliendo su rol habitual como en un tratamiento fisiátrico, actuará como parte de un abordaje integral sobre este tipo de enfermedad.

A veces, nos encontramos con un cuadro clínico en el que vemos que el estado físico se encuentra estable y tiene gran potencial de trabajo, pero en el cual se puede apreciar la

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

existencia de gran riesgo debido a un deterioro cognitivo, y todo esto, siempre teniendo en cuenta factores adicionales y agravantes como su comorbilidad, polifarmacia o sus vínculos familiares y estructura de cuidados.

¿Cuáles son las diferencias terapéuticas entre un paciente con trastornos neurocognitivos y uno sin ellos?

CON DEMENCIA	SIN DEMENCIA
.Menor capacidad de recuperación	.Mayor posibilidad de recuperación
.Rutinas preestablecidas de trabajo (mismos profesionales, igual frecuencia, a la misma hs).	.Rutinas variables de trabajo
.Lugar seguro (gimnasio o gabinete adaptado)	.Lugar específico determinado (consultorio o gabinete)
.Trabajo grupal	.Trabajo grupal o individual
.Baja posibilidad de aplicación de agentes físicos	.Posibilidad de aplicación de agentes físicos
.Abordaje interdisciplinario y familiar	.Abordaje según especialidad
.Tratamiento prolongado	.Tratamiento con posibilidad de alta
.Terapéutica controlada y supervisada	.Terapéutica fisiátrica convencional
.Reevaluación continua	.Reevaluación al alta o según evolución

El objetivo de nuestra intervención es brindar estimulación física y cognitiva simultáneamente, según tolerancia, posibilidad y grado de colaboración de la población.

Este concepto de multiestimulación basado en la Neuroplasticidad y sus distintos mecanismos, que integran la motricidad y la memoria, permiten activar y mantener las capacidades mentales a través del movimiento en todas las etapas de la enfermedad.

La utilización de estrategias como las ritualizaciones, secuencias, repeticiones, asociaciones y visualizaciones refuerzan los beneficios sistémicos y protectores del ejercicio físico en un proceso degenerativo, sumándole la estimulación cognitiva que, por medio de la acción de neurotrofinas, actúan como estimulante cerebral en el proceso de plasticidad cerebral.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

El armado de circuitos y rutinas preestablecidas de trabajo y la realización de diversas actividades (independientes o simultáneas) como el juego, la incorporación del ritmo (en actividades como el baile), trabajando sobre la memoria a largo plazo y no sobre la memoria reciente, nos permite utilizar ese resto cognitivo del paciente con demencia para trabajar con él, a pesar de sus dificultades y limitaciones funcionales.

¿Cuáles son las dificultades en el trabajo con la población con demencia?

Este tipo de pacientes con gran fragilidad y dependencia (y patologías asociadas) requieren una mayor demanda del terapeuta y del cuidador, lo cual suele generar un malestar y una sobrecarga en ellos, debido a que la evolución del paciente tenderá a no ser favorable, incluso, su discapacidad tenderá a aumentar. La afección de las funciones cerebrales superiores dificulta la realización de una terapéutica normal convencional en todo sentido desde una comunicación defectuosa o nula (por causa de la no comprensión de órdenes simples, lo que obstaculiza el trabajo inicial del terapeuta) hasta el esfuerzo por tener constante flexibilidad en la terapéutica, ya que esta se irá modificando de acuerdo al avance de la enfermedad. El cambio de objetivos en el plan de tratamiento implicará muchas veces la necesidad de agregar nuevas prestaciones, espacios de trabajo y estrategias terapéuticas y a su vez, un seguimiento más cercano junto a la familia.

Como profesionales y parte de un equipo de rehabilitación, esta baja posibilidad de “éxito terapéutico” sobre todo en estadios severos no debería frustrarnos, ni deberíamos verlo como una involución, hablando de una terapéutica convencional, ya que el avance de las enfermedades invalidantes, nos pone a prueba día a día. Al lograr retrasar lo más posible las complicaciones a futuro o mejorar las condiciones y la calidad de vida (retrasando, por ejemplo, una internación definitiva) podemos afirmar que conseguimos un avance terapéutico.

Asimismo, el abordaje que requiere una persona con demencia debe incluir a la familia y a su cuidador principal, con el fin de otorgarles nuevas estrategias de cuidados y herramientas terapéuticas (por ejemplo: la incorporación de dispositivos de apoyo no convencionales, la disminución del riesgo de caídas y otros), que puedan brindar alivio a la tensión y estado emocional familiar. Eso también debe ser considerado como un logro.

3-TALLER DE CAÍDAS

A lo largo del tiempo que hemos trabajado con la población añosa, siempre resaltó una misma situación: se caen. Se pueden y deben analizar múltiples factores relacionados con las caídas, pero creemos que un enfoque basado en la prevención primaria fue la mejor medida para el desarrollo de este espacio terapéutico.

La realización de un taller sobre esta problemática tiene como objetivo evitar y disminuir el riesgo de que las personas que ya hayan sufrido una caída, vuelvan a caerse y, a su vez, prevenir de posibles caídas a quienes nunca hayan sufrido alguna.

Otro aspecto fundamental es brindar información adecuada sobre caídas al paciente y/o a su núcleo de contención, como ser: recomendación sobre órtesis protectoras y/o estabilizadoras si fuese necesario y la indicación de actividades complementarias que podría realizar el paciente fuera del taller.

La OMS define a las caídas como: “consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al paciente al suelo en contra de su voluntad”.

La caída es un síndrome común entre las personas mayores y no es constitutiva de la edad, sino que es un síntoma de que “algo anda mal”, es decir, constituye una señal de alerta, que nos está avisando que, por un lado, debemos inquirir más en los exámenes y, por otro lado, debemos prevenir que las caídas sigan ocurriendo.

Estadística:

Las estadísticas internacionales señalan que cerca de 1/3 de las personas mayores de 65 años o más que viven en sus casas sufren 1 o más caídas al año y que, aproximadamente 1 de cada 40 ingresará a un hospital. Este riesgo se duplica si la persona ya tuvo una caída previamente.

En Argentina, el índice de caídas aumenta junto con la edad. En adultos jóvenes (65-70 años) la prevalencia es del 25% y llega al 35-45% en edades más avanzadas (80-85 años).

Esta situación se agrava en los adultos mayores que viven en establecimientos de larga estadía, ya que uno de cada dos presenta una o más caídas al año.

El 75% de las caídas ocurre en el hogar.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Cuando un adulto mayor se cae, el riesgo de sufrir lesiones leves (contusiones, cortes, etc.) es del 10%, mientras que el riesgo de sufrir fracturas es del 3 al 4% (siendo más frecuentes las de muñeca y la de cadera, pero siendo ésta última la más invalidante).

¿Quiénes presentan mayor riesgo de caerse y a quiénes está dirigido?

- Mayores de 75 años.
- Aquellas personas con mayor dependencia para las actividades de la vida diaria (AVD)
- Quienes toman más de 3 medicamentos (hipotensores, hipoglicemiantes y psicofármacos) al día, asociado a la presencia de patologías.
- Las personas que presentan alteraciones visuales y auditivas.
- Personas portadoras de enfermedades crónicas, neurológicas, osteoarticulares y musculares.
- Aquellos que realizan actividades de riesgo.
- Personas que se exponen a barreras arquitectónicas.
- Antecedentes de caídas (el 75% podría sufrir una nueva caída en seis meses)
- Utilización inadecuada de ayudamarchas.

Objetivo:

Generar la toma de consciencia de que las caídas no son una situación propia de la vejez, sino que es una circunstancia susceptible de ser modificada conforme a una planificación educativa, preventiva y de tratamiento kinésico.

Objetivos Específicos:

- 1) Analizar un grupo de pacientes con un elevado Índice de riesgo de caídas
- 2) Implementar un “Plan preventivo” que:

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

- a) .brinde información preventiva y terapéutica kinésica al paciente y a su entorno de contención.
 - b) incluya ar un taller de prevención y tratamiento de caídas para mejorar las condiciones generales del paciente.
 - c) Incorpore el ejercicio físico de bajo impacto prolongado en el tiempo (de frecuencia variable) junto con ejercicios de flexibilización, fortalecimiento muscular, equilibrio y relajación.
 - d) . enseñe al adulto mayor técnicas para caerse
 - e) . enseñe al adulto mayor técnicas para levantarse
 - f) . enseñe al adulto mayor qué hacer (y qué no hacer) inmediatamente después de sufrir una caída
 - g) . enseñe qué hacer (y qué no hacer) una vez que ya ha sufrido una caída
- 3) Reevaluar por un tiempo determinado a esos mismos pacientes y establecer el nuevo índice de riesgo de caídas para sacar nuevas conclusiones.

Las caídas, con su cascada de efectos, pueden rápidamente llevar a un adulto mayor a la dependencia y a la postración, y es eso lo que tenemos que evitar, dentro de lo posible.

Al realizar un correcto abordaje kinésico como factor de prevención de caídas estaremos actuando anticipatoriamente en contra de la dependencia y la postración porque las caídas pueden tener graves consecuencias a nivel de la morbilidad, mortalidad y dependencia.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Referencias bibliográficas:

- . Amadasi, E. (coord). (2015). Condiciones de vida e integración social de las personas mayores : ¿diferentes formas de envejecer o desiguales oportunidades de lograr una vejez digna? Serie del Bicentenario 2010-2016, año 1.Observatorio de la Deuda Social Argentina. Ed. Universidad Católica Argentina.
- . Barca R. (Ed.). (2009). La gerontología a través de una historia institucional. Recuperado de: www.centrodedia.com.ar
- . Cibeira, J. (2001). La humildad del hombre. Buenos Aires, Argentina. El Ateneo.
- . Czyzyk, P., Fernández, L. (2010). Kinesiología en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Buenos Aires, Argentina. Akadia.
- . Giber, F. (2009). Manual para la Prevención de Caídas en personas mayores. Programa de Medicina Geriátrica del Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina. Delhospital ediciones.
- . Hadid, M. A., Sinjovich, M.(2011). Enseñar a caer: Un abordaje novedoso de las caídas y sus consecuencias. *Revista del Hospital J. M. Ramos Mejía Edición electrónica N° 2*. Recuperado de: www.ramosmejia.org.ar
- . Hadid, M. A., Terzián, C. I., Saldivia Melillanca, S. (2007). Disminución de la frecuencia de caídas en ancianos participantes de un taller de movimiento. *Revista del Hospital J. M. Ramos Mejía Edición electrónica, Volumen XII, N° 3*. Recuperado de: www.ramosmejia.org.ar
- . Idaho Assistive Technology Project Center on Disabilities and Human Development. (s.a.) Asistencia tecnológica para personas mayores de edad. Guía para los residentes de edad avanzada de Idaho y sus cuidadores. Idaho, Estados Unidos. University of Idaho.
- . Kottke, F., Amate, E. (1994) Adelantos clínicos en medicina física y rehabilitación. Publicación científica, 533. Washington DC., Estados Unidos. OPS Organización Panamericana de la Salud.
- . Larrea, H. (1982). Rehabilitación funcional en geriatría. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Gema SRL.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

- . López, L., R., Mancilla, E. S., Villalobos C., A., Herrera V., P. (s.a.) Manual de Prevención de Caídas en el Adulto Mayor. Serie de Guías Clínicas del Adulto Mayor. Chile. Programa de salud del adulto mayor. Ministerio de salud.
- . Matinskis, K., Roberti, F. (1993). La recuperación funcional. Buenos Aires, Argentina. Akhyana.
- . Melgar, F., Penny Montenegro, E. (2012) Geriatria y gerontología para el médico internista. Bolivia. Grupo Editorial La Hoguera.
- . Rose, D. J. (2005) Equilibrio y Movilidad en personas mayores. Fullerton, California. Estados Unidos. Ed. Paidotribo.
- . Sainz Martín, M. (2008). Guía de Prevención: Riesgos domésticos entre las personas mayores. Profesionales. Madrid, España. Ed. Fundación Mapfre.
- . Sainz Martín, M. (2008). Estudio de investigación sobre seguridad en el domicilio de personas mayores. Madrid, España. Ed. Fundación Mapfre.
- . Secretaría de Salud: Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Comisión Interinstitucional de Enfermería. (2003). Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. Tres nuevos indicadores para la prevención de infecciones y seguridad del paciente. Mexico DF, Mexico. Comisión Interinstitucional de Enfermería.
- . Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. (2006). Tratado de Geriatria para residentes. Madrid, España. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.
- Tinetti ME., Speechley M. Prevention of falls among the elderly. *New England Journal of Medicine* 1989; 320: 1055-60
- Referencias:. Ceranski, S., Haertlein, C. (2002). Helping older people prevent falls. *Rev. OT Practice. American Occupational Therapy Association (AOTA)* 7(13), 12-17.
- . Cibeira, José B. (2013). Marcha Normal y Patológica. Clase del Curso de Marcha y Neuroortopedia. Universidad Maimónides. Buenos Aires, Argentina.
- . Czyzyk, P.L. (2016). Nuevos Desafíos para la Kinesiología: Marcha y Cognición en el AM. *Rev. Arg. de Gerontología y Geriatria*; Vol 30(2), 72-74.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

- . Daly, R.M., Duckham, R. L., Tait, J.L., Rantalainen, T., Nowson, C.A., Taaffe, D.R., Sanders, K., Hill, K.D., Kidgell, D.J. and Busija, L. (2015). Effectiveness of dual-task functional power training for preventing falls in older people: study protocol for a cluster randomised controlled trial. doi: 10.1186/s13063-015-0652-y
- . Darmún, J.A. (2011). ALBA Asociación Lewy Body Argentina. II Jornadas de Cuerpo de Lewy, Parkinson y Trastornos relacionados. Buenos Aires, Octubre 5, 2011. Salguero Plaza, Salguero 2686 CABA. Argentina.
- . De Negreiros Cabral, K., Perracini, MR., Soares, AT., de Cristo Stein, F., Sera, CT., Tiedemann, A., Sherrington, C., Filho, WJ., Paschoal, SM. (2013). Effectiveness of a multifactorial falls prevention program in community-dwelling older people when compared to usual care: study protocol for a randomised controlled trial (Prevquedas Brazil). *BMC Geriatrics* 15,13-27. doi: 10.1186/1471-2318-13-27.
- . Errazú, M. (2012). La kinesiología y el alzheimer. Recuperado de: <https://www.elpatagonico.com/la-kinesiologia-y-el-alzheimer-n612463>
- . García Díez, E., Vela Romero, J.M. (1999). Fisioterapia en la enfermedad de Alzheimer. *Rev. Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología*. Vol. 2 (3), 117-191. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-iberoamericana-fisioterapia-kinesiologia-176-articulo-fisioterapia-enfermedad-alzheimer-13010390>.
- . Lyell, V., Henderson, E., Devine, M., Gregson, C. (2015). Improving bone health and reducing fractures in Parkinson's Disease. 2014. *Rev. Age and Ageing* 44(1), 34-41. Recuperado de: <https://doi.org/10.1093/ageing/afu122>
- . Tinetti ME, Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *J m Geriatr Soc*. 1986;34:119-26
- . Tinetti ME, et alt. Risk factors for all among elderly persons living in the community. *N Eng J Med*. 1988;319:1701-7

Taller de prevención de caídas. Una experiencia en el Centro de Día

- Resumen:

En este estudio se trató de abordar el complejo tema de las caídas en el adulto mayor por medio de un abordaje kinésico al realizar un Taller de Prevención y Tratamiento de ellas. El taller se realizó en Centro de Día durante los meses de febrero y mayo de 2015.

El objetivo del taller era comprobar si el mismo servía para aminorar el riesgo de sufrir una caída tanto en personas que ya las habían sufrido como en otras que no.

La población estuvo compuesta por 30 adultos mayores de entre 65 y 82 años con riesgo de caídas a quienes se les evaluó el Índice de riesgo de caídas antes y después de la realización del taller, utilizando la misma escala de medición.

Los resultados arrojaron valores que indican que hubo una disminución significativa

Esto permitiría corroborar la hipótesis de este estudio, es decir, podemos afirmar que las caídas en el adulto mayor se pueden prevenir y tratar mediante la realización de un taller del Índice de riesgo de caídas de los participantes luego de la realización del taller de prevención de caídas.

. Procedimiento operativo:

Para cumplir con el propósito del estudio de investigación se utilizó un diseño experimental y prospectivo con mediciones transversales. Primero, se midió el índice de riesgo de caídas en todas las personas de la muestra. Segundo, se les indicó a las personas que realizaran actividades grupales en gimnasio de rehabilitación durante 120 días. Finalmente, fueron reevaluadas con la misma medición.

Las personas que iniciaron la actividad fueron las que se encontraban en riesgo (leve o alto) de sufrir una caída y se buscó disminuir el Índice de riesgo luego del abordaje kinésico.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Se utilizó la *Escala de Tinetti*⁸ para medir el riesgo de caídas. El tiempo promedio aproximado de aplicación de la prueba fue de 15 a 20 minutos.

La puntuación se totalizó mientras el paciente se encontraba sentado:

Puntuación total para la marcha (máx. 12)

Puntuación total del equilibrio (max.16)

Puntuación total (máx. 28)

Interpretación de los resultados:

A mayor puntuación mejor funcionamiento. La máxima puntuación para la marcha es 12, para el equilibrio es 16. La suma de ambas puntuaciones proporciona el riesgo de caídas.

A mayor puntuación = Menor Riesgo o Riesgo leve

Menos de 19 = Riesgo alto de caídas

De 19 a 24 = Riesgo de caídas

. Método y Recolección de datos:

Las mediciones fueron realizadas al inicio del mes de febrero del 2015 y fueron reevaluadas a fin de mayo de 2015 con la misma escala de medición. Se tomó una muestra de 30 pacientes de la población a estudiar.

Criterios de inclusión:

- . Adultos Mayores de 65 años sin límite de edad, autoválidos, no dependientes
- . Personas que puedan sufrir una o varias patologías preexistentes
- . Personas que presenten trastornos de la marcha y el equilibrio
- . Personas que han sufrido una caída anteriormente y que están en riesgo de sufrir otra
- . Personas que tienen riesgo de sufrir una caída por primera vez

⁸ Tinetti M, et al. Risk factors for all among elderly persons living in the community. *New England Journal Medicine*. 1988; 319:1701-7

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Criterios de exclusión:

- . Personas con patologías mentales (deterioro cognitivo severo, demencias, trastornos neuropsiquiátricos)
- . Personas con capacidades funcionales diversas que no puedan ser incluidas en la actividad (amputados, personas con dependencia total)

Criterios de eliminación:

- . Pacientes que suspendieron su concurrencia al taller
- . Pacientes que fallecieron durante la realización del taller

-Evaluación:

Se evaluó el aumento o disminución del Riesgo de Caídas en la muestra de 30 pacientes que participaron en el Taller de Prevención de Caídas basado en ejercicios de fortalecimiento muscular, ejercicios de equilibrio y postura, entrenamiento de la marcha, técnicas para levantarse y caerse y educación para la prevención de los factores que predisponen a las caídas.

Participantes del taller:

Fig. 1

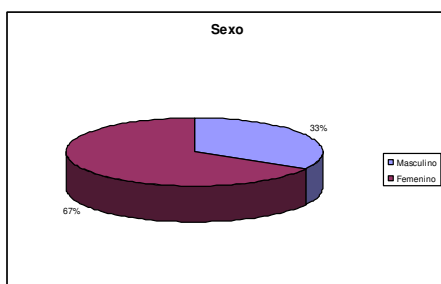
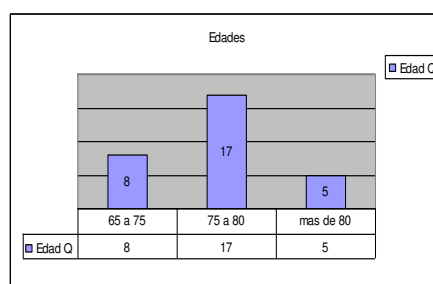


Fig.2



-Muestra: 30 pacientes

-Edad: 65 a 82 años

-Sexo: - Masculinos: 10 - Femeninos: 20

Antecedentes de participantes: (al 1/2/15)

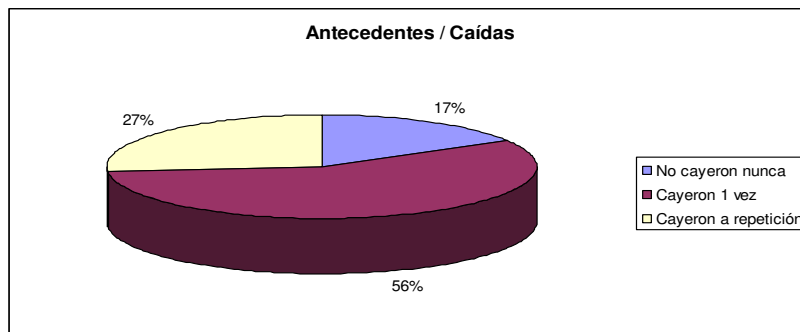


Fig. 3

-No cayeron nunca: 5 p

-Cayeron 1 sola vez: 17 p

-Cayeron a repetición: 8 p

-Resultados:

Índice de Riesgo de Caídas: Medición inicial (1/2/15)

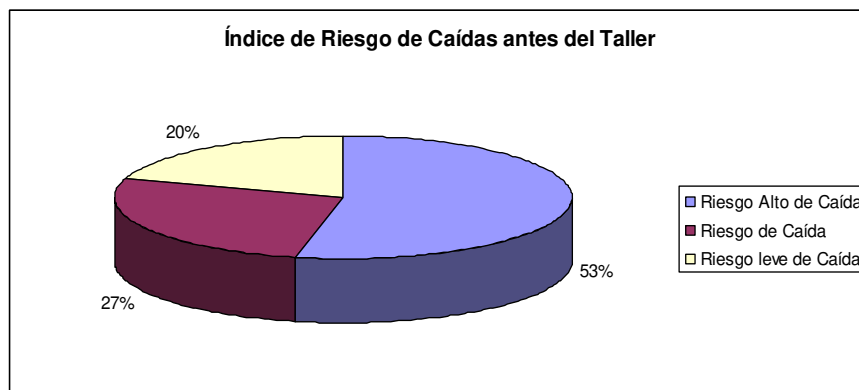


Fig. 4

-Riesgo alto de caídas: 16 p

-Riesgo de caídas: 8 p

-Riesgo leve de caídas: 6 p

Índice de Riesgo de Caídas: Medición final (31/5/15)

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

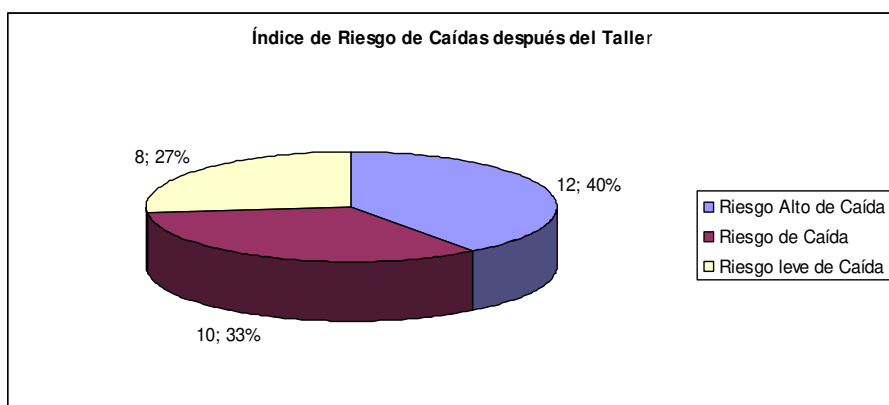


Fig. 5

-Riesgo alto de caídas: 10 p

-Riesgo de caídas: 12 p

-Riesgo leve de caídas: 8 p

- Caídas sufridas al finalizar el taller:

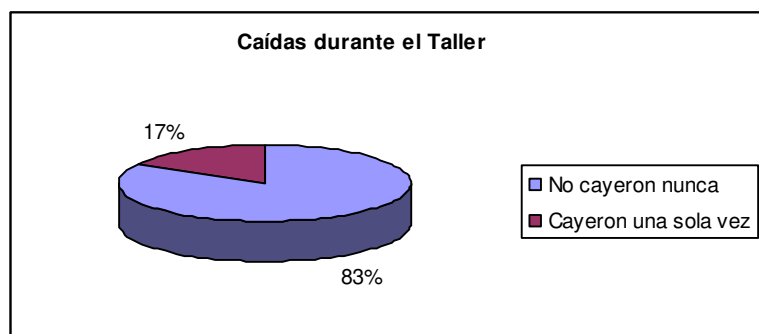


Fig. 6

Nota:

.Ninguno de los participantes del taller sufrió caídas durante la realización del mismo (en el gimnasio).

.Ninguno de los participantes que se cayeron durante el transcurso del taller sufrió fracturas o alguna complicación grave.

.De la muestra inicial de 32 personas, 2 abandonaron el Taller.

.3 personas tuvieron más de 3 ausencias durante el mismo.

-Conclusión:

Al finalizar la participación en el taller, se observó una significativa disminución del Índice de riesgo de caídas en los pacientes; siendo más evidente en las personas que poseían un riesgo alto de caídas (40,6%) que otras.

Con esto podemos evidenciar que la implementación de un taller de caídas fue eficaz para brindar herramientas terapéuticas al paciente que había sufrido anteriormente caídas a repetición.

Por último, al lograrse también disminuir el riesgo de caídas en todos los participantes que poseían un riesgo no tan elevado y, teniendo en cuenta que sólo el 17% de los adultos mayores se cayó mientras realizaba el taller, se infiere que éste también brindó herramientas para la prevención de las caídas.

-Discusión:

En base a lo relatado en este estudio, se demostró que una correcta utilización de herramientas evaluativas, así como también un abordaje terapéutico y preventivo en el marco del Taller de Prevención de Caídas, logró reducir el riesgo de caerse en la población estudiada.

Algunos autores como Hadid, Terzián y Saldivia Melillanca (2007) plantean que actividad física se realice dentro de un marco recreativo, más lúdico, como estrategia de prevención de caídas; como podría ser un taller de movimiento o que se brinden recomendaciones sobre actividades físicas no convencionales (yoga, tai-chi, etc.).

Considerando que se trata de una población añosa, creo que si se le da un carácter más comprometido con el área de la salud, por evaluación diagnóstica y asistencia preventiva y terapéutica, podemos, más allá de los resultados, tener en cuenta aún más variables terapéuticas que si fuese un abordaje recreativo o educacional.

Dentro de este abordaje kinefisiátrico en el marco del taller de caídas, podemos detectar las limitaciones funcionales en los pacientes y lograr resultados igual de exitosos que con las personas sanas, tanto en la terapéutica como en la prevención.

- Conclusión general:

La experiencia que detallamos refleja que las caídas que tienen lugar en la etapa de envejecimiento pueden ser tratadas mediante actividades físicas terapéuticas y preventivas.

Este trabajo pretende ser, a su vez, una herramienta más de ayuda, ya que existen numerosos métodos y abordajes para el tratamiento y la prevención de caídas.

Por medio de este estudio, y luego de la realización del Taller de Prevención de Caídas, podemos concluir con que éstas, no son una situación propia de la vejez ni de ciertas patologías, sino que se pueden prevenir y tratar mediante un abordaje kinefisiátrico.

La atención socio-sanitaria en Argentina

Roberto Barca

Se puede definir la atención socio-sanitaria (ASS) como “un **conjunto de cuidados** destinados a aquellas personas enfermas, generalmente crónicas, y con discapacidad, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, disminuir sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social” (1)

No se trata de cubrir un nuevo tipo de necesidad, el problema ya existía, pero en el presente se modificó la magnitud del mismo y esto aumentará en el futuro inmediato. La importancia social que está adquiriendo está asociada con diferentes factores coincidentes en el tiempo, como son el envejecimiento de la población (sobre todo de la población mayor de 80 años), las expectativas de una mayor calidad de vida, el aumento de la esperanza de vida y los cambios en la dinámica familiar, particularmente los profundos cambios en los roles sociales de la mujer y el crecimiento de los hogares unipersonales.

A los cambios sociodemográficos se agrega una nueva realidad epidemiológica actual, prevalece el padecimiento de una o varias enfermedades crónicas, la fragilidad (que parece es el estado normal de los ancianos de mayor edad, la limitación funcional, la polifarmacia, que son observables con el incremento de la demanda de atención a las personas con demencia, a las personas con enfermedad neurológica que puede cursar con discapacidad, a las personas mayores frágiles. Debido a que las trayectorias de final de la vida están determinadas por estas circunstancias se tiene que incluir en la atención sociosanitaria a las personas con enfermedad avanzada terminal que requieren de los cuidados paliativos.

Es necesario crear una red sociosanitaria que ofrezca servicios de internación y otros servicios que son alternativos a la institucionalización definitiva.

Los profesionales que integrarán la red sociosanitaria prestarán, pues, una atención integral, interdisciplinaria y geriátrica, en su caso, que responda a todas las

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

necesidades de la persona, respetando y promocionando, en la medida de lo posible, la capacidad autónoma de ellas, potenciando la permanencia en su domicilio (1).

¿Cómo homologar estas definiciones a la realidad de Argentina?

En realidad no existe en nuestro país un sistema de atención socio- sanitario, como el que describimos, pero se cuenta con una legislación que cubre algunos aspectos, para pacientes con discapacidad (leyes nacionales 22.431 y 24.901, del año 1981 que establecen los derechos que tienen las personas con discapacidad y su acceso a prestaciones gratuitas que brinda el Estado. También es importante la ley 19.032 que creó el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) del año 1971, que “otorga a sus beneficiarios las prestaciones sanitarias y sociales, integrales, integradas y equitativas, tendientes a la promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, organizadas en un modelo prestacional que se base en criterios de solidaridad, eficacia y eficiencia, que respondan al mayor nivel de calidad disponible para todos los beneficiarios del Instituto, atendiendo a las particularidades e idiosincrasia propias de las diversas jurisdicciones provinciales y de las regiones del país.

También existen dispositivos o recursos, públicos y privados que no se encuentran conectados entre sí pero que deberían agruparse: establecimientos geriátricos para pacientes psiquiátricos, residencias para pacientes dependientes, hospitales de día, centros diurnos, equipos de atención domiciliaria, equipos de evaluación integral. Conforman lo que llamamos cuidados de largo plazo, mejor cuidados de tiempo indefinido que se corresponderían con el tercer nivel del PAMI.

¿Qué papel le ha correspondido a Centro de Día en esta forma de modificar algunas de estas carencias de los sistemas sanitarios de Argentina?

En la Introducción del libro “La gerontología a través de treinta años de una historia institucional” (2) se cuenta que Centro de Día nació como una utopía o tal vez un sueño de un grupo de personas que tenían ideales similares. A partir de la década del 70, en Argentina se había hecho visible el envejecimiento poblacional. Contaba con un Instituto de Jubilados y Pensionados que resolvía parte de los problemas de sus beneficiarios. Sin embargo los ancianos vulnerables o con discapacidad sólo contaban con un tipo de organización posible los establecimientos geriátricos, que crecían

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

anualmente en número y en cantidad de plazas. Desde 1972 un ideal nacido en Francia “el mantenimiento domiciliario de los ancianos mientras sea posible” se hizo lema en nosotros. Propiciar el envejecimiento en el lugar (en su domicilio) para mantener los lazos con su comunidad (familia y relaciones) y redes sociales.

Hace 41 años, se fundó el Centro de Día y comenzó con una estructura terapéutica muy similar a la que hoy tenemos, privilegiando a los tratamientos ambulatorios, al trabajo en equipo interdisciplinario, la atención integral dirigida especialmente a los ancianos frágiles y discapacitados. En 1980 se hizo una presentación en el Congreso europeo de Gerontología y Geriatria y allí se expuso la estructura y los procesos de atención que se desarrollaban en el Centro (3).

Hablábamos que Centro de Día cumplió sucesivas etapas desde entonces y en el presente predomina el desarrollo de la atención sociosanitaria (ASS).

Centro de Día se ha especializado en la atención sociosanitaria de los pacientes con demencia desde el año 2012 y es considerado un centro de referencia para los pacientes de Capital Federal. Desarrolla dos de los programas que se incluyen en la Ley de Prestaciones para pacientes con discapacidad, el de Hospital de Día y de Centro de Día para pacientes con discapacidad mental.

El programa de **Hospital de Día** incluye tres subprogramas diferentes:

- de estimulación cognitiva, de acuerdo al grado de demencia que presenten los pacientes.
 - Para deterioro cognitivo leve
 - Para deterioro cognitivo moderado
 - Para pacientes con trastornos degenerativos neurológicos con compromiso motor.

El programa de **Centro de Día** para pacientes con deterioro cognitivo moderado a grave, es para aquellos que han llegado a una etapa avanzada de la enfermedad (GDS 5-6 de la escala de Raisberg) y reciben especialmente tratamientos para la estimulación sensorial, mejorar la funcionalidad y los cuidados personales. El desarrollo de estos programas son partes de otros capítulos de este mismo libro que escriben Jimena Garriga (4), María Noé Zamblera (5) y Agustín Morozumi (6)

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

La situación de dependencia se resume en un conjunto múltiple de **necesidades coincidentes de tipo sanitario y social**, relacionadas con la dificultad de autonomía de las personas para manejar su vida cotidiana, aunque la discapacidad sea causada por múltiples causas y afecte diferentes funciones. Estas necesidades requieren la ayuda de personas e instituciones y si no son cubiertas dificultan la calidad de vida en las personas con dependencia.

La discapacidad genera limitación funcional y pérdida de autonomía para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, de las actividades instrumentales y de otras actividades superiores como son el trabajo, el estudio y el ocio. Los programas que se cubren están relacionados precisamente con mejorar el funcionamiento del paciente en su medio.

Proceso que siguen los pacientes desde el ingreso a la institución

Los pacientes llegan derivados por profesionales privados o por algunas instituciones financiadoras (OSDE, Luis Pasteur, Swiss Medical, Hospital Italiano) que contratan nuestros servicios.

Se realiza una entrevista gratuita de orientación a la familia con profesionales y en caso de cumplir las condiciones de ingreso se hacen una valoración integral con equipo interdisciplinario o una evaluación diagnóstica, si la institución que deriva al paciente lo hizo previamente y envía los resultados. La primera etapa de tratamiento es la de adaptación, que desarrolla Alejandra Corbo en otro capítulo de este libro. Se incluye la entrevista con la familia, se conoce su demanda, los conocimientos que tiene sobre la enfermedad y el grado de sobrecarga actual del cuidador principal. También se evalúa el grado de funcionalidad mediante índice de Barthel, FIM, Lawton Brody, de validación local e internacional.

En esta instancia con la información adecuada, se decide a nivel de coordinación, el objetivo general de la atención, los objetivos específicos del paciente, el tipo de programa, la frecuencia de prestación que requiere y el período de tiempo que va a permanecer en la institución (jornada simple o doble).

Una vez seleccionado al grupo que corresponde cada paciente, se trabaja de manera grupal sobre objetivos generales y cuando se requieren objetivos específicos se

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

incluyen prestaciones de apoyo (alivio emocional, prevención de caídas, entrenamiento de mano, actividades instrumentales).

El control farmacológico del tratamiento lo realiza el profesional mandante, salvo orden expresa. El control del tratamiento integral lo maneja Centro de Día.

Se realizan controles evolutivos periódicos. se miden diferentes parámetros que servirán para la futura toma de decisiones: Test de Foldstein o MMSE, FIM, Índice de Barthel, índice de Zarit (para medir la sobrecarga familiar) y el índice de Tinetti para evaluar riesgo de caídas. Sin embargo estos no son los únicos parámetros a tener en cuenta para agrupar a los pacientes en los diferentes subprogramas, existen situaciones puntuales como la imposibilidad de trabajo grupal por la presencia de síntomas psiquiátricos y conductuales asociados a la demencia o la imposibilidad de comprender consignas. Todos estos elementos son los que en reunión de equipo determinaran los cambios de prestaciones o de frecuencia de las mismas.

En los programas de ASS, se trabaja con el binomio paciente/cuidador principal. El cuidador principal suele ser un familiar directo (cónyuge, hijo, a o un hermano, a) y junto con el paciente es sujeto del tratamiento. Debe ser tenido en cuenta en la hora de tomar decisiones. Algunas familias quieren mantener al paciente en casa y adoptaron la forma ambulatoria comunitaria para la atención de sus parientes, y es respetable su opinión, por esto se los ayuda para aliviar su sobrecarga. También está la familia que en cambio esperaba otra definición por parte de los financiadores: una internación definitiva en una residencia geriátrica o contar con acompañantes o asistentes terapéuticos en domicilio, que requieren una autorización especial por equipo interdisciplinario y no una simple orden médica. En estos casos los cuidadores principales se resisten al ingreso de su familiar a los programas de Hospital de día y Centro de Día que le ofrecen los financiadores. Estas formas de actitud familiar deben ser tenidas en cuenta para evitar abandonos precoces en los primeros meses de tratamiento. Todo ello redundo en la necesidad de un abordaje familiar que permita conocer el grado de sobrecarga, sus objetivos y sus limitaciones. Se le informa sobre la evolución de la enfermedad, alertándolo cómo cuidarse a sí mismo. La orientación familiar es parte del tratamiento, no solo una ayuda a evitar la sobrecarga individual sino que además tiene efectos favorables sobre el paciente. Se les propone la posibilidad de agruparse con otros familiares que se encuentran o han estado en la

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

misma situación y se les instruye sobre la posibilidad de contar con mecanismos de respiro (internaciones de corto plazo, aumento de la frecuencia de concurrencia al Centro o asistentes para determinadas circunstancias).

La familia debe tener muy en claro cuál serán los objetivos del ingreso, el cumplimiento de los horarios, las prestaciones y también los hechos eventuales que pueden ocurrir con el paciente en Centro de Día (caídas, agresiones de otros pacientes, etc.), por eso es importante contar con un consentimiento informado firmado por las partes que aseguran derechos y obligaciones. Hay una persona en el Centro, que se ocupa de la estructura de cuidados, que recibe e informa con lo que ocurre en el domicilio y en la institución. Es clave como una ayuda al tratamiento. Existe una estructura de cuidados formada por enfermeros y asistentes que se ocupan de dar apoyo en las actividades básicas, en los acompañamientos al baño, en la administración de medicamentos y en la higiene personal de los pacientes.

La experiencia de Centro de Día cumplió cuarenta años. Podemos decir que esta tarea de estimulación cognitiva, fundada en la evidencia, tiene resultados que aún no fueron superados por otro tipo de tratamientos en los pacientes con demencia.

Respecto a los resultados que se han observado sobre la intervención en pacientes con demencia, hay diferentes formas de medirlos: según funcionalidad, según evolución del deterioro cognitivo, según alivio familiar. Un parámetro aceptado, que es coincidente con nuestra visión fundacional del Centro de Día, es el prolongar el mantenimiento domiciliario para aquellas familias que manifestaron su deseo de tomar esta alternativa y evitar la institucionalización definitiva del paciente. Se le explica a las mismas que existe un punto de quiebre asociado con las actividades básicas cotidianas y que nosotros lo indicamos técnicamente cuando ello ocurre. Los resultados obtenidos, para el grupo de mayor dependencia son en promedio superiores a dos años y medio de permanencia en el Centro. Se considera como un resultado favorable cuando los pacientes permanecen más un año en la institución evitando la internación.

También debemos referirnos a las limitaciones que tienen estas modalidades de atención y que son percibidas por nosotros. Posiblemente la inexistencia de una red de prestadores de ASS, que permitan una coordinación más eficiente. Recibir pacientes de otras instituciones o de otros niveles de atención, en tiempo y forma, así como conocer con antelación, la derivación de los propios pacientes a otras instituciones o a

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

otros niveles de atención. Los equipos que trabajan en las empresas financiadoras, suelen tener un excelente nivel, pero la falla principal está en la comunicación, no llegan los estudios realizados o están desactualizados, faltan precisiones acerca de los objetivos que se esperan de nuestra intervención o los tiempos existentes entre la comunicación a la familia del paciente y la autorización para realizar la prestación son prolongados. En el caso de altas sucede que solo en algunas ocasiones la decisión proviene del equipo de Centro de Día. Más frecuentemente es una decisión de la familia como en el caso de las derivaciones a un establecimiento geriátrico, que avisan de este traslado sobre la fecha de egreso y el paciente no es informado correctamente, deja de concurrir sin despedirse de los otros pacientes concurrentes que forman un grupo conviviente formado explícitamente y dejan un vacío que debe explicarse.

Se atribuyen alguna de estas situaciones a la falta de una red prestacional para pacientes con discapacidad, solo están previstas en la legislación las prestaciones que tienen derecho a recibir y los prestadores que figuran en un registro.

Con visión de futuro inmediato

En los años futuros, la discapacidad será un motivo de preocupación aún mayor, pues su prevalencia sigue aumentando. Según la Presidente de la OMS, ello se debe a que la población está envejeciendo y el riesgo de discapacidad es superior entre los adultos mayores, y también al aumento mundial de enfermedades crónicas tales como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los trastornos de la salud mental.(7)

De acuerdo a lo previsto por la Organización Panamericana de la Salud, la demanda para este tipo de atención va a crecer, y calcula que se triplicará en la región para el año 2050. Cómo evitar que este hecho que ya es un problema de salud pública por su magnitud creciente pueda limitarse. Desde nuestra perspectiva de prestadores ofrecer a la sociedad y al Estado una experiencia que consideramos casi única en el país. Nos gustaría además de difundir nuestra experiencia, pensar en cómo mejorarla.

Hacia la creación de una red de prestadores de la ASS

Distintos países han desarrollado experiencias con la integración de proveedores para proporcionar el continuo asistencial a una población definida, principalmente en Estados Unidos. En Cataluña han surgido progresivamente organizaciones sanitarias

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

integradas (8). En nuestro país debería contarse con una red pública y/o privada para la atención socio-sanitaria. Reflexiono sobre un modelo o modelos posibles para enfermos dependientes, ancianos frágiles y cuidados paliativos. Existen al respecto también diferentes tipos de atención. El primer dilema suele darse en términos de atención en instituciones de larga estadía o atención con el paciente en su propio domicilio (atención domiciliaria o en instituciones comunitarias (Hospital de Día, Centro de Día, Centros de Evaluación Integral).

En muchas ocasiones los dos tipos de recursos pueden ser sustitutivos entre sí, uno u otro, pero también pueden ser complementarios. Dependerá de muchos factores, entre otros, de la oferta de recursos de un tipo y otros existentes, en el lugar donde vive el beneficiario, del apoyo familiar y social de que disponga el paciente y del grado de limitaciones funcionales que éste tenga. Hay también otros motivos para la alternativa entre la institucionalización o el cuidado en domicilio que podríamos denominar propios del anciano, o la familia como puede ser que la única opción del usuario sea estar en una institución, cuando carece de familiares que lo cuiden, o no haya un control social apropiado o que tenga deficiencias en su vivienda que hacen desaconsejable el uso de este recurso. La carencia de una política asistencial dirigida bien hacia los servicios comunitarios o bien hacia los establecimientos residenciales, hace que, aunque a veces la teoría describa sus preferencias hacia lo comunitario, la realidad se decanta hacia los establecimientos residenciales. Esto se comprueba claramente observando el número de establecimientos y camas contratadas en la atención de tercer nivel que brinda PAMI con respecto a otras alternativas de intervención.()

Se requiere contar con una red de **servicios**, de **establecimientos** y **equipos de trabajo profesional** para atender ambos niveles de atención (el comunitario o el institucional). No debe suponer necesariamente la creación de una red asistencial nueva o específica. Se trata, por el contrario, de una atención en red. En este sentido se trata más bien de crear o facilitar un nuevo estilo de intervención asistencial: a necesidades socio sanitarias nuevas, un método de trabajo interdisciplinario, una nueva forma de hacer las cosas, y que suele denominarse como coordinación socio-sanitaria.

Se deben precisar **los objetivos de una política de servicios de larga duración.**

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

En principio se deberían cumplir objetivos de dignidad humana básica (derecho a la libertad, privacidad, a ejercer su autodeterminación, etc.). Los establecimientos insertos en una comunidad, no están exentas de la ética de esa comunidad (9). Pareciera que el primer objetivo debiera ser el mantenimiento de las capacidades funcionales de las personas frágiles o con discapacidad. Podrían existir otros como el mantenimiento domiciliario, el alivio familiar.

Los establecimientos y servicios que deberían formar parte de esta red podrían ser:

Establecimientos para la Institucionalización:

- Establecimientos para convalecencia y rehabilitación, o de cuidados paliativos los cuales podrían brindarse en clínicas u hospitales de baja complejidad.
- Establecimientos geriátricos que incluyen la vivienda y aseguran seguridad durante las 24 horas y/o además mantenimiento de las funciones.
- Establecimientos geriátricos que acepten ancianos por tiempos parciales para respiro familiar.

Servicios y Establecimientos Comunitarios:

- Hospitales de Día y Centros de Día socio-sanitarios, que brindan atención de hasta 8 horas diarias, cinco veces por semana.
- Centros de Día nocturnos
- Tele-asistencia
-
- Unidades de Evaluación Integral que puede realizarse en lugares ambulatorios o de Internación.

Servicios en domicilio:

- Cuidados domiciliarios sanitarios (de enfermería, cuidadores formales, médicos, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales).
- Cuidados sociales domiciliarios (asistencia personal, servicio doméstico, mantenimiento de la vivienda)

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

El balance entre los recursos a desarrollar, o sea, recursos comunitarios y recursos residenciales, también debería ser definido, lo cual concierne a la estructura de la producción de servicios; la elección entre modelo médico o modelo social o modelo socio-sanitario define las normas que regirán el proceso de producción de cuidados y servicios; la relación entre la preferencia de los pacientes y la responsabilidad de los prestadores de cuidados sitúa el lugar del beneficiario en el sistema de los cuidados de larga duración.

Otro de los objetivos a lograr es la **continuidad de cuidados**. Según las diferentes necesidades del paciente, será necesario aplicar un tipo determinado de servicios. Sin embargo esto, tiene sus dificultades en la práctica. Es difícil obtenerlo sin una correcta coordinación entre niveles. La continuidad asistencial es el resultado de la coordinación desde la perspectiva del paciente y se define como el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo (8)

La coordinación se podría definir como la conexión de los diferentes servicios necesarios para atender a un paciente a lo largo del continuo asistencial, de manera que se armonicen y se alcance un objetivo común sin conflictos; cuando la coordinación alcanza su grado máximo, la atención está integrada (9).

Reid y colaboradores identifican tres tipos de continuidad en la atención:

- de información, o disponibilidad y utilización de la información de episodios anteriores para dar una atención apropiada a las necesidades actuales del paciente;
- de relación, centrada en la interacción de un paciente con un proveedor a lo largo del tiempo;
- y de gestión, o provisión de la atención de manera coordinada a lo largo del tiempo (11)

Coordinación, continuidad e integración asistencial son términos que se suelen utilizar indistintamente para referirse a una misma idea: la conexión de la atención que recibe un paciente desde múltiples fuentes de provisión (10).

Hay otros aspectos operativos de la gestión de la ASS que es preciso tener en cuenta, como son: **la calidad de los cuidados y los métodos de selección de las**

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

personas con dependencia. La calidad de la atención está directamente vinculada con la capacitación profesional de los recursos humanos. Los profesionales universitarios han sido formados para la tarea individual y mucho menos para el trabajo en equipo. La capacitación profesional también puede realizarse en el lugar del trabajo y sobre aspectos primordiales de su actividad. Las unidades de trabajo deben estar vinculadas con universidades y sociedades científicas para mejorar la capacitación de sus integrantes. Respecto a la selección de personas con dependencia, la legislación argentina especifica respecto a quienes tienen este derecho, pero no incluye el grado de medición a realizar para establecer el tipo de cuidado a recibir.

Una figura profesional que surge en las redes de los Estados Unidos es el **administrador de caso**, una figura que intenta paliar los déficits de coordinación entre establecimientos privados especialmente. En realidad se trata de alguien que conoce los derechos y las instituciones que brindan servicios y realiza el seguimiento de un mismo paciente a lo largo de la red asistencial. (12)

La política del **mantenimiento a domicilio de las personas ancianas y frágiles** ha sido extensamente debatida. Debe ser prioritaria hasta que se alcance un grado de dependencia que hace infructuosa su permanencia en casa, por razones de agotamiento de los cuidadores principales o por razones económicas

La planificación de la ASS en comunidad La mayoría de las personas mayores, especialmente los ancianos auto-válidos y entre ellas algunas que sufren diferentes tipos de dependencia, que expresan que prefieren vivir en sus domicilios (por razones de afecto, conexión con su grupo primario)

Janine Wiles, el concepto de envejecer en su lugar no es solamente una ventaja en sentido de apego, conexión o sentimiento de seguridad en relación con el domicilio o la comunidad, también tiene implicancias sobre las múltiples formas de interacción que deben ser tenida en cuenta en políticas públicas. (13)

Ello supone que la prioridad deberían ser prioritarios los servicios comunitarios que constituyen el ASS, en alguna de sus versiones:

- a) Cuidados domiciliarios sanitarios y sociales;
- b) Servicios en Centros de Día y Hospitales de Día para soporte y rehabilitación;

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

- c) Servicios de apoyo al cuidador (formativos, orientadores o de respiro), y
- d) Soporte técnico del hogar (instrumental y comunicativo).

En principio la ASS debe dar cobertura a toda la población dependiente, pero debe diversificar sus esfuerzos según los distintos grupos de riesgos ya que cada uno tiene una combinación distinta de servicios y también costos diferenciados.

La definición de los grupos de riesgo o de necesidad dependerá de los criterios que se determinen, existen experiencias que avalan la asistencia de ASS bajo la forma de grupos integrados bajo el modelo *Resource Utilization Groups version RUG- III* de variables clínico asistenciales. (14). Aplicado en USA, para evaluar la complejidad de los pacientes ingresados en dispositivos residenciales, dispositivos de larga estancia, post-agudos o de convalecencia. Permite la comparación y adecuación de los recursos de internación.

El RUG-III clasifica los pacientes en 44 subgrupos que a su vez quedan agrupadas en 7 categorías, de mayor a menor complejidad, que son: (15)

- Rehabilitación especial (categoría de mayor complejidad clínica).
- Tratamientos extensivos.
- Cuidados especiales
- Complejidad clínica.
- Deterioro cognitivo.
- Problemas de comportamiento.
- Funciones físicas reducidas (categoría de menor complejidad clínica).

Así, por ejemplo, si los criterios fundamentales son esencialmente **sociodemográficos** podríamos plantear a la luz del conocimiento actual grandes grupos como ser los ancianos frágiles o los ancianos dependientes que implicarían un mayor riesgo y posiblemente un mayor costo.

Si el criterio fuera de **capacidad funcional**, se puede combinando el tipo de actividades básicas e instrumentales propuestas por Katz y los intervalos de necesidad de cuidados según Isaacs, obtener los siguientes grupos de necesidad:

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

- a) Un grupo de personas independientes o de baja necesidad de cuidados, que pueden realizar la mayoría de las actividades instrumentales y personales de la vida diaria de manera autónoma.
- b) Otro grupo con necesidad de largo intervalo o necesidad moderada, que son aquellos que precisan ayuda menos de una vez al día para realizar actividades instrumentales, por ejemplo los ancianos que necesitan que se les acerque alimentos a su casa;
- c) Un tercer grupo con necesidad de intervalo corto, pero de alta necesidad, para realizar algunas actividades personales (vestirse, salir, lavarse) y que precisan de ayuda varias veces al día, aquellos que requieren cuidadores formales o informales.
- d) Un cuarto grupo con necesidad de intervalo crítico o muy alta necesidad que precisan ayuda varias veces al día para comer, sentarse o ir al baño. Son aquellos que requieren cuidados institucionales de 24 horas.

Otro criterio podría ser el de **rutas asistenciales de tratamiento según patología**, que incluyan necesidades sociales. (16) Para definir estas rutas se requieren consensos y equipos profesionales especializados para cada grupo.

- Para pacientes con demencia
- Para pacientes con alta dependencia funcional
- Para pacientes orto geriátricos
- Para pacientes en la etapa final de la vida.
- Para pacientes con depresión
- Para pacientes que requieren neuro rehabilitación.

En conclusión:

Centro de Día nació como un lugar de atención sociosanitaria, aunque en sus inicios no se lo ha definido de esta manera. Sin embargo a través de su evolución como institución, cumplió con todos los requisitos para serlo. Debemos prepararnos para la próxima década, pensando en trabajar dentro de una red asistencial socio-sanitaria.

Las necesidades socio sanitarias pueden ser definidas por su objetivo, su contenido o por su metodología de atención.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Por su **objetivo** la atención sociosanitaria es una intervención unificada en favor de una población con necesidades sanitarias y sociales al mismo tiempo y que requiere cuidados relativamente prolongados. De acuerdo al caso concreto pueden predominar más necesidades de tipo sanitaria o social. A lo largo del ciclo vital de las personas surgen necesidades cambiantes. Desde este punto de vista hay que enfatizar en que la ASS no es una red de recursos ni un simple sistema de colaboración entre profesionales, aspectos todos ellos importantes pero instrumentales.

Por su **contenido** la atención sociosanitaria es la confluencia de dos necesidades en uno u otro grado: tratamientos clínicos y apoyo al ejercicio de las actividades de la vida diaria, y que se traduce en cuidados domiciliarios, comunitarios y residenciales organizados a lo largo de un continuo asistencial. Atención sanitaria, rehabilitación y apoyo social forman los tres elementos básicos de la ASS.

La ASS es una atención en red. En este sentido creemos se trata más bien de crear o facilitar un nuevo estilo de intervención asistencial a necesidades socio sanitarias nuevas, un método de trabajo interdisciplinario, una nueva forma de hacer las cosas.

Referencias bibliográficas

- 1) Programa Vida als Anys. L'atenció sociosanitaria a Catalunya, Barcelona; 2003. [citado 12 Abr 2016]. Disponible en: http://www.gencat.cat/salut/botss/pdf/at_sociosanit_catalunya_2003.pdf
- 2) Barca R y colaboradores *La gerontología a través de treinta años de una historia institucional (link)*
- 3) Barca RE, Gastron GG, Gastron LB, Barca ICG. *Reseña de un año de actividades en un Centro de Día” link*
- 4) Garriga Zurcal MJ *Los programas para personas mayores con trastornos cognitivos graves. Cuarenta años de una historia institucional. Link*
- 5) Zamblera MN
- 6) Morozumi A *Programas para preservar la capacidad funcional intrínseca. Hospital de Día de Recapacitación y Estimulación física. Cuarenta años de una historia institucional. Link*

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

- 7) Chan M *Informe mundial sobre discapacidad*. Ginebra, World Health Organization, 2008.
- 8) Vázquez Navarrete ML y col. *Las organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis*.
- 9) Redondo N y colaboradores. *Longevidad y cuidados de larga duración en Argentina. Propuestas para el decenio 2020-2030*. Fundación Navarro Viola y Fundación SIDOM. 2019
- 10) Terraza R, Vargas I, Vázquez ML. Coordinación y continuidad: un marco para el análisis. En: Respuestas individuales y sociales entre los riesgos para la salud. CD-ROM XXIV Jornadas Asociación de Economía de la Salud; El Escorial 26-28 mayo 2004. [Links]
- 11) Haggerty J, Reid R, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, Mc Kendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *Br Med J* 2002; 327(7425): 1219-21. [[Links](#)]
- 12) Fernández Liria A y col. *Los programas de case management. Conceptos básicos y aplicabilidad*. *Revista Asociación Española de neuropsiquiatría* 222 1990 [[Links](#)]
- 13) Wiles JL y colaboradores *The Meaning of "Aging in Place" to Older People*. *The Gerontologist* Vol. 52, No. 3, 357–366, 2011
- 14) White C, Pizer SD, White AJ. Assessing the RUG-III resident classification system for skilled nursing facilities. *Health Care Financ Rev.*, 24 (2002), pp. 7-15. [Medline](#)
- 15) Botz CK, Bestard S, Demaray, Molloy MG. Resource utilization groups (RUGs): defining chronic care, rehabilitation and nursing home case mix in Canada. *Health Manage Forum.*, 6 (1993), pp. 5-19 [http://dx.doi.org/10.1016/S0840-4704\(10\)61100-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0840-4704(10)61100-3) | [Medline](#)
- 16) Network, NHS Benchmarking, and NAIC Steering Committee. *National Audit of Intermediate Care Report 2014*. Manchester: NHS Benchmarking Network; 2014. [citado 12 Abr 2016]. Disponible en: <http://www.nhsbenchmarking.nhs.uk/CubeCore/uploads/NAIC/NAICSummaryReport2014.pdf>.

Hospital de día: Una apuesta interdisciplinaria para el tratamiento de las psicopatologías

Mariana Barletta, Vanesa Canciani, Mónica Canzoniero, Alejandra Corbo, Vanesa Friedenber, Belén López, Marcela Marina, Gustavo Martínez, Beatriz Rogovsky, Virginia Romano, Norma Sangla, Samuel Szurman, , Gabriela Vassolo

El hospital de día es un dispositivo en el cual el paciente recibe las técnicas terapéuticas que requiere sin necesidad de abandonar su entorno familiar ni social, evitando la internación.

Se trata de una estructura sanitaria asistencial que brinda un tratamiento integral, una contención institucional más abarcadora, personal y continuada.

De acuerdo al caso las modalidades terapéuticas de Hospital de día pueden dividirse en jornada simple (turno mañana o turno tarde) o jornada completa, en la que reciben desayuno, almuerzo y merienda. Este menú está controlado por profesionales en nutrición así como el seguimiento de la salud nutricional individual. Cuando es necesario, el servicio de enfermería suministra y prepara el esquema de medicación, a quienes así lo requieran.

En algunos casos -luego de un alta de internación psiquiátrica aguda- el dispositivo de Hospital de día funciona como una transición hacia la posibilidad de continuar el tratamiento por consultorios externos.

Del mismo modo, se deriva al Hospital de día a pacientes que asisten a consultorios externos, en situaciones en las que se necesita un abordaje de mayor complejidad o para tratar de evitar una internación psiquiátrica.

La modalidad de trabajo es a través de talleres, encuentros grupales e individuales (tratamiento psiquiátrico y psicológico).

Es un dispositivo ambulatorio, donde se entrecruzan diferentes discursos terapéuticos: psicoanálisis, psiquiatría, psicología, musicoterapia y terapia ocupacional. Se ofrece un espacio-tiempo integrando la diferencia, partiendo de un “para todos” que sostiene la particularidad de los sujetos que lo constituyen, donde cada uno hará su recorrido singular según la situación que atraviesa, su necesidad e interés.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

A través de las diversas actividades que se ofrecen se brinda una oferta de tiempo y espacio para alojar, contener y abordar la subjetividad; donde se posibilita desplegar miedos, angustias y temores en un ámbito socio sanitario contenedor, que favorece la autoconfianza.

Se promueve un proceso que estimule una posición activa del paciente y una actitud cada vez más autónoma en la dinámica grupal.

La interacción con el grupo de pares, con los miembros del equipo de profesionales y con los agentes de la institución favorece un mejor desenvolvimiento de los pacientes en la comunidad. El dispositivo grupal, a través de las distintas actividades, permite que los pacientes puedan ubicarse en un tiempo productivo, en interacción con otros, favoreciendo la inscripción de nuevas marcas y aspectos sanadores de la singularidad.-

El cronograma de actividades funciona como organizador del tiempo-espacio, en el aquí y ahora, que propicia la estabilización. Respetar límites y reglas implica la introyección de un otro institucional.

La diversidad de talleres (música, terapia ocupacional, actividades plásticas y artísticas, expresión corporal, psicodrama, estimulación cognitiva) permite el despliegue de lo más singular de cada uno. Así es como la propuesta es la puesta en juego de la voz, el cuerpo, la invención⁹, el humor, el hacer uso de un objeto, y /o permitir la asunción de roles en juegos de dramatización. El paciente podrá desarrollar e identificarse con aquello que más lo represente.

La práctica en equipo supone que cada profesional sostiene su especificidad y la desarrolla. De este modo la transferencia (motor central para un tratamiento posible) se desmultiplica en los distintos profesionales que intervienen, no hay uno solo que porta el saber, hay varios y de diferentes disciplinas. Se propone una transferencia de trabajo para construir un saber que quede del lado del sujeto y no del profesional, esta vía permitirá la puesta en juego de un trabajo, una producción, el despliegue de un saber - hacer.

⁹ Miller, Jacques Alain, en su texto *La invención psicótica* (2007, Virtualia), propone el término “invención” para referirse al crear a partir de materiales existentes, y lo diferencia de la creación que sería a partir de la nada.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Así mismo, este descompletamiento del Otro (en varios profesionales-talleristas) hace más soportable los retornos persecutorios en algunos pacientes que los padecen.

La propuesta implica que ningún lugar está completo, este quedara abierto a la producción de cada uno, apostando a que puedan realizar algo que los represente (un objeto en el taller de arte, por ejemplo) y se posibilite el lazo con el otro a través del saber- hacer que promueve el intercambio. En ocasiones se establece un vínculo de amistad, que va más allá del espacio grupal, e incluso logran sostener por un tiempo alguna actividad por fuera del hospital de día además de compartir las dinámicas en la Institución.

Esta mirada que rescata lo singular de cada uno se pone en juego desde el inicio cuando el paciente es admitido al dispositivo. Se evalúa la frecuencia de la asistencia en función de las necesidades.

Ya se mencionó a la transferencia como componente fundamental para que el trabajo sea efectivo. Hay otro tipo de transferencia que se desarrolla y es la transferencia a la institución donde asisten diariamente. Hay quienes llegan solos desde el principio y otros que requieren de un acompañamiento en el traslado a la institución que poco a poco podrán dejar de necesitar.

La práctica del hospital de día también posibilita la disminución del requerimiento de fármacos. También una menor cantidad de reingresos en hospitalización completa y una menor demanda de servicios de emergencias.

Algunos pacientes hablan de la dificultad que tienen para atravesar los fines de semana y la tranquilidad que experimentan al llegar el lunes a la institución: *“me hace bien venir, estar acá, con el grupo, con los profesionales”*, dice C.

Así mismo se puede ver a los pacientes interactuar con los distintos componentes de la institución: desde la secretaria o la enfermera hasta algún acompañante o paciente en la sala de espera.

Otra de las propuestas del hospital de día son las salidas programadas. Estas promueven el lazo social en espacios diferentes que, al mismo tiempo, favorecen el contacto con la comunidad en la ciudad.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Sabemos que para algunos de los pacientes “el peligro está afuera”. Al incluir esta invitación en otro tipo de discurso -donde se trata de ir con otros, a determinado lugar, con un objetivo (conocer un teatro, tomar un café, etc.)- lo invasivo que viene del exterior reduce la intensidad abrumadora que ejerce sobre sí.

Un componente importante del dispositivo es la reunión de equipo. Este es un espacio de puesta en común de lo que sucede en las prácticas de cada quien, con cada uno de los pacientes.

Es un momento para circunscribir qué se pone en juego en el caso por caso y así continuar en la línea de identificar lo singular para proseguir en dicha dirección o, de lo contrario, sugerir algún otro lineamiento. Es el momento en el que se pone en consideración algunas propuestas o pedidos de los pacientes o de los profesionales (como incrementar o disminuir la frecuencia con la que asisten, de valorar el pasaje que ha hecho determinado sujeto: de los talleres de la institución a un taller en un centro cultural, a un curso de literatura en una universidad o a estudiar idioma en un colegio).

El Hospital de Día brinda al sujeto con padecimiento psíquico la posibilidad de un ordenamiento de su vida cotidiana y en algunos casos, un reordenamiento de la dinámica familiar o al menos cierto grado de implicación de algún referente en el tratamiento del paciente. - Este dispositivo ofrece un marco amplio e integrador que permite mediar en los procesos de integración social.

Psiquiatría

La relación que establecen un médico y un enfermo, durante el proceso de enfermedad

es de extrema importancia. Es rica, compleja y vincula mutuamente a dos personas:

al médico y al paciente. En la misma se articulan- más o menos eficaz y armoniosamente -el discurso de un hombre y la capacidad de otro para articularlo.

Solemos atender un alto porcentaje de pacientes que transitan en soledad sus días. A veces con familiares presentes sólo físicamente pero no emocionalmente. Su llegada al consultorio externo de la institución y, para algunos, la consiguiente derivación al hospital de día, les abre un abanico social inédito.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Las experiencias personales, la situación del curso de vida actual, las limitaciones mixtas que aparecen más o menos sorpresivamente, obligan también a resolver diversas situaciones mediante nuevas adaptaciones que nunca antes habían imaginado. Descubren con asombro, potencialidades sociales que se pueden desarrollar independientemente de las etapas etáreas.

Del consultorio externo al Hospital de día

Este acceso a veces se produce en un primer encuentro y otras en el marco de un tratamiento ambulatorio que resulta insuficiente.

En otras ocasiones es derivado de una institución de internación donde transitó la fase aguda, pero se percibe que no está en condiciones de hacer únicamente el seguimiento ambulatorio.

El tratamiento en hospital de día tiene la finalidad de evitar la internación psiquiátrica aguda o la re internación. Es un dispositivo intermedio, una convivencia asistida, donde el trabajo terapéutico se dirige en una dirección que le permita al paciente insertarse en su propio devenir histórico-social adecuando, reescribiendo, la relación entre su mundo interior y la realidad exterior.

Criterios de derivación al hospital de día

Los pacientes tienen que ser capaces de entender y colaborar en su tratamiento. Se requiere una capacidad de introspección mínima, como para asumir voluntariamente su asistencia y aceptación del tratamiento, no tener conductas gravemente disruptivas o heteroagresivas ni presentar indicadores de riesgo para sí y/o para terceros.

Las derivaciones más frecuentes para el tratamiento en el Hospital de día son: las situaciones subagudas, los pacientes crónicamente conflictivos difíciles de tratar y manejar ambulatoriamente, que -con frecuencia- tienen una historia previa de ingresos repetidos.

Se piensa en el dispositivo como:

- Un intento de evitar la internación
- Una alternativa al tratamiento por consultorios externos
- Un dispositivo de contención para pacientes crónicos

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Tomemos los siguientes ejemplos: el paciente C ingresa hace pocos años al Hospital de Día luego de una externación por intento de suicidio. Tiene hijos presentes, pero esto no alcanza para su contención. La opción de ser derivado a consultorio externo y su posterior integración a Hospital de Día funciona. Encontró pares (socialización) y pudo ir apreciando que no es un caso único (universalidad). Recibir reentrenamiento social ayuda a reorganizar su vida. Descubre alternativas (esperanza). Estamos hablando una y otra vez, con distintos términos de Transferencia. Esto lo lleva a descubrir y/o corroborar la empatía, la solidaridad recíproca, y la riqueza insospechada de los nuevos vínculos sociales. En un momento pregunta "...ya atendió a R?, porque no lo vi". Ha ido aprendiendo el proceso recíproco de recibir al dar (altruismo).

El paciente R no formó familia propia y sus hermanos no lo integran a sus nuevas familias. Mediante la experiencia de ser aceptado en el grupo y compartir allí sentimientos e ideas sin miedo a las críticas, va logrando la sensación de unidad que lo ayuda en la realidad externa.

Con esto podríamos decir que la actividad grupal funciona y que el trabajo interdisciplinario es fundamental.

“En la vida anímica del individuo, alguien más está firmemente involucrado, como un modelo, como un objeto, como un salvador, como un enemigo, y así desde la más temprana psicología individual, existe también y al mismo tiempo, la psicología grupal, de multitud”(Freud, 1955, p65)

Psicología grupal

Se trata de un espacio al que acceden los pacientes todos los días de la semana. Se intenta, en el intercambio grupal, propiciar el lazo a partir de la circulación de la palabra.

Para ello nos servimos de la ideación espontánea en algunos casos y/o de disparadores tales como historietas, noticias, cuentos, juegos, imágenes, etc. En este intercambio con un otro se ponen en juego procesos de subjetivación que intenta destrabar la maquinaria que fija las formas repetitivas de habitar el mundo dando paso a experimentar y habilitar otras modalidades subjetivas.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Se trabaja sobre el padecimiento de cada paciente, favoreciendo el intercambio. El objetivo fundamental sería promover el vínculo para fortalecer o restituir el lazo social, brindar un espacio de expresión de sus ideas, sentimientos y vivencias para facilitar la integración con sus compañeros.

Los pacientes oirán acerca de las diferentes experiencias, lo cual les hará reflexionar y dará la oportunidad de aportar sus propias ideas.

De este modo se intenta favorecer el armado de la red social, que brinda diferentes formas de apoyo y con la sociedad en general. A veces se aborda la organización del espacio-tiempo del tiempo libre ya que para algunos es muy difícil transitar el fin de semana o poder organizar turnos médicos, etc. También se pone en consideración el vínculo con las familias o temáticas como la ansiedad y los miedos frente a los cambios y preocupación por la situación socio-económica actual.

Son muy importantes las interrelaciones y los vínculos que se establecen entre los miembros, habiendo un compromiso de solidaridad y protección mutua.

El papel activo de los miembros del grupo consiste en escuchar, aceptar, interactuar y reaccionar según la resonancia que en lo personal provocan los dichos de los demás integrantes. El grupo puede convertirse en una fuente de apoyo y fortaleza en momentos de inquietudes, ansiedad, estrés, angustia, etc.

Psicoterapia individual

Los pacientes cuentan con psicoterapia individual, donde se despliegan y trabajan temáticas personales que se complementan con las que se desarrollan de manera grupal.

En este espacio se elaboran los aspectos más “íntimos” del padecimiento del paciente. Es un lugar de escucha que posibilita pensar cómo se posiciona cada sujeto en el vínculo con el otro y su deseo. El proceso de la psicoterapia facilita la expresión de los sentimientos, la posibilidad de significar o resignificar sucesos importantes de su vida para poder ser integrados en su historia y construir proyectos que configuren un presente y un futuro más “habitable”.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Es importante ayudar a romper los hábitos nocivos que retroalimentan malestar y a desarrollar nuevos recursos que permitan afrontar con éxito los desafíos que presenta la realidad de todos los días.

Es interesante destacar que la diferenciación de lo “grupal y lo individual” favorece la construcción de “lo público y lo privado”, de esta manera quedan delimitados diferentes espacios, con sus lógicas, que se relacionan continuamente y producen efectos las unas en las otras. Muchísimas veces lo trabajado a nivel individual ayuda a modificar la forma en la que el paciente transita el espacio grupal y lo abordado grupalmente relanza el trabajo terapéutico individual.

Taller de Expresión corporal

La Expresión Corporal como el juego, es una forma de exteriorizar los estados anímicos a través del gesto, la actitud, el sonido, el movimiento, el ademán. A su vez esta actividad propicia el desarrollo de la capacidad de recibir impresiones del mundo externo desde diversos estímulos, y comunicar respuestas personales propias, valorizando la singularidad de lo producido. De este modo se promueve un proceso que impulsa la integración emocional, cognitiva, social, y física del individuo.

El desarrollo de lo expresivo a través del movimiento requiere un trabajo de agudización del registro del propio cuerpo y del mundo exterior. Se parte de prácticas sensoperceptivas en quietud y movimiento; se trabaja integrando técnicas de la eutonía, que permitan sentir conscientemente las variaciones en el nivel del tono muscular. Alexander (1994) afirma: “La regulación de las tensiones permite liberar energías aumentando la vitalidad y suprimir las fijaciones del tono, a su vez, la flexibilización del mismo es condición necesaria para el desarrollo de los diversos modos de expresión y es esencial para una relación basada en una verdadera participación y no sólo en la comprensión intelectual del otro”.

Al enunciar el concepto de actitud, Le Boulch (1991) planteó:

“Mediante el concepto de actitud se ponen de manifiesto dos datos esenciales para la comprensión de la organización estructural del ser: la unidad del cuerpo funcional y del psiquismo, verdadera estructura psicósomática, y la importancia de la experiencia vivida por el cuerpo como modo de ser en el mundo”. (p.27) – El tono muscular es el material con el que se fabrican las actitudes.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Algo similar planteó G. Alexander (1994) cuando dice: “Hoy conocemos los vínculos íntimos que existen entre la tonicidad y lo vivido, consciente e inconscientemente. La expresión de nuestro cuerpo tanto en sus actitudes y movimientos como en su respiración y su voz, depende directamente de ellos, al mismo tiempo que los manifiesta”. (p.23)

Esta actividad se basa en las prácticas de la Expresión Corporal propuestas por P. Stokoe, quien comenzaba la actividad desde lo que denominó “sensopercepción”, integrando elementos que tomó de la eutonía de G. Alexander, del método Feldenkrais y del M. Dalcroze. P.Stokoe (1987) sostenía que “el arte de sentir y decir con el cuerpo y desde el cuerpo comienza por un despertar de todos los órganos de los sentidos” (p.67).

En el transcurso de las prácticas se trabaja el registro de apoyo y la adecuación postural, se estimulan receptores superficiales y profundos (piel, registro óseo, articular, consistencias, volumen), se ejercita la regulación y flexibilización del tono muscular. En relación a “lo expresivo” se brindan elementos generadores de recursos: calidades de movimiento en tiempo, espacio, energía, fluidez y sus diversas combinaciones; coordinaciones, disociación-integración; las partes y el todo.

En cuanto al manejo del espacio se incursiona en la exploración de trayectorias, cierres, aperturas, ampliación-reducción, curvas, rectas; espacio personal, parcial, total y social. En lo relativo al tiempo se trabajan ritmos, pulso, acento, simultaneidad, alternancia y corporización de elementos de la música.-

Se estimulan propuestas que favorecen la comunicación (intraindividual, interindividual e intergrupala) y la creatividad, brindando recursos para su desarrollo: repetición, variación, contrastes, opuestos, transiciones, reversibilidad, composición y síntesis.

Algunas características de los pacientes que asisten a Hospital de Día:

- Dificultad para sostener la atención, conectarse con el disfrute, apatía.
- Fallas en el registro del propio cuerpo.
- La comunicación de emociones se encuentra afectada ocasionando un déficit para entrar en contacto con el mundo externo.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

- En algunos pacientes predomina el repliegue sobre sí mismo y la pérdida de interés por el mundo exterior.
- Dificultad para la expresión de sentimientos o comunicación de intereses.
- A veces se observa escasa gestualidad facial y corporal, movimientos entrecuidados. En otros pacientes predominan movimientos veloces que no les permiten conectarse con el cuerpo.
- Se observan rigideces, fallas en la coordinación motriz, falta de fluidez del movimiento.
- Pérdida de la capacidad de juego por la dificultad de entrar en el “como si” del mismo.
- Los límites entre el yo y el otro, mundo interno-mundo externo, realidad-fantasía, a veces no se encuentran definidos claramente.

“El primer yo es corporal, sensorial y sobre él se estructura un yo psíquico que permite acceder a la identidad, al sentido de sí mismo y a la realidad” (Anzieu, 1994, s/p). La representación de la piel nos permite acceder a la primera distinción entre el adentro y el afuera y a la primera separación entre el yo y el objeto, aunque sea parcial.

Dadas las dificultades que se observan en algunos pacientes asistidos, consideramos que el trabajo sensoperceptivo y el movimiento expresivo permiten un paulatino acercamiento hacia un mayor registro del propio cuerpo y del mundo exterior, incluyendo la posibilidad de interactuar con otros, a partir de una mayor conexión con las emociones y sentimientos.- Por otra parte, esta actividad ofrece el beneficio de producir experiencias en un “aquí y ahora”, lo que no implica la ausencia de marcas en el sentir de quienes lo practican.

Que estas marcas puedan generar cambios dependerá de cada caso, de cada proceso, de cada historia. En todo caso valoramos como un logro importante cada sensación, emoción o sentimiento que es verbalizado y compartido en el grupo.

Las prácticas de Expresión Corporal en Hospital de Día:

Se comienza la actividad con alguna propuesta corporal lúdica para vencer cierto grado de apatía y desgano. Si bien esto no es generalizable a todos los pacientes ni a todas las situaciones, a veces se logra que puedan “entrar” a la actividad específica desde juegos grupales cooperativos que faciliten la participación de todo el grupo.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Es frecuente, a su vez, observar la búsqueda del trabajo por imitación y una gran pobreza del repertorio motor. Es por eso que se brindan herramientas que faciliten una ampliación de las posibilidades de movimiento ya sea desde el trabajo en espejo con cambio de roles, el movimiento con objetos auxiliares, solos o en parejas, como así también desde otros recursos.

Por otra parte, es habitual que nos encontremos con pacientes en los que integrar todo el cuerpo al movimiento se encuentre dificultado. Hay zonas rigidizadas, con tensiones que impiden que el movimiento se pueda transmitir a través de todo el cuerpo, lo cual refleja la fragmentación corporal del sujeto. Mediante técnicas de sensibilización, movilización pasiva, integración de diversas zonas del cuerpo y con diferentes recursos, se facilita el registro del mismo como una unidad.

Es a partir de recursos facilitadores que se propicia que cada miembro del grupo pueda realizar un proceso de búsqueda y exploración, desde ciertas pautas dadas, de modo tal que a partir de una misma consigna, cada uno desarrolle su estilo y sus posibilidades de movimiento y registro del cuerpo. Uno de estos recursos es el trabajo con objetos auxiliares, lo cual actúa como facilitador para la exploración, pero también se ofrece como un “entre” en la interacción de a dos, siendo el objeto el que une y separa simultáneamente.

Para trabajar “el adentro y el afuera” se trata de agudizar el registro de la superficie corporal (límite, envoltura, continente), la discriminación entre el tocar y el ser tocado, entre zonas rígidas y relajadas, entre el propio cuerpo y el cuerpo del otro, entre los estímulos que vienen del exterior y del interior del cuerpo, además de otras posibilidades. Se enfatiza en trabajar la confianza a través del “soltar”, del ser movido por otros y desde diversas consignas.

Dado que los grupos son abiertos y se van integrando nuevos miembros, este tipo de actividad se realiza en determinados momentos del grupo, en principio cuando los miembros del mismo llevan cierto tiempo de haber compartido la actividad.

Se trabaja el espacio interno desde el registro de la noción de volumen del cuerpo con propuestas variadas. Se explora el espacio exterior: percibirlo, vivenciarlo desde lo sensorio-perceptivo y desde lo kinésico. Se puede trabajar también el espacio como una gestalt del cuerpo: periferia (límite), centro (espacio interno). De acuerdo al momento, a

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

las características de cada grupo y a los emergentes grupales se utilizan recursos variados, por ejemplo, en cierta ocasión en la que se incluyó el trabajo con lo gestual fueron surgiendo personajes y escenas en forma espontánea incorporándose la palabra. En otra oportunidad, al trabajar con ritmos (pulso, acento), movimiento y comunicación, predominó el humor y lo lúdico.

Otras propuestas que se trabajan en los grupos son corporización de elementos musicales; re combinaciones de secuencias de movimiento mencionadas por el grupo; “continente-contenido”; “estatuas en movimiento” desde el contacto corporal; reducción del espacio y movimiento; “semejante, opuesto, diferente”, así como otras proposiciones de acuerdo a los intereses, posibilidades y momentos grupales, priorizando el clima lúdico. - Se tienen en cuenta los canales más facilitados en el grupo, para desde allí comenzar el proceso. Por otra parte, en cada nivel del desarrollo de la actividad los ejes cuerpo-comunicación- creatividad se trabajan simultáneamente; la actividad es acompañada por estímulos musicales que se eligen de acuerdo a las propuestas y el cierre de la misma consiste en un espacio que se brinda para verbalizar lo vivenciado.

Algunos cambios que se fueron observando en el ámbito específico de la actividad:

- Disminución del miedo a la crítica.
- Capacidad de disfrutar de la actividad.
- Mayor nivel de participación.
- Mejora en el vínculo con los otros.
- Aumento de la autoconfianza y valoración de lo que se produce.
- Recuperación de la capacidad de juego.
- Sorpresa ante registros que les resultan nuevos.
- Posibilidad de asociar actitudes que aparecen durante la actividad corporal, con comportamientos cotidianos.
- Reconocimiento de la diversidad de lo producido desde una misma consigna.
- Posibilidad de registrar y aceptar diferencias.
- Entrar en el “como si” del juego sin temor a confundir fantasía con realidad (la integración fue progresiva hasta la posibilidad de “jugar” libremente).

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Las sensaciones, percepciones, emociones encuentran su anclaje en imágenes. Éstas permiten poner afuera algo del adentro, que se actualiza en un “aquí y ahora” mediante la palabra, el gesto, el movimiento, el modelado, la escritura, como así también en improvisaciones teatrales que surgen desde el gesto, el movimiento, el disfraz. La imagen es puente (Matoso, 2003). Es por esto que en algunos talleres se ofrece un espacio que incluye un pasaje a otros códigos expresivos (pasaje de lo sensorial y perceptivo a lo representacional).

Las actividades se desarrollan en un clima lúdico. La característica esencial del juego nos remite al concepto de paradoja de Winnicott. El jugar no está adentro ni afuera: “transformo de acuerdo a mi mundo interno”.

Esta actividad se propone disminuir la dicotomía mente-cuerpo, desarrollar la sensibilidad y concientización corporal, favorecer la capacidad de confiar, abrir canales de comunicación favoreciendo la interacción grupal, lograr una mayor conexión con las emociones como elemento regulador de la adaptación al medio. Se trata de favorecer el desarrollo o la recuperación de jugar como actividad generadora de búsquedas creativas: jugar, transformar, incentivar la curiosidad y exploración, desarrollar otros modos de relacionarse consigo mismo y con los demás. Se trata de promover experiencias que permitan establecer vínculos más funcionales y desarrollar recursos eficaces para desenvolverse en la vida.

Taller de musicoterapia

La musicoterapia es un proceso sistemático de intervención que supone una comunicación entre el terapeuta y el paciente cuyo objetivo es promover la salud, mejorar o mantener un estado de bienestar utilizando experiencias musicales y las relaciones que se desenvuelven a través de ellas como fuerzas dinámicas de cambio.(Bruscia)

El Método utilizado es el Abordaje Plurimodal creado por Diego Schapira. Este método se enmarca en la orientación psicodinámica o psicoanalítica en musicoterapia, considerando según Kenneth Bruscia, los dos objetivos Principales de la psicodinamia son:

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

1) traer a la experiencia consciente del paciente el material del pasado que ha sido reprimido y que han permanecido en el inconsciente a través de defensas y resistencias, que ejercen efectos psicológicos adversos en el presente.

2) trabajar el material utilizando la transferencia y contratransferencia para comprometer al paciente en experiencias emocionales reparadoras.

En la práctica clínica no solo es importante la composición musical sino la presencia del musicoterapeuta y la relación que este establece con el paciente impulsándolo a expresar sus emociones externamente creando sonidos y estructuras.

La música puede servir como disparador para una amplia gama de asociaciones con eventos específicos, lugares, recuerdos, personas, que pueden significar conexiones icónicas que vinculan características musicales a estas situaciones que están relacionadas con los sentimientos humanos.

Encontramos en los pacientes con quienes trabajamos ciertas dificultades en la comunicación y el contacto con otros.

La experiencia pre-verbal en musicoterapia brinda la posibilidad del vínculo para quienes el contacto puede provocar ansiedad. El musicoterapeuta puede trabajar musicalmente diferentes cambios de cercanía y distancia.

El miedo a expresar los afectos y los sentimientos de ansiedad o agresión pueden ser vehiculizados en un espacio seguro ya que el musicoterapeuta puede contener, procesar y reflejar la expresión del paciente de otra forma.

Los síntomas psicóticos pueden ser contenidos y transformados. El foco está puesto en la potencialidad y no en las debilidades del paciente.

Cuando existe distorsión de la realidad como los sentimientos de fusión con el entorno el musicoterapeuta puede cambiar conscientemente la unión y separación de los elementos de la música (fusión- separación).

La musicoterapia brinda la oportunidad de redescubrir el juego y los aspectos creativos.

El trabajo se enmarca en la utilización de experiencias musicales que se encuadran en la improvisación, trabajo con canciones, estimulación de imágenes y sensaciones

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

corporales, sentimientos, recuerdos e imaginación musical (cualquier experiencia que se relacione con la escucha musical y una respuesta que tenga que ver con la imaginación, a través de asociaciones libres, historias proyectivas o imágenes).

Se compone de 4 ejes: 1) Improvisación musical terapéutica, 2) Trabajo con canciones, 3) estimulación de imágenes y sensaciones a través del sonido, 4) uso selectivo de la música editada.

De acuerdo con estos ejes las actividades serían las siguientes:

1) Improvisaciones referenciales y no referenciales:

En la improvisación el paciente hace música espontáneamente mientras toca un instrumento o canta, creando formas sonoras, melodías, ritmos. Este proceso deriva de la propensión natural del ser humano de crear y responder a los sonidos de forma expresiva y es una forma de asociar libremente o proyectarse en sonidos.

Se puede utilizar cualquier medio musical dentro de su capacidad como voz, sonidos corporales, percusión, teclado, etc.

2) Trabajo con canciones

Adquiere diversas formas: creación, canto conjunto, improvisación, inducción evocativa consciente, inducción evocativa inconsciente, exploración de material, cuestionario de canciones proyectivas.

La canción es un elemento facilitador de la expresión de emociones y sentimientos debido a que la misma acompaña al ser humano durante toda su vida. El trabajo con canciones incluye: canto conjunto, exploración de material, creación y recreación de canciones, inducción evocativa consciente e inconsciente, asociación libre cantada, cuestionario proyectivo de canciones, confección de cancioneros, dedicatoria y la canción personal.

3) Técnicas receptivas

Estimulación de imágenes a través del sonido: el objetivo gira en torno a despertar imágenes o recuerdos, temas emergentes del grupo. Consiste en la audición de una secuencia de estímulos musicales, diseñadas para la situación singular del grupo durante el proceso musicoterapéutico.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

En cuanto a lo grupal, la selección musical intentará estimular algo relacionado con temas emergentes y/o latentes en el grupo, además de situaciones individuales que trascienden hacia lo grupal.

4) Uso selectivo de música editada

La música debe utilizarse en función de la subjetividad de los participantes y de las características singulares que la misma ofrece desde la estructuración de las variables musicales.

El uso de la música editada es selectivo porque contempla la singularidad de las personas con las que se trabaja. De acuerdo al momento en que se utilice la misma, la música puede cumplir diferentes funciones: soporte para la entrega, asociación, consigna, interpretación.

Así, el objetivo será identificar emociones en las composiciones escuchadas: expresión verbal, escrita o plástica a través del dibujo.

Las modalidades de aplicación son: canto con música editada, acompañamiento instrumental y audición de música editada y de música en movimiento, edición personalizada de improvisaciones o canciones creadas en sesión.

Los objetivos terapéuticos que se plantean son:

- mejorar la capacidad de insight y de autoconciencia
- mejorar la rigidez corporal
- estimulación de funciones cognitivas
- incidir en la afectividad
- ayudar al paciente a recuperar capacidades perdidas y desarrollar nuevas potencialidades
- estimular el desarrollo de las funciones yoicas.

Algunos cambios que se fueron observando en el ámbito específico de la actividad:

- En el grupo se ha observado mayor sentido de pertenencia
- Fortalecimiento de vínculos dentro y fuera de la institución
- Mayor participación a nivel verbal y no verbal

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

- Aumento de la autoconfianza
- Disminución del miedo a la crítica, especialmente en el área vocal-fonal
- Incremento de la capacidad de disfrute en el movimiento corporal
- Posibilidad de poner en palabras los sentimientos y emociones a través de la composición de canciones.
- Mayor interés e iniciativa en las actividades
- Mejora del nivel de atención y concentración.

En musicoterapia el paciente es considerado como un sujeto, con su propia realidad psicofísica, que se presenta con sus particulares modos expresivos-receptivos. El musicoterapeuta deberá conocerlos y respetar su identidad cultural.

Taller de Terapia Ocupacional

Los terapeutas ocupacionales se encargan de atender personas con problemas específicos. A tal efecto reúnen una serie de servicios, recursos y ayudas, que plantean saldar en el paciente las necesidades que les hacen estar en situación de desigualdad de condiciones.

“Toda ocupación humana procede de una tendencia espontánea, innata del sistema humano: la urgencia de explicar y dominar el ambiente: El modelo se basa en la suposición de que la ocupación es un aspecto crucial de la experiencia humana» (Kielhofner y Burke, 1980. p. 573; en Levy 9).

“La ocupación es todo comportamiento que es motivado por un impulso intrínseco y consciente de ser efectivo en el ambiente con el objeto de cumplir con una serie de roles individuales que son formados por una tradición cultural y aprendidos a través del proceso de socialización”.

Con lo cual se incluyen estos conceptos básicos:

- Un conjunto de acciones y movimientos funcionales (tareas).
- La habilidad para realizar una tarea dentro de una actividad (destreza).
- Un motivo individual para ser efectivo en el ambiente.
- El concepto de rol que describe la interrelación del individuo con el ambiente.
- Las tradiciones culturales que influyen la adaptación.
- Los procesos de socialización que forman al individuo como un participante social.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Los terapeutas ocupacionales utilizan diferentes herramientas de intervención, algunas de estas son: la programación de actividades y ocupaciones que consiste en establecer un horario y lugar de actividades con el objeto de evitar la inercia y su dificultad a la hora de tomar decisiones, la valoración del dominio y la satisfacción (observando su participación y compromiso con la actividad y agrado) y el entrenamiento en habilidades concretas.

La terapia ocupacional acompaña, esclarece y ordena permitiendo la reacomodación de hábitos (tanto dentro como fuera del establecimiento), el fortalecimiento y la adquisición de nuevas habilidades, la revisión de intereses, valores, creencias y roles. El hecho de que a través de las actividades los pacientes logren mayor bienestar y calidad de vida, impactara positivamente en el ambiente en el cual se desenvuelven y este responderá, a su vez, a otras demandas de diferentes comportamientos en un proceso de ida y vuelta. Así se posibilitan roles específicos en el cuidado del lugar apropiándose del mismo.

El terapeuta ocupacional evalúa el desempeño en los diferentes talleres, detectando las dificultades y proporcionando recursos que tendrán como objetivos la mayor independencia posible tanto en las actividades básicas de la vida diaria como en las instrumentales.

Tomando en cuenta las diferentes motivaciones e intereses de los concurrentes, se trabaja de manera grupal o individual; en una modalidad oral o escrita (según la consigna). Se utilizan juegos de mesa que implican aceptar las reglas, la coordinación óculo-manual, y la tolerancia a la escucha y a la espera. También se fomenta el festejo frente a los logros.

Como actividades se proponen: el taller de noticias (efemérides donde se trabaja la ubicación en el tiempo y la memoria evocativa), la creación de artesanías donde se comparten los distintos materiales, la creatividad y la satisfacción del trabajo concluido, la lectura utilizando los libros de la biblioteca (gestionada por ellos), textos de historia donde se respetan las opiniones que emergen del grupo.

También se realizan trabajos para la comunidad como la recolección de tapitas de plástico, su organización por tamaño y color, y la posterior donación a las distintas instituciones.

Se ejercita la estimulación de las capacidades mentales superiores (atención, concentración y memoria) a través de ejercicios con distintos niveles de complejidad.

Se organizan talleres de iniciación a la escritura utilizando diferentes recursos para motivar la producción.

Se ofrece el acercamiento a las nuevas tecnologías con la utilización del vocabulario tecnológico y el buen uso de dispositivos celulares, wifi, mails, redes sociales; facilitando

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

de este modo la integración al mundo social, tecnológico y económico circundante. En la misma línea estaría la proyección de medios audiovisuales: videos musicales, cortos de películas y programas de otras épocas (de entretenimiento, científicos y culturales, etc.).

Taller de Estimulación cognitiva

En el Centro de Día funcionan talleres grupales de estimulación cognitiva, las funciones que entrenamos son las siguientes: la memoria biográfica, la comunicación, la percepción, la atención, la concentración, la imaginación, la expresión verbal y escrita, la orientación témporo espacial, la organización de las informaciones, el razonamiento y las reminiscencias.

Es importante alentar la participación de todos los miembros; que puedan escuchar y ser escuchados desde el humor y el afecto. Tenemos en cuenta los gustos, intereses y particularidades de cada integrante ya que se trabaja mejor al crear un espacio placentero.

Es primordial que prestemos atención a la fatiga de los participantes, y al respecto manejar dicha situación. Brindamos las pistas necesarias para vencer los obstáculos que se presenten, por ejemplo: olvidos y confusiones. Desde luego, pueden expresar su conformidad o disconformidad por la tarea realizada.

Fomentamos la sensación de crecimiento personal y social; que puedan conocer nuevos integrantes con la posibilidad de armar vínculos de compañerismo y/o amistosos, percibiendo que se integran a un grupo de pertenencia y referencia.

Brindamos el aprendizaje de nuevas técnicas y habilidades, que logren identificar la salud con la actividad y no solamente, percibirla como un estado de consumo de medicamentos.

La intención es que reaparezcan los intereses personales y la creación de otros nuevos, por lo tanto que logren sentirse útiles, satisfechos y valorados. Estas actividades generan sorpresas y satisfacciones, en la medida en que se descubren o recuperan aspectos personales que, en ocasiones, suponían inexistentes o perdidos.

Destacamos que puedan reforzar la identidad, asimismo ganar confianza y seguridad, también superar el repliegue sobre sí mismos.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Al reducir la ansiedad y el estrés, brindamos a los integrantes la posibilidad de desenvolverse mejor en sus actividades de la vida diaria y tendemos a mantener el mayor tiempo posible su independencia y auto validez.

Nuestro trabajo apunta a incrementar la resiliencia (capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves). La capacidad de resiliencia se puede aprender tomando los obstáculos como desafíos a superar, se relativizan las situaciones de alarma, se toma distancia y se puede encontrar la salida con mayor facilidad.

Conclusión

Consideramos al Hospital de día como un dispositivo privilegiado para el trabajo en red, apoyando al tratamiento uno a uno. El abordaje interdisciplinario, a través de las diversas actividades que se ofrecen desde las diferentes disciplinas, permite el despliegue de la singularidad de cada quien además, de la contención de la subjetividad.

Así mismo, el paciente puede convivir con su familia fuera del horario de permanencia en la institución, situación que fomenta su integración social.

El Hospital de Día es una alternativa posible a la internación que posibilita el lazo social con otros, con el afuera y con la vida.

Referencias Bibliográficas

- Alexander, G. (1994), *La eutonía*, México DF, Paidós.
- Anzieu, D. (1994), *El yo-piel*, Biblioteca Nueva.
- Bertrán, Gustavo Fernández: *Hospital de día II: Dispositivo Clínica y temporalidad en la psicosis*, Ed.: Minerva (2011), P19
- Brusco Luis Ignacio Manual de Psiquiatría Akadia Editorial (2017)
- Bruscia Keneth, *The dynamics of Music Psychotherapy* (1998) Barcelona Publishers
- Del Olmo, F.- Ibáñez, V, *Hospitalización Parcial: Conceptos y tendencias actuales*. (1998)
- Dr. Pedro Ruiz Romero, *El papel de los dispositivos “intermedios” en la atención de los pacientes crónicos en la Comunidad*, (2008)
- Dolto, F. (1986), *La imagen inconsciente del cuerpo*, Paidós.
- Fernández, A. M. (2008). *Las lógicas colectivas: imaginarios, cuerpos y multiplicidades* (No. 165). Biblos
- Freud, S.; Standard Edition, 1955. Volumen XVIII: “Group Psychology and the Analysis of Ego” (1921). P65. Trad.; Virginia Inés Romano.
- Garner & Garfinkel, (1982), *Cognitive Therapy*: referencia de los términos entre paréntesis. Trad. Virginia Inés Romano.
- Kesselman, S. (1989), *El pensamiento corporal*, Paidós.
- Le Boulch, J. (1991), *Hacia una ciencia del movimiento humano*, Buenos Aires, Paidós.
- Matoso, E. (2003), *El cuerpo, territorio de la imagen*, Buenos Aires, Letra viva.
- Michael Foucault, (1970), *La Vida de los Hombres Infames*.
- Pedro Lain Entralgo. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 5, 43-56. (1982)
- Schapira, Diego, (2007), *Musicoterapia Abordaje Plurimodal*, Adim Ediciones
- Stokoe, P. (1987), *Expresión corporal; arte, salud, educación*, Buenos Aires, Humanitas.
- Tony Wigram and Jos de Backer Clinical, (1999), *Applications of Music Therapy on Psychiatry*, Jessica Kingsley Publishers England
- Winnicott, Donald W. (1990), *Realidad y juego*, Buenos Aires, Gedisa.

La atención domiciliaria programada en salud mental

Romina De Los Santos

En el presente capítulo se realizará una descripción acerca de un programa de atención en salud mental que funciona dentro de Centro de Día desde el año 2015: Atención Domiciliaria Programada (ADP). Se comenzará describiendo el dispositivo de atención, para luego detallar los cambios que ha experimentado en los últimos años, y los recursos utilizados para sobrellevarlos, con el fin de adaptarse a los nuevos tiempos dentro de la atención primaria de la salud mental.

Definición e historia de la Atención Domiciliaria Programada

Así como hay varias maneras de llevar adelante un dispositivo de salud, también hay varias formas de definirlos. De todas las definiciones de Atención Domiciliaria, la siguiente pareciera ser la más completa:

“se puede definir como un servicio predominantemente sanitario mediante el que se provee asistencia continuada para la resolución domiciliaria de problemas de salud que no requieren hospitalización, dirigida a personas que no se pueden desplazar a un centro sanitario por impedimentos generalmente de carácter físico” (Esteban JM, Ramírez D, Sánchez F., 2005)

Hace algunos años atrás, la atención médica era exclusivamente domiciliaria, aunque estaba restringida a las clases económicamente “acomodadas”: los hospitales estaban destinados en ese entonces a recibir a indigentes, o personas que no tuviesen familia que los cuide (Esteban JM, Ramírez D, Sánchez F., 2005). Es decir, la Atención Domiciliaria era la atención sanitaria por excelencia.

Con los avances científicos, tecnológicos y el desarrollo de nuevas políticas de salud, los médicos fueron migrando a los hospitales y la Atención Domiciliaria quedó destinada a unos pocos pacientes. En los últimos años, cada vez más pacientes reciben atención sanitaria en su domicilio, y una de las causas principales es la irrupción de

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

enfermedades crónicas. En Centro de día, hemos podido observar este fenómeno en los últimos años, debido a un incremento continuo en la demanda, razón por la cual nos vimos en la necesidad de realizar una serie de modificaciones estructurales en el área, que se detallarán más adelante.

La ADP funciona en Centro de Día como un servicio de atención primaria de la salud mental, que se encuentra dentro del dispositivo de atención ambulatoria -en contraposición con los programas de internación hospitalaria-, junto con el Hospital de Día psiquiátrico, consultorios externos y emergencias. En su conjunto forman parte de un programa del INSSJP, más conocido como PAMI, del cual el Centro de Día es prestador desde el año 1982. La relación del Centro de Día con el Instituto, es de *competencia gestionada*, es decir que PAMI provee las normativas, los pacientes y la financiación de los servicios, y el Centro de Día debe adaptar sus recursos para cumplir con los objetivos establecidos y brindar una prestación eficiente y de calidad. Actualmente el centro cubre aproximadamente el 11 % de los afiliados de PAMI de la Ciudad de Buenos Aires.

En el año 2005 se crea una Resolución en PAMI, en ese entonces a cargo de la Sra. Graciela Ocaña, en la que se abre un registro de prestadores de salud mental, con el fin de establecer un régimen de contratación directa y así poder incluir una mayor cantidad de servicios, entre los que se encontraba la ADP. De acuerdo con dicha resolución, las prestaciones que deben brindar estas instituciones dentro del área de ADP son las siguientes:

- Entrevista de admisión y diagnóstico
- Psicoterapia individual
- Psicoterapia familiar
- Prescripción farmacológica
- Control psiquiátrico

Es en el marco de esta resolución que el centro comienza a brindar el servicio a los usuarios de PAMI que se incluyan dentro de la cápita asignada por el Instituto - resolución ADP de PAMI 2005-.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Es entonces a partir del año 2005 que los afiliados de PAMI que se encuentren dentro de la cápita asignada al Centro de Día, y requieran de las mencionadas prestaciones, deben solicitar el ingreso a ADP y en los días siguientes al mismo irá un médico psiquiatra para realizar la evaluación pertinente y así observar los requerimientos del paciente y su situación. De esta manera, el paciente ya está ingresado dentro del servicio de Atención Domiciliaria Programada en Centro de Día.

Caracterización de la Población de ADP en el Centro de Día

El programa ADP se encuentra dirigido a personas que requieren atención en salud mental, que presenten movilidad reducida de manera provisoria o permanente, esto es, personas que no puedan trasladarse por sus propios medios para recibir la prestación en consultorios externos. Dicho esto, es menester aclarar que se prioriza la atención en consultorios externos u hospital de día ante la atención domiciliaria, por eso, en caso de ser provisoria la internación domiciliaria, cuando el paciente se encuentre rehabilitado físicamente, es derivado a consultorios de Centro de Día.

Las fuentes de derivación de pacientes a este dispositivo -ADP- son las siguientes:

- Internas: pacientes que cambian de dispositivo, por ejemplo, de consultorios externos a ADP
- Externas: pacientes derivados de PAMI o de su médico de cabecera

Población ADP en Centro de Día. Promedio de los meses septiembre y octubre año 2018		
Género	Población total: 616	Edad Promedio
Mujeres	499 (81,00 %)	84,43 años
Varones	117 (18,99 %)	78,09 años

Da

Población ADP atendida por Centro de Día según lugar de residencia. Promedio de los

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

meses septiembre y octubre del año 2018	
Tipo de residencia	Porcentaje de la población
Domicilio Particular	51 %
Residencia Geriátrica	46 %
Clínica de Enfermedades Agudas	3 %

Población ADP atendida por Centro de Día según Patologías prevalentes en la población. Promedio de los meses septiembre y octubre del año 2018	
Patología	Porcentaje de la población
Demencia	43,18 %
Deterioro Cognitivo	24,81 %
Trastornos del estado Anímico	17,23 %
Ansiedad y fobias	9,47 %
Tr. Psicóticos	2,84 %
Otros	2,46 %

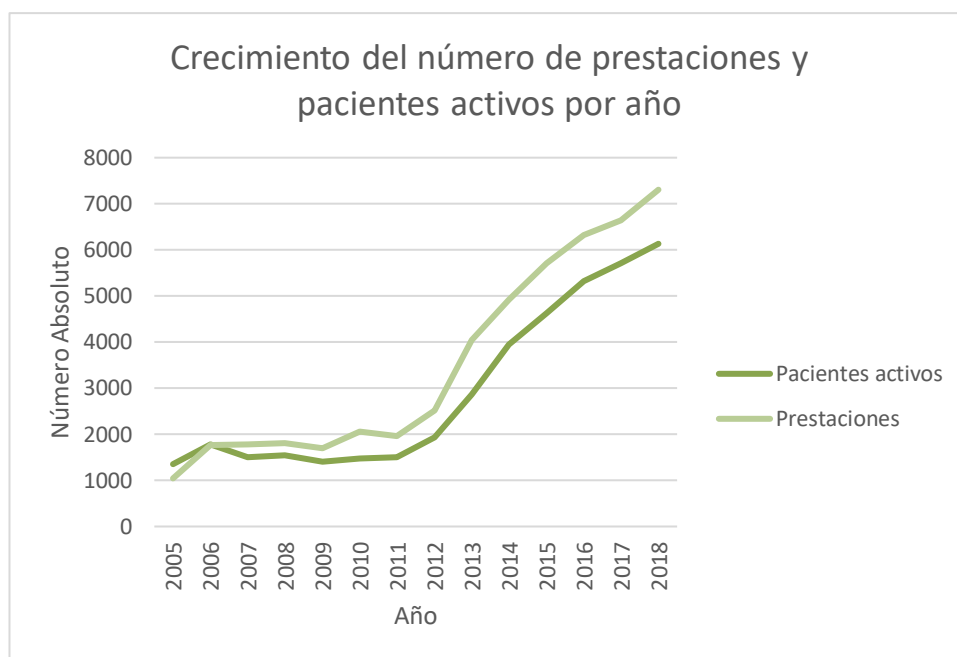
Intervenciones realizadas dentro del programa ADP en Centro de Día

En el año 2017 presentamos un trabajo en el Congreso de la Asociación de Psiquiatras Argentinos -APSA-, en el cual mostramos las intervenciones realizadas desde la gestión del programa de ADP, luego de un creciente y continuo incremento en la demanda de esta prestación. Dichas intervenciones fueron iniciadas en el año 2016, y resultaron sumamente exitosas.

Previo a este periodo, el área estaba monitoreada por un coordinador que se ocupaba de todos los dispositivos de atención dentro de Centro de Día. Cuando se comienza a observar el marcado incremento en la cantidad de ingresos mensuales en el área de ADP, se vio la necesidad de reorganizar las tareas, y se incorporó una coordinadora que se ocupe de manera exclusiva de la Atención Domiciliaria.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

El gráfico que se presenta a continuación muestra el crecimiento en el número de prestaciones por año en ADP, desde su origen, en el año 2005, al año 2018:



Como se puede observar en el gráfico, tanto el número de prestaciones como el número de pacientes activos, se ha visto incrementado, sobre todo en los últimos años. Es por esto que los recursos con los que se contaban hasta el momento dejaron de ser suficientes para abordar los nuevos cambios, y surge la necesidad de realizar modificaciones en la estructura del dispositivo.

Luego de realizar un análisis pormenorizado de la situación y de evaluar las posibles intervenciones, nos decidimos a aplicar en primera instancia varios cambios, y luego comparar los resultados de ambas poblaciones, con el fin de evaluar la efectividad de los mismos. Para esto, identificamos dos poblaciones distintas: 2015 (P1), la población inicial y 2016 (P2) la población intervenida, realizando un corte transversal en ambas para realizar las comparaciones con mayor especificidad. Los principales cambios realizados fueron los siguientes:

- Reorganización de los Recursos Humanos del área
- Nuevas tecnologías (TIC)
- Atención telefónica personalizada

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

- Contacto continuo con cada uno de los profesionales
- Geolocalización de los domicilios por medio de mapas interactivos

Los resultados fueron exitosos. Esto lo pudimos medir de manera cuantitativa tomando dos variables:

- Velocidad de atención: tiempo que transcurre desde el ingreso del paciente al dispositivo de ADP, hasta la primera consulta
- Reclamos de los usuarios

Ambas variables disminuyeron en un 50%, por lo que se superaron ampliamente las expectativas que teníamos¹⁰.

Como los cambios acontecidos durante la intervención realizada en 2016 fueron sumamente eficientes, decidimos continuar trabajando con la misma modalidad y sumarle nuevas estrategias de gestión que se describirán a continuación:

- Mail de contacto para los usuarios
- Aumento en el control de gestión
- Se diseñó un nuevo sistema de APS (Artemisa)
- Aumento de las horas de trabajo de la coordinación de ADP

Dentro del control de gestión, se realiza un monitoreo de los “movimientos” de ADP, esto es, los ingresos y egresos del programa. A continuación, se mostrarán las causas de los mismos:

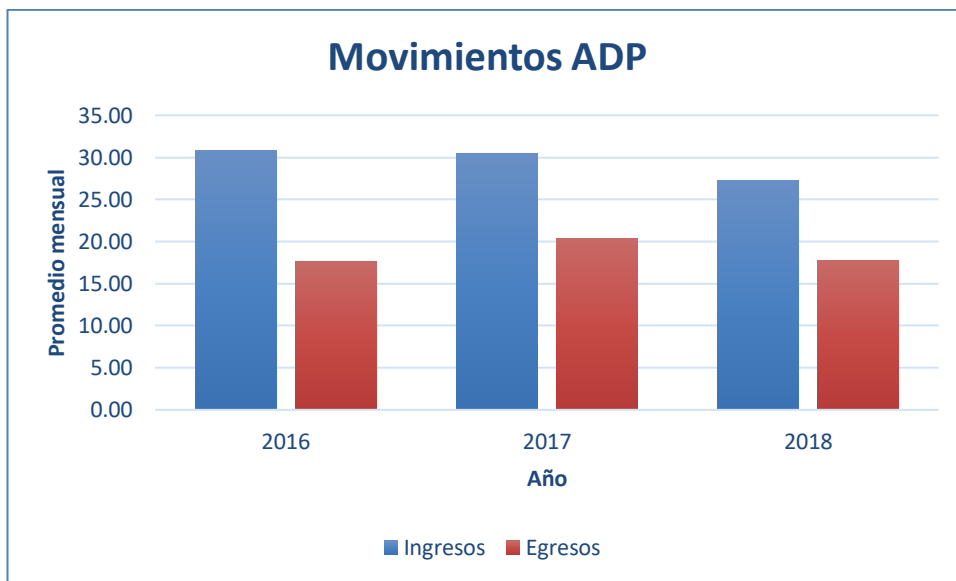
Causas de Ingreso	Causas de Egreso
- Pacientes que luego de alguna intervención clínica no pueden trasladarse para recibir atención	- Óbito
	- Cambio de domicilio
	- Abandono o rechazo de

¹⁰ Éste trabajo fue presentado en el Congreso de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) en 2017.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

<p>ambulatoria de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que presentan alguna dificultad física crónica que le impide movilizarse, por lo cual recibirían ADP y se quedarían dentro del dispositivo 	<p>tratamiento indicado por el profesional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cambio de dispositivo, por ej. cuando regresan a ambulatorio - Alta médica - Cambio de cápita - Otras, por ej. no nos podemos comunicar a los teléfonos informados
---	--

En el gráfico que se muestra a continuación se mostrará los movimientos producidos en ADP en los años 2016, 2017 y 2018:



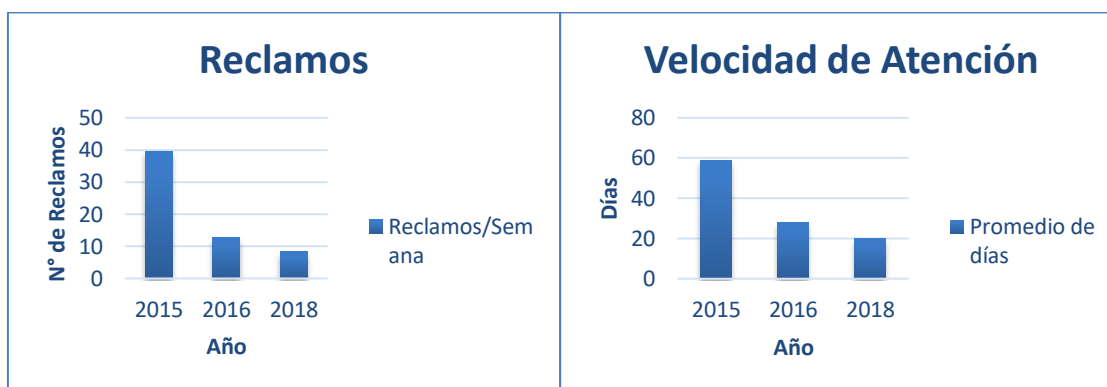
En el gráfico se pueden ver 2 cosas:

- 1- Hay una marcada diferencia entre la cantidad de ingresos y de egresos, cerca del 50%, lo que implica un aumento importante en la demanda de ADP

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

2- Con el control de ingresos al dispositivo se pudo filtrar los casos que no son adecuados para este tipo de atención domiciliaria, sino que requiere de la atención en otro dispositivo

En el 2018 se realiza un nuevo trabajo donde se analiza exhaustivamente los resultados obtenidos con el control de gestión, ahora con las nuevas estrategias de intervención. Mostraremos a continuación la eficiencia en la continuidad del proceso, mostrando los 3 cortes realizados para eso, 2015, 2016 y 2018. Para esto se muestran otras dos variables que denotan un aumento en la calidad de la prestación domiciliaria: los reclamos recibidos, que denotan la insatisfacción de los usuarios del servicio, y la velocidad de atención.



Como se puede observar en los gráficos, ambas variables tomadas para medir cuantitativamente la eficiencia en las intervenciones realizadas se vieron disminuidas con el paso del tiempo. También se puede percibir una diferencia más marcada entre el periodo 2015 y 2016, probablemente debido a que fueron las intervenciones más radicales.

Hoy los beneficiarios hacen llegar sus quejas con mayor frecuencia, en la medida que la organización lo permita. La proporción óptima de quejas debería tender a cero. No existen valores de referencia, o por lo menos no los hemos encontrado, lo que estimamos, puede deberse a que son datos internos que no se publican. Posiblemente cada institución debería definir con una línea de base para comparar a lo largo del tiempo. Nosotros por nuestra parte, continuamos trabajando para que el número se reduzca al mínimo.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

En la última parte del estudio, durante los años 2017/2018, se deben destacar tres grandes ítems en lo que refiere a la gestión:

- Control sistemático de las visitas mensuales: puede haber visitas duplicadas (dos visitas al mismo paciente, dos profesionales que visitan al mismo paciente), puede haber pacientes sin visitar. Con esto se reduce la cantidad de reclamos
- Hay un mayor seguimiento de tratamientos. Con esto se hace foco en la cantidad de prestaciones y la velocidad y continuidad en la atención

Evitar el ingreso de pacientes que no lo requieren: Debido a que el problema principal lo ubicamos desde el principio del proceso (2015), en el aumento de ingreso de pacientes al dispositivo, se crean opciones para filtrar ingresos inadecuados.

Referencias Bibliográficas

Zolotow, D. M. Los devenires de la ancianidad. Ed. Lumen Humanitas. Buenos Aires. 2002.

Esteban JM, Ramírez D, Sánchez F. Guía de Buena Práctica Clínica en Atención Primaria. Ed IM &C Organización Médica Colegial de España-Ministerio de Sanidad y Consumo 2005

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

CURRICULUM DE LOS AUTORES

BARCA, ROBERTO E.

Médico egresado de Facultad de Medicina UBA (1966). Médico geriatra egresado del Curso superior de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires (1978). Máster en Demencias (U. de Salamanca). Director del Hogar San Martín (GCBA). (1983-1989). Director de Centro de Día (1978/2019). Coordinador de la Conferencia Latinoamericana y del Caribe de Gerontología. Bogotá (CIGS) (1986). Fundador y primer presidente de la Asociación Gerontológica Argentina (AGA) (1987-1991). Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria (1972). Member council IAGG 2004 en representación de AGA. Miembro del Bureau de administración del Centro Internacional de Gerontología Social (C.I.G.S.) (1984/89). Miembro fundador y Director Ejecutivo del International Longevity Center-Argentina. (2005/2007). Co director del Curso de Posgrado en Gerontología. Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina Universidad de Buenos Aires. (1989-1996). Docente responsable del área biológica del Curso de Pos grado Argentina”. Organizado por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.

CANCIANI, VANESA

Licenciada en Psicología (UNLP).

Especialista en gestión e intervención gerontológica (UNTREF)

CORBO, ALEJANDRA

Doctorado en Psicología con especialidad en Neurociencias aplicadas (se adeuda tesis).UniversidadMaimónides 2016

Licenciatura en Terapia Ocupacional - Universidad Nacional de General San Martín
Mat. Nac.

Presidente de la asociación civil CREA PAZ, para la capacitación y promoción cultural

Docente de curso de posgrado en Psicogeriatría y Psiquiatria geriátrica, ANA
(Asociación Neurológica Argentina)

Docente de maestría en Psicooncología, Universidad Favaloro,

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Admisora y Coordinadora del Programa de Adaptación Institucional en Centro de Día
Dr. Barca, 2011 y continua

Miembro del Comité de docencia y capacitación CODOCA

DE LOS SANTOS, ROMINA

Licenciada en Psicología, egresada de la Universidad de Buenos Aires

Profesora de Enseñanza Media y Superior de Psicología, Egresada de la Universidad de Buenos Aires.

Especialista en Terapia Cognitivo conductual, Egresada de la Fundación Aiglé/Universidad Maimónides.

Psicoterapeuta de adultos y gerontes.

Coordinadora, en Centro de Día S.R.L.

Docente del Instituto H. A. Barceló, de las materias Clínica de Adultos y Adultos Mayores y Psicoterapias

FEDER, DIEGO

Licenciado en Psicología (UBA)

Profesor en enseñanza Media y Superior en Psicología (UBA)

Doctor en Psicología con orientación en Neurociencia Cognitiva (Universidad Maimónides)

Maestría en Gestión de la Educación Superior (UCES)

Docente y coordinador de posgrado universitario

Profesor Titular de Psicología I y II de la Especialización en Psiquiatría Universidad Maimónides

Coordinador del Posgrado de Especialización en Psiquiatría de la Universidad Maimónides

Vicedirector de la Licenciatura en Psicología del Instituto Universitario de Ciencias de la Salud

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

GARRIGA ZUCAL, MARÍA JIMENA

Licenciada en Terapia Ocupacional (U.B.A). Esp . en Psicogerontología (Maimónides).
Máster en Gerontología Clínica (Fundación H.A Barceló).

Profesora de la carrera de Terapia Ocupacional, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Coordinadora del Centro de Día Psicogeriátrico del Centro de Día S.R.L

Creadora de www.plenaidentidad.com , web destinada a la Terapia Ocupacional y la gerontología.

GASTRON, GERARDO

Médico geriatra (UBA)

Socio gerente de Centro de Día.

Fue médico de los hospitales del hospital de agudos Carlos G. Durand en el servicio de geriatría.

GIRIBUELA, WALTER

Doctor en Ciencias Sociales por la Universidad Nacional de Luján. Licenciado en Trabajo Social. Especialista en Desarrollo Social.

Profesor de Posgrado de la Maestría y Especialización en Estudios de las Mujeres y de Género y de la Especialización en Salud Social y Comunitaria, Universidad Nacional de Luján

Profesor Asociado Regular del Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Luján y Profesor Adjunto del Departamento de Tecnología de la misma Casa de Altos Estudios. Tiene a su cargo las asignaturas Trabajo Social II y Enfermería Gerontológica, para las carreras Licenciatura en Trabajo Social y Licenciatura en Enfermería, respectivamente.

Investigador, Categoría III del Programa de Incentivos a docentes de Universidades Nacionales, Secretaría de Políticas Universitarias del Ministerio de Educación de la Nación.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Director de proyectos de investigación en el área de las sexualidades disidentes.

Autor de libros, capítulos de libros y artículos en revistas científicas y académicas.

Evaluador externo de publicaciones regulares de diferentes Universidades nacionales e internacionales.

JAUREGUI, JOSÉ RICARDO

Médico Geriatra UBA

Médico con Diploma de Honor en la Universidad Nacional de Buenos Aires, Facultad de Medicina, recibido el 23 de diciembre de 1986. Residencia completa en Medicina Interna, en el Hospital de Agudos Carlos G. Durand, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 1987-1991. Especialista en Medicina Interna.

Carrera de Especialista Universitario en Geriatria y Gerontología de la Universidad Nacional de Buenos Aires; 1992-1994. Título de Especialista Universitario, UBA.

Fellow del Departamento de Geriatria de la Universidad de Gales, Reino Unido. Prof. Titular Ken Woodhouse, Prof. Aceptante Anthony Bayer. Senior Lecturer; marzo-mayo 1995.

Título de Especialista en Medicina Familiar y Preventiva de la Asociación Argentina de Medicina Familiar, otorgado por la Academia Nacional de Medicina en 1998. Recertificado en 2003.

Título de Doctor en Medicina, Universidad de Salamanca, España; marzo 2012. Calificación "Sobresaliente CUM LAUDE".

Académico egresado de la Academia Latinoamericana de Medicina del Adulto Mayor (ALMA), abril 2012.

Director y Fundador de la Unidad de Investigación en Biología del Envejecimiento (UIBE) del Hospital Italiano de San Justo Agustín Rocca; 2009 hasta la actualidad.

Director de la Carrera de Especialistas Universitarios en Gerontología y Geriatria de la Universidad Nacional de Buenos Aires, sede Hospital Bernardo Houssay, Vicente López. Curso de post-grado; desde 2015 hasta la actualidad.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Profesor Adjunto de la Asignatura “Desgaste y envejecimiento” de la Facultad de Medicina del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad de La Matanza (UNLaM), Prov. de Buenos Aires, Argentina; 2012 hasta la actualidad.

Presidente del COMLAT (Comité Latinoamericano y del Caribe de Gerontología y Geriátrica) de la International Association of Gerontology and Geriatric y Board Member; 2011-2015.

Presidente de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátrica, 2015-2017

Presidente electo IAGG, período 2021-2025

Profesor del Doctorado de “Ciencias del Envejecimiento”, Universidad Maimónides, Buenos Aires, Argentina; 2014 hasta la actualidad.

Profesor del Doctorado “Ciencias de la Salud”, Universidad Barceló, Buenos Aires, Argentina; 2014 hasta la actualidad.

Profesor de la Carrera de especialista en Geriátrica de la Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina

KABANCHICK, ALICIA

Médica. Facultad de Medicina UBA 1969

Especialista en Psiquiatría. Secretaria de Estado de Salud Pública. Ministerio de Bienestar Social de la Nación 9/10/75.

Dra. En el Área Salud Mental UBA 18/6/99.

Magíster en Psiconeurofarmacología. Univ.Favaloro 2008

Directora de la Carrera de Especialista en Psicogeriatría Univ.Maimonides

LYNCH, GLORIA

Licenciada y Profesora en Sociología UBA.

Mag. en Metodología de la investigación científica UNLa. Dra. por la Universidad de Salamanca.

Centro de Día. Cuarenta años de una historia institucional.

Profesora Asociada (UNLu). Jefa División Epistemología y Metodología del Departamento de Ciencias Sociales (UNLu.) Docente-investigadora Categoría III- Ministerio de Educación.

MARIÑANSKY, CYNTHIA

Médica Especialista en Geriatría (SAGG)

Médica Geriatra a Cargo de la Unidad de Geriatría del Hospital Durand. Buenos Aires

Directora de la Especialización en Geriatría, Universidad Maimónides Buenos Aires.

Docente Adscripta a la facultad de Medicina (UBA).

MARTÍNEZ, GUSTAVO

Licenciado en Psicología (U. de Salvador)

Especialista en psicología clínica (U. Kennedy)

Doctorando en Psicología (Se adeuda Tesis) (U. Kennedy)

Coordinador de Salud Mental de Centro de Día.

MOROZUMI, AGUSTÍN

Lic. en Kinesiología y fisitría Uba MN 12.713

Especialista en gerontología y geriatría kinefisiátrica Uba

Coord. de Hosp. de Día de Recapacitación y estimulación física Ctro. de Día

Klgo. del Programa Nuevas tecnologías para la Rehabilitación Neurológica del Centro de Tecnologías para la Salud y Discapacidad-I.N.T.I. (Inst. Nac. Tecnología Industrial)