

Revista de la Asociación Gerontogerítrica del Centro “Prof. Dr. Mario Alberto Crosetto”

2011 - AÑO III- Nº 5
Publicación Trimestral
ISSN: 1852-4230



Personería Jurídica Resolución Nº 211/09
Website: www.aggec.org.ar – E-Mail; aggec@aggec.org.ar
Duarte Quirós 1248 – Córdoba (X 5000 BSD) - Argentina

Comisión Directiva de la Asociación Gerontogeríátrica del Centro: "Prof. Dr. Mario Alberto Crosetto"

Presidente:	Prof. Dr. Martínez Héctor David
Vice Presidente:	Dr. Giraudo José Antonio
Secretario General:	Mgter. Maidana José Luis
Pro-Secretaria:	Dra. Moreno Adriana Elizabeth
Tesorero:	Cdor. Giraudo Carlos Vicente
Pro-Tesorero:	Dr. Isquierdo Ariel Rogelio
1º Vocal Titular:	Dr. Parodi Luis Horacio
2º Vocal Titular:	Prof. Dr. Cosiansi Julio César
3º Vocal Titular:	Prof. Dr. Ramello Mario Francisco
1º Vocal Suplente:	Prof. Dr. Dahbar Miguel Ángel
2º Vocal Suplente:	Dra. Luque Leticia Elizabeth
1º Revisora de Cuenta Titular:	Mgter. Burba María Cristina
2º Revisora de Cuenta Titular:	Dra. Nicolás Graciela Beatriz
1º Revisora de Cuenta Suplente:	Abg. Warde Adriana María
1º Miembro Junta Electoral:	Mgter. Castro Toschi Rubén A.
2º Miembro Junta Electoral:	Dra. Bianciotti, María Eugenia
3º Miembro Junta Electoral:	Dr. Giraudo Luis Alberto Bautista

STAFF Revista de la Asociación Gerontogeríátrica del Centro

Director:	Prof. Dr. Martínez Héctor David
Secretario:	Mgter. Maidana José Luis
Director Área Geriatría	Dr. Ferrer Martín Eugenio
Directora Área Gerontología	Mgter. Burba María Cristina
Comité Editorial:	Prof.Dra. Braxs Cecilia Prof.Dr. Giraudo Luis Alberto B. Prof.Dr. Ledesma Raul Edgardo Mgter. Dra. Navarro, Alicia Mgter.Dr. Parodi Luis Horacio Prof.Dr. Pereira Rodolfo Prof.Dr. Yuni José Dra. Luque Leticia
Diseño/Diagramación:	Mgter. Maidana José Luis
Editor Responsable:	Mgter. Burba María Cristina
Dirección electrónica:	revista@aggec.org.ar

SUMARIO

	Pág.
Editorial	
Artículos – Revisión – Reseñas	3
La evaluación neuropsicológica Lic. Pablo Antonio Murillo -----	4
Factores de riesgo y protectores en las demencias Dr. Jorge Agüero -----	10
Intervenciones del Psicomotricista con ancianos dementes Lic. Graciela Agüed -----	12
La sexualidad en el anciano con demencia Dra. Isabel Alfaro -----	18
La educación permanente del adulto mayor como estrategia sanitaria Mgter Liliana Tarditi -----	21
Misceláneas societarias	
Información de las III Jornada en Gerontogeriatrica: "La demencia, un llamado de atención para todos" realizadas en octubre 2011-----	34
Normas para publicación en la revista -----	35

Los trabajos firmados son responsabilidad del autor y no comprometen necesariamente el pensamiento de la Revista.

Copyright 2008: Reservado todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones u otro sistema de información sin la autorización por escrito del titular del copyright.

EDITORIAL

Estimado lector:

Continuando con nuestra publicación, el Comité Editorial consideró proseguir publicando los trabajos de profesionales que participaron como panelistas o conferencistas en las Jornadas de Actualización realizadas por la Asociación y que fueran coorganizadas con la Sociedad Argentina de Gerontología y Gerontología.

En este número se publican algunas ponencias presentadas en la III Jornada en Gerontogeriatrica: "La demencia, un llamado de atención para todos" realizadas en Córdoba entre los días 28 y 29 de octubre de 2011, que muestran la importancia de los aportes realizados.

Nuestra revista se propone cubrir los ámbitos de la gerontología y Geriatrica, está abierta a todos los profesionales relacionados con los mismos y da cuenta de esto en las Jornadas que realiza.

El lector encontrará la programación de las Jornadas realizadas y la evaluación realizada por los participantes.

Invitamos a todos los profesionales que trabajen en relación con la geriatrica y gerontología a publicar en nuestra revista siguiendo las categorizaciones y formas de presentación establecidas en las "Normas para la publicación".

Prof. Dr. Héctor David Martínez
Director

LA EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

La evaluación neuropsicológica en la clínica neurológica tiene como objetivos en primer lugar realizar un perfil de las funciones cerebrales superiores en una persona que ha sufrido un daño neurológico. Este perfil debe reflejar el modo en que estas funciones se han visto alteradas y cómo se han reorganizado.

Pretende, en general, definir el estado de los distintos sistemas funcionales cerebrales, definiendo patrones de capacidades afectadas y preservadas.

Para ello es necesario integrar datos diversos, entre los que podemos destacar:

1. Datos aportados por la historia clínica.
2. Datos neurológicos y médicos personales y familiares
3. Datos psicosociales y de la historia personal
4. Datos de observación de la conducta, del estado psicológico y de las capacidades cognitivas.
5. Datos cuantitativos aportados por una batería neuropsicológica, organizando la exploración en fases, desde lo básico o de detección (screening), hasta lo más específico.
6. Datos semiológicos cualitativos obtenidos en los test y baterías neuropsicológicas.

En la neuropsicología clínica, además, ha ido ganando terreno el concepto de valoración ecológica, es decir la valoración de cómo las capacidades neuropsicológicas alteradas se reflejan y afectan la vida diaria. Esto da lugar a la "neuropsicología de la vida cotidiana", que intenta indagar sobre los problemas de la calidad de vida relacionada con las funciones cerebrales superiores.

Por lo tanto la evaluación neuropsicológica es un proceso complejo en el que se hace necesario atender e integrar una gran cantidad de variables. Este proceso cognitivo que realiza el explorador está indudablemente basado en su propia experiencia. El uso de los tests y baterías neuropsicológicas disminuyen la influencia inevitable de influencias subjetivas. Por lo tanto, aunque la evaluación neuropsicológica se sitúa más allá del uso de test, éstos constituyen herramientas centrales para la evaluación y exploración neuropsicológica.

Existen a nuestro alcance instrumentos de evaluación neuropsicológica variados, que podríamos resumir en tres grandes grupos: 1) instrumentos de rastreo cognitivo; 2) baterías neuropsicológicas generales y 3) tests específicos de función.

Los instrumentos utilizados deben ajustarse a una evaluación individualizada y minuciosa, deben ser sencillos de aplicar, flexibles y adecuarse a las características sociales y culturales del sujeto.

Según Lezak (1976),

“La naturaleza de la evaluación neuropsicológica hace que un profesional competente deba poseer habilidades de entrevista, capacidad para la apreciación de variables sociales y culturales y el adiestramiento de un psicólogo clínico; la sofisticación estadística y familiaridad con los tests de un psicometrista; y un amplio entendimiento comprensivo del sistema nervioso humano y sus patologías, al menos a un nivel comparable al de un médico general práctico.”

Sin embargo debe destacarse que no se trata de la mera aplicación de test, por más finos que estos sean, sino del análisis cuidadoso de la manera en que las funciones neuropsicológicas se organizan en una persona determinada, con una historia particular, con un contexto de vida especial, etc. Por lo tanto no es posible entenderla como una actividad mecánica e irreflexiva. Si se hiciera de esta manera sólo se obtendría un perfil de rendimiento en pruebas de laboratorio, sin ningún entendimiento de porqué la persona rinde de esa manera en esas pruebas. Una prueba, por ejemplo, de memoria, puede deber un mala performance a cuestiones relacionadas con la atención, el estrés, el estado de ánimo, el lenguaje y el habla, la velocidad de procesamiento, entre muchas otras variables. También debido a problemas de memoria, claro está.

Las evaluaciones neuropsicológicas se ven dificultadas, además, porque muchos procedimientos no están suficientemente estandarizados, otros no cuentan con sistemas de cuantificación suficientemente firmes y la mayoría no cuenta con baremos que contemplen las particularidades de una población determinada. Por ejemplo, es muy poco frecuente encontrar test que estén adaptados a población analfabeta o con muy bajo nivel de escolarización.

Por lo tanto la evaluación neuropsicológica requiere de estrategias clínicas relacionadas con la neurología y la psicología, con el análisis comportamental y con procedimientos psicométricos derivados de la psicología.

En la práctica clínica cotidiana encontramos profesionales que abordan las evaluaciones neuropsicológicas con estrategias mayormente clínicas, mayormente psicométricas o de manera mixta.

Funciones que se evalúan

No existe un consenso universal sobre las funciones, áreas o habilidades a evaluar. Esto se debe mayormente a la existencia de dificultades teóricas que aún están en discusión, como por ejemplo, cuáles son las funciones ejecutivas fundamentales.

Hay algunas funciones o áreas, por caso la memoria, cuyo reconocimiento como algo independiente es compartido por la amplia mayoría de neuropsicólogos. Además hay un amplio consenso sobre cuáles son sus subfunciones, mecanismos y procesos. Pero hay otras en las que todo esto está lejos de ser así.

Sin embargo en general se encuentran ciertas similitudes en las evaluaciones a lo largo de las publicaciones sobre la materia. A continuación se enumeran algunas de las funciones y procesos que se pueden llegar a encontrar en las publicaciones sobre el tema:

- 1- Vigilancia,
- 2- Atención / concentración,
- 3- Percepción y gnosias,
- 4- Memoria y aprendizaje,
- 5- Lenguaje ,
- 6- Cálculo,
- 7- Escritura y lectura,
- 8- Motricidad,
- 9- Praxias,
- 10-Funciones ejecutivas.

El diagnóstico en neuropsicología

A partir de la evaluación neuropsicológica se obtienen diagnósticos:

- sintomáticos / descriptivos,
- etiológicos,
- topográficos y
- sindromáticos.

Los síndromes neuropsicológicos, tales como las alexias, agrafias, afasias, demencias, etc. tienen además subtipos, para los que hace falta realizar los diagnósticos diferenciales apropiados.

Cuando se trabaja con personas con demencias es frecuente que se realicen varias evaluaciones a lo largo del tiempo. Esto se hace necesario para poder afinar los diagnósticos sindromáticos, así como la evolución, sea en el sentido de la recuperación y reorganización de las funciones, en las demencias tratables, sea en el sentido de la velocidad y el perfil del deterioro, en las demencias no tratables.

En la evaluación de las personas con demencia es de la mayor importancia distinguir cuadros cuyo tratamiento tenga posibilidades de revertir el deterioro, cuadros en donde sea posible detener el avance del deterioro y cuadros donde el deterioro será irrefrenable.

Los primeros elementos a considerar para el diagnóstico se refieren a la constatación de la existencia de un deterioro. Es decir, a distinguir un cuadro de demencia incipiente de la evolución normal de las funciones a lo largo de los años y de pseudodemencias.

Diagnóstico diferencial en demencia

Tomando en cuenta que la demencia es un síndrome de deterioro generalizado y persistente en la memoria y otras funciones cognitivas (tomando en cuenta el

rendimiento previo de la persona en estas áreas), que tiene la gravedad suficiente como para afectar la vida cotidiana, que puede ser resultado de múltiples etiologías y darse en variadas formas, y que algunas de sus formas son reversibles, es que se hace necesario el establecimiento de adecuados diagnósticos diferenciales.

La selección de test y pruebas clínicas apropiadas es un punto crítico para ello. Y otro punto crítico es la interpretación de los resultados de esos test y pruebas clínicas, acorde a las variables que se mencionaron con anterioridad, como nivel educativo, contexto sociocultural, etc.

En general se intenta establecer diagnósticos que tengan que ver con la determinación del tipo de demencia con la que el paciente cursa. Por ejemplo, una vez descartados la pseudodemencia, el envejecimiento normal y el delirium, resta ver si estamos en presencia de una demencia cortical, tal como el Alzheimer, subcortical, tal como la que se presenta con la Enfermedad de Huntington o una demencia mixta, por ejemplo, algunos casos de demencia por infartos múltiples.

La demencia se distingue de los síndromes amnésicos, en el desenvolvimiento en otras áreas de funcionamiento.

La demencia y el delirium incluyen deterioro cognitivo global, pero el delirium se caracteriza por un déficit prominente en la atención y la vigilancia ambiental, además de la velocidad de desarrollo y la fluctuación de los síntomas.

La demencia puede ocurrir conjuntamente con depresión o con síntomas depresivos, pero la depresión por si misma puede mostrar un deterioro que debe ser diferenciado de la demencia propiamente dicha, a partir de elementos como el inicio y curso de la patología, sus fluctuaciones, las expectativas de rendimiento de la persona, etc.

Otro diagnóstico usual es el de diferenciar la demencia del deterioro cognitivo leve y del deterioro normal por la edad. Sobre todo del deterioro cognitivo leve tipo memoria (o tipo amnésico). El rendimiento en múltiples dominios, así como la progresión o no del cuadro nos diferenciarán claramente estas entidades. Sin embargo resulta necesario el seguimiento de las personas con diagnóstico de deterioro cognitivo leve, ya que un considerable número de ellas llegará a desarrollar una demencia a futuro.

Evaluación neuropsicológica de la demencia

La evaluación de la demencia debería incluir:

- Una entrevista con la persona y con sus familiares o convivientes, a fin de obtener información del rendimiento actual y pasado de múltiples fuentes, así como de antecedentes patológicos personales y familiares.
- Una evaluación general para detectar trastornos psicológico-psiquiátricos (por ejemplo, depresión, trastorno facticio, hipocondriasis, etc.)

- Un interrogatorio e investigación (con consulta a especialistas) sobre la medicación que esté tomando la persona, que pueda llegar a influir sobre el rendimiento cognitivo.
- Una evaluación ecológica de las capacidades de la persona (en general con un asistente entrenado)

Una evaluación de las funciones con test y pruebas clínicas apropiadas.

Además de los test y pruebas, existen toda una serie de criterios de mucha utilidad (por ejemplo, Clinical Dementia Rating, [CDR]; Global Deterioration Scale [GDS]; etc)

Como mencionamos anteriormente, la evaluación neuropsicológica puede ser usada con diferentes fines, entre ellos obtener información sobre capacidades deterioradas y restantes, establecer una línea de base para evaluar el deterioro futuro, realizar un diagnóstico con recomendaciones terapéuticas, y medir la efectividad de los tratamientos que se vayan a aplicar.

En general se suele comenzar la evaluación con mediciones relativamente simples y generales, para evaluar el estado general cognitivo de la persona. Además es conveniente para evitar la frustración ir aumentando de manera gradual la dificultad de las pruebas.

Las personas con un deterioro mayor suelen ser evaluadas con medidas más sencillas que las que se aplican a otras personas con menor deterioro.

Pruebas de screening

En el trabajo con demencias suele ser más apropiado utilizar pruebas de screening general, en vez de utilizar pruebas extensas e intensivas, ya que en ocasiones la persona no es capaz de tolerar evaluaciones tan intensas.

Suelen incluir datos de la entrevista y la observación y evaluaciones como el Mini mental state examination de Folstein, que incluyen medidas generales de funciones. Luego suele ser útil incluir test específicos sobre memoria y aprendizaje (como aprender series de palabras o números, palabras asociadas, posiciones en un gráfico, etc.), lenguaje (fluidez, comprensión, repetición y denominación), funciones ejecutivas y habilidades visuoespaciales. Estos test se seleccionan de acuerdo a lo observado en la entrevista, a los reportes de la vida cotidiana y a lo evaluado con las pruebas de screening.

Puede llegar a ser innecesario proceder a exámenes más complejos de memoria con personas que tengan un deterioro moderado o severo.

La ampliación desde las pruebas de screening a test específicos se realiza además teniendo en cuenta hipótesis que se buscan probar para el diagnóstico diferencial.

En nuestro medio es frecuente el uso del Neuropsi (Ostrosky y Solís) debido a su relativa brevedad y la cantidad de datos que aporta en ese tiempo.

Interpretación de los resultados

La interpretación de los resultados debería responder por lo tanto a una serie de preguntas básicas, tales como:

¿Existe un deterioro de las funciones, tomando en cuenta la historia de la persona?

¿Qué tan severo es ese deterioro?

¿El patrón de deterioro se corresponde a una demencia, a una pseudodemencia a delirium o a otra condición que excluye la demencia?

Si hay demencia ¿el patrón de deterioro sugiere un diagnóstico en particular y excluye otros?

Teniendo en cuenta lo anterior ¿cuál es el pronóstico y cuáles son las recomendaciones hacia la persona y su entorno?

Bibliografía

- Adams, R.L., Parsons O.A., Culbertson, J.L., Nixon, S.J. (2006). Neuropsychology for Clinical Practice. Etiology, Assessment, and Treatment of Common Neurological Disorders Washington, DC American Psychological Association
- Cohen, R.J., Swerdlik, M.E. (2006) Pruebas y evaluación psicológicas. Introducción a las pruebas y a la medición. 6ª Edición. México D.F, McGraw-Hill.
- Kolb B.; Wishaw, I.Q. (2002) Cerebro y Conducta: Una Introducción. Madrid: McGraw-Hill.
- Lezak, M.D. (1976) Neuropsychological assesment, Nueva York, Oxford University Press.
- Luria, A.R. (1973) Esquema de evaluación neuropsicológica. Moscú, Universidad Estatal de Moscú.
- Othmer, E. Othmer, S.C.. (1996)DSM IV. La entrevista clínica. Tomo I. Fundamentos. Barcelona, Masson.
- Peña-Casanova, J., Barraquer Bordas, L.(1983) Neuropsiología. Barcelona, Ediciones Toray.
- Snyder, P.J., Nussbaum, P.D, Robins, D.L. (Eds.) (2006) Clinical Neuropsychology A pocket handbook for assessment Second Edition. Washington, DC, American Psychological Association
- Storandt, M y VandenBos , G.R. (Eds.) (2006) Neuropsychological assesment of dementia and depression in older adults. A clinician's guide. American Psychological Association, Washington, DC

Pablo Antonio Murillo

Lic. en Psicología (UNC)

Córdoba, Octubre 2011

“FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES EN LAS DEMENCIAS”

Para comenzar, a modo de introducción al tema que me convoca en estas jornadas, voy a tomar una caracterización de la época en que vivimos, y despejar como consecuencia los factores de riesgo a los que se nos encontramos sometidos. El actual es un momento de la civilización en que el ordenamiento simbólico ha cambiado, ha mutado, ha sufrido profundos y sustanciales cambios, hasta podríamos decir, sin temor a equivocarnos, que el simbólico en el siglo XXI ha desaparecido, que el XXI es un siglo sin simbólico, al menos sin el simbólico que rigió en el siglo anterior.

Hago presente a Kant, quien hizo presente dos referencias: la del cielo estrellado, y la de la voz interior. Respecto del cielo estrellado, hace referencia a Newton, quien cambió la relación del hombre con el cielo estrellado al introducir sus aportes en la maquinaria celeste. El poder del modelo de Newton, permitía incluir la revolución galilea en el funcionamiento del cielo de una manera que impactó completamente en la época.

Respecto de la voz interior, quiere proponer la misma renovación y perspectiva del modelo utilizado por Newton.

Asistimos a una nueva relación con el cielo, con los planetas, con el hecho de que vivimos en un mundo en el cual ya no hay más ninguna seguridad en el cielo estrellado.

Para nosotros, en este siglo, el cielo es solo la presencia de la ciencia como tal; por ejemplo: el cielo está lleno de satélites que nos permiten utilizar el GPS, nos permiten ubicar cosas en la tierra; la relación con el cielo pasa a través de los navegadores, es una nueva presencia en un cielo absolutamente silencioso, que cuando nos mira nos dice algo sobre nuestra posición.

El cielo está cada vez más atravesado por sustancias episódicas, por meteoritos, por los satélites que llenan el cielo de ondas, lleno de objetos de la ciencia que colman este cielo. En tanto la voz de la conciencia misma, la voz del sujeto se hace cada vez más presente en los mandamientos de obtener satisfacción, en la exigencia de la civilización por el más: cómo hacer para gozar más, para ser más feliz, para obtener más satisfacciones.

Ya no estamos en el registro de los ideales que rigen el mundo, sino que los mismos se deducen de la pregunta insistente: “cómo hacer para gozar más?”

La pregunta cómo hacer para gozar más, es en definitiva una forma de hacer presente un sentimiento de la vida, un sentimiento de cómo se vive en un momento en el cual tenemos que inventar recursos diferentes a los estándares. Asistimos al momento en que somos llevados a inventar nuestra herramienta particular para guiarnos, sin el apoyo de instrumentos conocidos; necesitamos un esfuerzo más para inventar algo que nos pueda servir para orientarnos en este nuevo cielo sin las estrellas referenciales.

En lugar de un mundo estandarizado, vivimos en mundos múltiples, que se multiplican, mundos que pueden ser leídos a partir del uso de instrumentos no estándares.

El mundo es menos estándar de como lo era antes, porque los instrumentos que permiten leerlo están más a la medida de cada uno, están en definitiva más desestandarizados.

A partir de este accionar de la ciencia, en un mundo en que impera una homogeneización globalizante, también se produce en los sujetos este movimiento de reinventar nuevas herramientas para ubicarse frente a las exigencias de goce que se imponen desde la civilización.

En este punto la clínica, el trabajo clínico cotidiano se somete a estos avatares: por un lado se presentan fenómenos clínicos nuevos, al tiempo que por otro lado debemos inventar una nueva clínica, con distinta consistencia a la anterior, inventando nuevos instrumentos en el ejercicio de la misma.

En este contexto es que pretendo se aborde el tema de los riesgos y las protecciones en personas de tercera edad.

Así como decimos que entre las crisis vitales se cuentan la crisis social que se produce en el momento de acceso del sujeto al mundo social al inicio de la escolaridad, cuando es el mundo el que cambia; o en la crisis de la adolescencia, cuando lo que cambia es el sujeto, el cuerpo del sujeto cambia frente al mundo, podemos decir que en esta edad se presenta una nueva crisis, reforzada, doblada en sus consecuencias, la de los instrumentos perimidos, frente a los cual el sujeto debe reinventarlos de modo que le sean de utilidad y funcionamiento.

Frente a este cambio de instrumentos a usar, debiendo adecuarlos al movimiento de este siglo XXI, del cielo de este siglo XXI: pienso en dos vertientes la propuesta, por un lado los sujetos de tercera edad, y por el otro lado los profesionales abocados a la tarea específica., en ambos casos adecuar los instrumentos.

Tomo como punto de partida la articulación entre detección y diagnóstico. Asimismo, tomo el pronóstico de Plum y de Wells al referirse a las demencias como una futura epidemia diluviana, a lo cual estamos asistiendo, al menos en su inicio.

Esta alta frecuencia pronosticada por estos autores, obliga a pensar que las demencias deben ser detectadas por los profesionales de atención primaria, quienes están más cerca de los sujetos en su propio hábitat.

En este sentido, inicio desde la premisa que en atención primaria no son reconocidos el 75% de los pacientes con moderada a severa, ni el 97% de los que tienen demencias leves. La adecuada detección de estos pacientes es un rol clave de los profesionales en asistencia primaria, quien es el que debe adoptar y adaptar las herramientas para orientar el estudio de los mismos. El reconocimiento se basa en dos pilares: una minuciosa semiología de los olvidos, para diferenciar los que se presentan en un envejecimiento normal, de aquellos que se presentan como patológicos, y en segundo término un examen mínimo del estado mental.

Si la sospecha se confirma, es que se pasa a la segunda etapa: la del diagnóstico a partir del estudio neuropsicológico, los estudios de laboratorio, y la imagentología que permite estudiar los posibles daños estructurales. Es en este punto que la invención se hace presente, de forma que aquellos instrumentos ya utilizados, se los haga presentes en la atención cotidiana, en el manejo mas cotidiano apuntando a la detección .

Quizás de este modo se de una forma de respuesta un poco más adecuada a esta epidemia que amenaza con su crecimiento progresivo y sin detención frente a la pérdida del uso de los instrumentos adecuados por parte de los sujetos de tercera edad, y con la exigencia de la época de inventar el uso de instrumentos que nos permitan orientarnos en este cielo sin estrellas referenciales.

Jorge Agüero
Dr.en Medicina y Cirugía (UNC)

"INTERVENCIONES DEL PSICOMOTRICISTA CON ANCIANOS DEMENTES"

"El hombre estará, para entonces, al fin de su travesía por el camino del conocimiento, y casi sin advertencia tropezará con su último enemigo: ¡la vejez! Este enemigo es el más cruel de todos, el único al que no se puede vencer por completo, el enemigo al que solamente podrá ahuyentar por un instante.

Éste es el tiempo en que un hombre ya no tiene miedos, ya no tiene claridad impaciente; un tiempo en que todo su poder está bajo control, pero también el tiempo en el que siente un deseo constante de descansar. Se rinde por entero a su deseo de acostarse y olvidar, si se arrulla en la fatiga, habrá perdido el último asalto, y su enemigo lo reducirá a una débil criatura vieja. Su deseo de retirarse vencerá toda su claridad, su poder y su conocimiento.

Pero si el hombre se sacude el cansancio y vive su destino hasta el destino final, puede entonces ser llamado hombre de conocimiento, aunque tan sólo por esos momentitos en que se logra ahuyentar al último enemigo, el enemigo invencible. Esos momentos de claridad, poder y conocimiento son suficientes."
(Castaneda 1993, p. 112)

La Psicomotricidad es una disciplina que ha desarrollado su estructura conceptual en base al desarrollo psicomotor, esencialmente en los primeros años de vida, nace para la atención de niños y fue creciendo y profundizando el conocimiento del desarrollo de las edades tempranas hasta la adolescencia. A lo largo de la historia y, particularmente en Córdoba, se amplió su proyección a diferentes ámbitos y edades. Las etapas que continúan con el proceso de la vida, comienzan a ser de interés para la investigación e intervención, desde hace escaso tiempo, pero se está profundizando en el conocimiento de los procesos que realiza el cuerpo durante la adolescencia, adultez y tercera edad y revalorizando la importancia de una intervención oportuna, no sólo desde lo terapéutico sino desde la Promoción de la Salud Psicomotriz.

Si nos planteamos que el ser humano es eminentemente psicomotor, podemos inferir que los trastornos psicomotores pueden encontrarse a lo largo de toda la vida. La persona, luego que las bases fundamentales de su desarrollo se han dado, debe realizar numerosas adaptaciones y adecuaciones a la realidad que le toca vivir, lo que genera la necesidad de acompañamiento en este proceso o la aparición de dificultades en el funcionamiento psicomotor, traducido en el Esquema Corporal y la Estructuración Espacio-Temporal.

Desde mi experiencia, considero que la Psicomotricidad es la disciplina que se ocupa de los procesos que realiza el cuerpo para representarse el mundo que lo rodea en una relación dialéctica con el espacio, el tiempo, los objetos y los otros. Un cuerpo que se construye en representaciones del mundo, a medida que recorre las distintas etapas de la vida. Y es, en este sentido, que me es necesario ocuparse de las edades tardías, donde, las funciones inician su progresivo declinar, lo que se observa en el accionar psicomotriz de la persona en un proceso integral. Y,

especificamente, cuando esas etapas combinan edad con demencia. El cuerpo se construye desde etapas tempranas (podríamos decir que en el útero se inicia este recorrido) y logra adaptaciones y complejizaciones a medida que el sujeto se desarrolla, pero llega un momento que, al decir de Vitor Da Fonseca, de *des-desarrollo*, donde se inicia una involución de funciones que generan grandes procesos de cambio donde el sujeto debe lograr acomodaciones exitosas para garantizar la adaptación a sus nuevas posibilidades y dificultades y su relación con el mundo.

La implicancia de estos factores en el **Esquema Corporal**, donde la variabilidad de posibilidades funcionales incrementa las necesidades de adaptación y readaptación continuas, de construcción y reconstrucción de la percepción y representación del cuerpo a fin de lograr adaptaciones al medio.

Las repercusiones de dicho proceso en relación a la **Imagen del Cuerpo** dependiendo de la mirada propia y la del medio donde se circunscribe, que será un punto de apoyo positivo o negativo para su autoestima.

Los cambios biológicos provocarán modificaciones en las adecuaciones tónicas, sus posibilidades de equilibrio y coordinación, planteando un nuevo desafío al accionar corporal. Es de suma importancia tener en cuenta las alteraciones que se producen en relación a lo perceptual, donde por disfuncionalidades específicas de los sentidos, generan la necesidad de nuevas organizaciones para encontrar un nuevo equilibrio en lo perceptual, que será continuo y progresivo y que requerirá de constantes adaptaciones y, a veces, de la incorporación de elementos externos tipo anteojos especiales y/o audífonos que implican nuevos desafíos en el accionar y, a veces, provocan trastornos en lo psicológico que generan dificultades en la propia imagen corporal y personal.

De hecho, se producirán cambios rítmicos, gestuales y de realización de praxias, íntimamente relacionados con los parámetros antes mencionados y que, tendrán directa implicancia en la representación del mundo, por lo que generarán dificultades en la adaptabilidad social.

Daniel Calmels plantea que:

*La Psicomotricidad...es una disciplina que se autodefine cuando toma como objeto particular de estudio el **cuerpo** y sus manifestaciones. El concepto de cuerpo que formulamos incluye en sus manifestaciones la actitud postural, la gestualidad y las praxias. La gestualidad, en un sentido general, abarca miradas, mímica, ademanes, etc. El concepto de cuerpo debe entenderse delimitando una producción particular y cultural diferente de la de organismo, término con el cual se homologa en el lenguaje cotidiano. (Calmels, 2003. p.15)*

Estas manifestaciones corporales tienen una implicancia particular en esta etapa de la vida ya que, por los trasfondos tónicos que se plantean, provocan cambios importantes en la actitud postural, gestualidad y praxias, específicamente, es en esa producción particular de la que nos habla Calmels, donde se expresa el accionar del Anciano y que se ve dimensionado en forma variable, de acuerdo a las particularidades culturales.

Es importante desde esta perspectiva, incluir el concepto de **Salud Psicomotriz**, que implica la importancia que se plantea desde la Psicomotricidad, a fin de que se transite en forma saludable, este proceso natural de la vida. Considero que **la Salud Psicomotriz** es el estado equilibrado de bienestar traducido en la

construcción del cuerpo y las relaciones que de éste se plantean con el mundo. La calidad de vida del sujeto será el resultado de dichas relaciones y le permitirán un correcto o satisfactorio intercambio con el medio.

Para que este equilibrio se plantee, es necesario que se puedan compensar las alteraciones funcionales con otras posibilidades de la persona en cuestión. Es importante rescatar otro concepto que ajustará esa calidad de vida a la que hago referencia en el párrafo anterior. Dicho concepto es el de **Resiliencia** considerado como la capacidad que tiene un sujeto para transformar condiciones adversas en situaciones que posibiliten un desenvolvimiento positivo, con las menores implicancias en su accionar. Es una capacidad que se desarrolla cuando hay un **otro** que sirva de apoyo y soporte. Es por ello que planteo de suma importancia desde la Psicomotricidad y tendiendo la Salud Psicomotriz de la persona, sean cuales fueren sus condiciones específicas, que la intervención sirva de soporte a estas adaptaciones necesarias para mejorar la calidad de vida y afianzar su autoestima.

La concepción de cuerpo en nuestra época tiene diversos matices, por un lado la mayor información que se tiene de lo que es la salud, la necesidad de ejercitación y alimentación saludables, por el otro, la imagen fuertemente arraigada de la juventud eterna, dejando a un costado a quien no responde a los cánones de belleza tan marcados. Esto genera en las diferentes edades, con variables propias de cada una, una necesidad de pertinencia en relación a dichos parámetros, que no siempre conciben con las posibilidades específicas.

El concepto de cuerpo fue cambiando en las diferentes épocas. Actualmente no podemos decir que exista uno solo. Depende de las circunstancias cómo se configura el mismo. Y tendremos que tener en cuenta la edad, el sexo, el medio en que está inserto, el motivo por lo que se habla de él. Existen diversos paradigmas que marcan, y muchas veces se convierten en estigmas, lo que las personas deben vivir en las diferentes edades.

Cuando hablamos de ancianos, con qué elementos contamos para comprender qué sucede con ese cuerpo que envejece en el marco de la demencia, del vacío que se genera de la realidad y las fantasías que aparecen desde su estructura psíquica. Este cuerpo que ya no construye, a veces repara y, en la mayoría de las veces destruye. Qué sucede con la imagen del cuerpo que transita por una etapa de desarrollo pero con el agregado de la demencia?

Cornachione Larrínaga (2006. p. 45-46), describe el enfoque del ciclo vital que reconoce la plasticidad en relación a los acontecimientos evolutivos y la importancia de las relaciones funcionales, planteando dimensiones positivas como negativas, donde es de suma importancia la acción de factores ambientales, históricos y culturales. De esta forma, realiza una diferenciación sobre las concepciones de las diferentes "Edades", y realiza, además, una síntesis donde especifica las variables de **Esperanza de vida**, de acuerdo a diferentes países y realidades, planteando para la Argentina una media de 77,7 años en el 2001 y agrega el pasaje del modelo de déficit-decrepitud al de competencia. Desarrolla lo que son **Factores normativos** que se presentan en todos los miembros de la cultura pero delimitando la variabilidad interindividual en relación a que las personas tienden a ser más heterogéneas en su funcionamiento a medida que avanza la edad e intraindividual en referencia a los cambios que se producen con la edad en relación a determinadas conductas, habilidades o capacidades. (p. 47)

Si bien actualmente las Naciones Unidas promueven que se tome como la edad promedio para el inicio de la vejez para Argentina los sesenta años, considero más preciso poder delimitar desde algunos indicadores específicos:

1. Reducción o pérdida de la autonomía, provocada por los cambios biológicos y que llevan a una pérdida parcial o total de funciones que limitan el accionar del cuerpo.
2. Limitación en la adaptabilidad en relación al medio que promueven situaciones específicas en consonancia con las condiciones sociales donde se desarrolla, que será variable en cada persona y se planteará de acuerdo a la construcción que realice y cómo se ubique en la realidad social que le toca vivir. Tiene suma importancia, lo que el medio le permita o no hacer.
3. Variaciones en la posibilidad de tomar decisiones. Está directamente relacionado a los dos indicadores anteriores y si bien, es de suma importancia que pueda decidir por sí mismo, suele ser necesario un acompañamiento para tal fin.

Algunas características que podemos encontrar en la Demencia son: alteraciones cognitivas que provocan incapacidad para la realización de las actividades de la vida diaria, ya que afectan a de las funciones cerebrales particularmente las áreas de la memoria, el lenguaje (afasia), la atención, las habilidades visoconstructivas, las praxias y las funciones ejecutivas como la resolución de problemas o la inhibición de respuestas; pérdida de orientación tanto espacio-temporal como de identidad; puede afectar el lenguaje, la comprensión, habilidades motoras, memoria de corto plazo, la capacidad de identificar elementos de uso cotidiano, el tiempo de reacción, rasgos de la personalidad y funciones ejecutivas. Las mismas alteran su relación dialéctica con el medio y, principalmente es a través del cuerpo que se expresan.

La implicancia de estos factores en el **Esquema Corporal**, donde la variabilidad de posibilidades funcionales incrementa las necesidades de adaptación y readaptación continuas, de construcción y reconstrucción de la percepción y representación del cuerpo a fin de lograr adaptaciones al medio.

Las repercusiones de dicho proceso en relación a la **Imagen del Cuerpo** dependiendo de la mirada propia y la del medio donde se circunscribe, que será un punto de apoyo positivo o negativo para su autoestima.

Los cambios biológicos provocarán modificaciones en las adecuaciones tónicas, sus posibilidades de equilibrio y coordinación, planteando un nuevo desafío al accionar corporal. Es de suma importancia tener en cuenta las alteraciones que se producen en relación a lo perceptual, donde por disfuncionalidades específicas de los sentidos, generan la necesidad de nuevas organizaciones para encontrar un nuevo equilibrio en lo perceptual, que será continuo y progresivo y que requerirá de constantes adaptaciones. Se producen cambios rítmicos, gestuales y de realización de praxias, íntimamente relacionados con los parámetros antes mencionados y que, tendrán directa implicancia en la representación del mundo, por lo que generarán dificultades en la adaptabilidad social.

Cuántas de dichas adaptaciones son posibles en el marco de la demencia? La dificultad de comprender la realidad por la que están transitando y un medio, a veces

hostil, que no colabora con dicho proceso de adaptación, generan una relación cada vez menos dialéctica con el mundo en que están inmersos.

Desde la Psicomotricidad, podemos realizar un aporte importante, a través de una intervención específica acompañando y complementando el abordaje planteado por otras profesiones de la salud, sosteniendo desde el cuerpo y sus manifestaciones, la posibilidad de expresión a fin de ampliar la calidad de vida, la aceptación de su realidad corporal, la inserción lo más adaptada posible a su medio social, acrecentando la autoestima y la autonomía en su accionar. Nuestra formación teórica, pero sobre todo, la formación corporal y personal, permiten sostener desde el cuerpo; y desde el juego corporal y la relajación como estrategias de intervención, poder contribuir con algunas herramientas, para que la persona anciana con demencia, pueda reparar parte de esta construcción corporal alterada.

En un escrito donde intento revalorizar la etapa, anexo este comentario:

¿Qué sería de nuestros niños sin un abuelo/abuela que les lea un cuento, les narre una historia, les cante las canciones olvidadas en los rincones, los lleve a pasear, les abra la puerta para ir a jugar o les conceda lo imposible...¿Qué sería de nuestros jóvenes sin el acompañamiento de la sabiduría que da la experiencia y las frases "...en mis épocas...", tan necesarias para comprender el por qué de nuestra realidad actual. ¿Qué sería de los adultos, si no tuvieran un apoyo, un lugar, una sonrisa, una palabra, una comida preparada por las manos expertas de alguno de sus padres.

Desde la perspectiva que hoy nos convoca me planteo:

¿Dónde está ese abuelo/abuela que no puede leerle un cuento a su nieto? Sin su presencia...cómo se construye ese sujeto que necesita de las narraciones, los relatos e interacciones con la experiencia. Quién cuenta la historia si los que la conocen están encerrados en sí mismos y ya no la recuerdan, ya no significa para ellos, ya no....

Y aparece una palabra clave: significar y resignificar y buscar caminos alternativos para recuperar a estos cuerpos en su integralidad y acompañarlos a un transitar lo más saludable posible y con calidad de vida, a entrar y recorrer estos últimos años de su vida. Por eso me interesa resaltar que:

Los Adultos Mayores son los portadores de la historia, los recuerdos, las trayectorias. Son maestros de maestros, padres de padres transmisores de experiencias; transitan el final de sus vidas y deben prepararse para tal eventualidad y preparar a los que quedan, sin abandonar el camino iniciado e intentando aprender hasta en el último minuto; de aprender de las adversidades y los momentos felices y transmitir esa sabiduría a las generaciones que siguen. Elaborar el duelo de la vejez y de la muerte y permitir que sus descendientes lo elaboren por sí mismos, teniendo en cuenta que la vida se platea en una relación dialéctica con la muerte, como procesos naturales que serán transitados por todos, con las variaciones personales y en momentos particulares de cada uno, pero que todos, todos, tendrán que pasar por ellas.

BIBLIOGRAFÍA:

Castaneda, C. (1993) *Las Enseñanzas de Don Juan*. (12) Buenos Aires. Argentina: Fondo de Cultura Económica.

Calmels, D. (2003) *Qué es la Psicomotricidad. Los trastornos psicomotores y la práctica psicomotriz. Nociones generales*. Buenos Aires, Argentina: Colección Cuerpo, Arte y Salud.

Cornacchione Larrínaga, M. (2006) *Psicología del Desarrollo. Aspectos biológicos, psicológicos y sociales: Vejez*. Córdoba, Argentina: Editorial Brujas.

Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, (2010) *Manual de Cuidados Domiciliarios. Cuadernillo N° 1* Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Desarrollo Social. R.A

Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, (2010) *Manual de Cuidados Domiciliarios. Cuadernillo N° 2* Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Desarrollo Social. R.A

Graciela Agüed

Lic. en Psicomotricidad.

Profesora del Instituto Superior "Dr. D. Cabred"

Integrante del Equipo Multidisciplinario del Centro Privado de Salud "Un Camino..."

Asesora de la Asociación Federal de Psicomotricistas (AFeP)

LA SEXUALIDAD EN EL ANCIANO CON DEMENCIA

La Enfermedad de Alzheimer cursa con trastornos comportamentales de variados tipos, además del déficit de memoria que la caracteriza. Nerviosismo, irritabilidad, depresión, deambulaciones diurnas y /o nocturnas, delirios, alucinaciones, trastornos alimentarios por exceso o por defecto, entre otras conductas alteradas pueden estar presentes.

En el área sexual la demencia puede afectar de diferentes maneras, apareciendo comportamientos extraños, experimentando aumento considerable del interés sexual, desconociendo muchos comportamientos considerados socialmente correctos llegando a una gran desinhibición a la hora de demostrar sus necesidades afectivas y sexuales.

Para la persona que le cuida es un tema difícil.

Prácticamente no existe bibliografía en este tema por lo que, me basare en un trabajo de mi autoría que presentaré en el próximo Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual de Medellín.

En este trabajo se revisaron casos clínicos de pacientes afectados de distintos tipos de demencia que presentaban síntomas comportamentales en el área sexual, con el fin de su clasificación. El estudio demostró, por un lado, franca prevalencia de la presentación de síntomas comportamentales relacionados al área sexual en varones (70%) en comparación con las mujeres (30%).

Los síntomas registrados se clasificaron en dos grandes grupos. DESINHIBICIONES Y DELIRIO DE CELO O CELOTIPIA.

Las desinhibiciones se las definió como comportamientos impulsivos e inapropiados con escasa capacidad de juicio e incapacidad para mantener una conducta social adecuada.

A su vez, las desinhibiciones se subclasificaron en: insinuaciones a terceros, tocamientos, exhibicionismo y acoso sexual

DESINHIBICIONES

1- Insinuaciones a terceros.

El enfermo tiene confusión u olvidos sobre quién es su pareja y empieza a hacer proposiciones o insinuaciones a terceros.

Puede confundir personas que se parecen a su marido o mujer, incluso relaciones previas a su matrimonio y actúan con la persona que han confundido como si actualmente tuviesen una relación

2- Tocamientos

Es posible que ante ciertas necesidades, sexuales o no, la persona afectada comience a tocarse o a tocar a otras personas en público. En la mayoría de los casos no hay intencionalidad, sino la expresión de una necesidad, que muchas veces dista de ser necesidad sexual y sea por ejemplo, calor o urgencia miccional o simplemente prurito. Es posible que en su mente confusa le dé un beso o abrazo exagerado a su pareja u otras personas. El paciente no experimenta sentimiento de vergüenza ni pudor.

3- Exhibicionismo.

La persona pierde la capacidad de juzgar o discernir situaciones sociales

determinadas en las que ciertos comportamientos se consideran inapropiados o inaceptables. Así por Ej., puede quitarse los pantalones, la camisa, la blusa, el corpiño o cualquier otra prenda de ropa que quizás le molesta o le produce sensación de calor. A menudo las conductas sexuales se interpretan como inapropiadas y se juzga al enfermo, cuando, en realidad, no es esa la intención de la persona afectada.

4- Acoso Sexual

Dentro de los comportamientos extraños experimentados por los pacientes existe el aumento considerable del interés sexual. Siempre que aparezca este síntoma debemos preguntarnos si existen antecedentes traumáticos en su historia sexual personal que se manifiesten durante la enfermedad resurgiendo del inconsciente y demostrando que traumas del pasado pueden aflorar a la superficie cuando el daño cerebral subyacente ya deja ejercer el control del inconsciente.

A veces, el acoso sexual no es por parte del enfermo, sino de su pareja o terceros

DELIRIO DE CELO O CELOTIPIA

La celotipia está considerada no como conducta desinhibitoria sino como un delirio, de los cuales, en las demencias, los característicos son tres: ideas de robo, abandono y celotipia, en este orden.

Los celos pueden llegar en ocasiones a niveles de cierta paranoia en que desconfía y acusa a su pareja de tener relaciones con otras personas.

Esta preocupación le hace ver situaciones de infidelidad en amigos, conocidos o familiares a quienes acusa.

Situación sumamente disconfortante para la pareja que cuida al enfermo y se ve acusada injustamente lo cual le ocasiona gran malestar.

El progreso de la demencia produce cambios en el comportamiento del paciente que aumentan considerablemente las dificultades en la relación con los que lo rodean; estas conductas se transforman en verdaderos problemas que necesitan una preparación adecuada por parte de la persona que tiene a su cargo un enfermo con demencia.

Hay que considerar que en la mayoría de los casos los pacientes EA no se comportan intencionalmente. Muchas veces el malestar de debe a cambios en el estado físico, sensaciones, emociones o sentimientos que experimentan pero no pueden expresar adecuadamente por la desestructuración de las capacidades cognitivas, sobre todo, la alteración en el lenguaje, cambios que para el cuidador principal no es fácil entenderlos.

Las presencia o ausencia de comportamientos atípicos varía mucho de un enfermo a otro.

Si bien estos comportamientos son manifestación de los cambios estructurales y funcionales experimentados en el cerebro, existen otros factores externos a la realidad de la persona que pueden precipitan las conductas de difícil manejo.

Podríamos concluir en síntesis, que el estudio revela:

*La franca prevalencia en el sexo masculino de los síntomas de alteración del comportamiento en el área sexual.

*Necesidad de adecuada capacitación del cuidador, ya que la mayoría de las desinhibiciones mejoran solo con estrategias de manejo.

*El delirio de celotipia por lo general necesita tratamiento farmacológico

*La observación de la conducta del enfermo muchas veces es justificada, ya sea como expresión de necesidades, ya sea por falta de control consciente de ciertos traumas pasados, entre otros.

Todas las personas aunque no tengamos ninguna enfermedad necesitamos que nos acaricien, nos toquen, nos abracen y nos hagan sentir queridos. también para los enfermos de Alzheimer

CONSEJOS PRÁCTICOS:

1. Debemos observar atentamente cual puede ser la causa del comportamiento sexual.
2. Recordar que no siempre se trata de una manifestación sexual sino expresión de otra necesidad, habrá que comprobar que no tiene calor o le molesta alguna prenda, si quiere ir al baño o se le ha escapado un poco de orina y quiere lavarse.
3. Ante el descarte de estas causas, hay que distraerlo sin reñirle ya que no entenderá las razones y si aun así continúan los síntomas, consultar al especialista para tratamiento farmacológico.

LA SEXUALIDAD nos acompañará desde el nacimiento hasta nuestra muerte. Irá cambiando con la edad, desde ser una sensación placentera y egocéntrica en el lactante hasta convertirse en...sentimiento fuerte y perturbador en la juventud y satisfactoria entrega a la pareja en la vida adulta. Al envejecer, irá declinando, AL ENFERMAR SE IRA MODIFICANDO pero, siempre estará presente.....

("La máquina sexual del varón". K. Purvis)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- *Arrondo Arrondo José Luis. *Historia íntima del pene*. Valencia: Nau Llibres; 2006.
- *Schover LR, Sensen SB. *Sexuality and chronic illness: a comprehensive approach*. New York: the Guilford Press; 1988.
- *Kolodny RC, Master WH, Jonson VE, Biggs MA. *Manual de sexualidad humana*. Madrid: Piramide; 1982.
- *Castelo-Branco C, *Sexualidad Humana. Una aproximación integral*. Madrid: Editorial Medica Panamericana; 2005.
- *Avis NE. *Sexual function and aging in men and women: community and population-based studies*. *J Gend Specif Med* 2000, 3:37-41.
- *McCary JL, Alvarez Gayou JL, Del Rio C, Suarez JL. *Sexualidad Humana de McCary*. México: Manual Moderno; 1999.

Dra. Isabel Alfaro

Medica Especialista en Neurología UNC
Directora de Memory T.A.U (Unidad de Atención de Trastornos de Memoria)
Ex Presidente de A.L.M.A (Asoc. Lucha contra el Mal de Alzheimer)
Diplomada en Salud Sexual. Universidad Abierta Interamericana
Córdoba, octubre 2011

LA EDUCACION PERMANENTE DEL ADULTO MAYOR COMO ESTRATEGIA SANITARIA

Las generaciones actuales de personas mayores de 60 años están asistiendo a un cambio paradigmático de la educación que acompaña el proceso continuo de envejecimiento poblacional. En 1973 se abrió la primera universidad para adultos mayores en Francia bajo los lineamientos de lo que actualmente conocemos como la educación permanente. Desde aquel entonces hasta la actualidad, se han ido sumando diferentes espacios y ámbitos de la educación para dar respuesta a la multitud de adultos mayores que se acercan a los dispositivos educativos para continuar aprendiendo y favorecer su calidad de vida.

Según señala P. Brasseul (1985) "...educación, actividad y tiempo libre son tres dimensiones de la vida, donde la combinación armoniosa, a todo lo largo de la existencia, es la condición necesaria para el bienestar de los hombres y el equilibrio de las sociedades". La educación permanente se ha convertido así, en el instrumento más eficaz para acompañar a la persona envejeciente en su tiempo liberado y en sus procesos de aprendizaje, de participación y de expresión de sus derechos y valores fundamentales, en una sociedad caracterizada por sus continuos y rápidos cambios.

En este marco, se hace necesario definir el alcance de la educación permanente para adultos mayores, sus ámbitos y espacios de aplicación y la importancia como estrategia de atención sanitaria para la población envejecida. Para ello haremos un recorrido por la situación actual de los adultos mayores y en el marco de los principios del "envejecimiento activo" postularemos la importancia de la educación permanente como estrategia promotora de la salud. En este aspecto, diferenciaremos distintas prácticas educativas y la incidencia en el ámbito preventivo, de acuerdo a la conjugación de aspectos tales como la concepción de envejecimiento que las sostiene, la conformación de la tríada docente – conocimiento y alumno, y la organización e instituciones desde donde se implementan.

Los adultos mayores hoy

En todo el mundo, la proporción de personas que tienen 60 años y más, está creciendo significativamente con más rapidez que ningún otro grupo de edad. Tal es así, que la nominación habitualmente utilizada para referir a este grupo etario "tercera

edad", se considera actualmente un reduccionismo que debe ser superado para destacar la variabilidad interindividual que presentan estas diferentes cohortes generacionales (se estima que ya más de cuatro generaciones conforman la "tercera edad"). La tipología más aceptada internacionalmente refiere a las personas adultas hasta los 55 años, personas mayores hasta los 75 años y ancianos a partir de los 75-80 años de edad. Si bien la edad cronológica es sólo un demarcador más, es necesario poner énfasis en la heterogeneidad de la población adulta mayor, en sus diferentes recursos y vulnerabilidades a los fines de lograr una mayor inclusión social en las políticas afines al sector.

El envejecimiento es sin lugar a dudas, un logro del desarrollo y las personas mayores constituyen nuevos recursos sociales; sin embargo hay también que destacar que en un contexto de aumento de la esperanza de vida de la población y de mejora de las condiciones de salud, se incrementa la longevidad de las personas mayores, aumenta su número y también el número de aquellas que tienen y tendrán mayores problemas de dependencia.

Este envejecimiento de la población y el "envejecimiento del envejecimiento" (así se denomina al mayor crecimiento de la población vieja o anciana que suele presentar mayor fragilidad y dependencia) ha ido acompañado de otros fenómenos sociales que resultan importantes para la consideración de las políticas públicas.

En la mayor parte del mundo desarrollado, el envejecimiento de la población fue un proceso gradual tras un crecimiento socioeconómico constante durante varias décadas y generaciones. En cambio, los países en vías de desarrollo están envejeciendo antes de que se produzca un aumento considerable de la riqueza y a un ritmo mucho más acelerado.

Además, estamos asistiendo a un fenómeno de transición epidemiológica donde las enfermedades crónicas no transmisibles aumentan considerablemente entre la población adulta y adulta mayor. Enfermedades como las cardíacas, la diabetes, la obesidad, el cáncer, etc. son las principales causas de morbilidad y generan una mayor discapacidad, dependencia y fragilidad en el envejecimiento.

Este envejecimiento poblacional se acompaña de grandes cambios en las estructuras y los roles familiares, así como en los patrones de trabajo y migración. La

urbanización, la migración de los jóvenes a las ciudades en busca de trabajo, el menor tamaño de las familias y un mayor número de mujeres que engrosan los activos del sector de trabajo formal significa que haya un menor número de personas disponibles para cuidar de los mayores cuando éstos necesiten ayuda.

De esta manera, los imperativos demográficos y las circunstancias sociales del envejecimiento tendrán consecuencias socioeconómicas que requieren de intervenciones sistemáticas y generales en el corto plazo para que las políticas sociales puedan dar respuesta a las demandas del nuevo colectivo de viejos.

En concordancia con las múltiples consideraciones internacionales (Plan de Acción Internacional Madrid sobre el envejecimiento 2002), una de las líneas más importantes de trabajo en relación a las personas mayores es apostar por las políticas de envejecimiento activo. Se trata de optimizar las oportunidades de salud, de educación, de participación y de seguridad, para promover la calidad de vida de la población a lo largo del curso vital.

¿Qué es el «envejecimiento activo»?

El envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Si bien, el envejecimiento activo se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población, en el presente trabajo se lo considerará en su dimensión social dado su pertinencia para el diseño y gestión de las políticas de este sector de la población¹. El acento puesto en el proceso de envejecimiento así como en la forma que debe darse, es fundamentalmente la visión integral que deben adoptar las políticas sanitarias a los fines de lograr mayores impactos y beneficios. *“Para fomentar el envejecimiento activo, es necesario que los sistemas sanitarios tengan una perspectiva del ciclo vital completo y se orienten a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el acceso equitativo tanto a una atención primaria como a una asistencia de larga duración de calidad”* (Vicente, 2011).

¹ Es discutible la aplicación del concepto de “activo” a la dimensión personal dado que la actividad se entiende generalmente como el hacer observable del sujeto, y se pretende, desde nuestro posicionamiento teórico, poner énfasis en aquellas actividades que involucren un hacer constructivo y reflexivo que facilite o promueva el desarrollo personal del sujeto (no necesariamente todas las actividades apuntan a ello).

El término «activo» se resalta haciendo referencia al derecho de la participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas. Las políticas que se enmarcan en el envejecimiento activo, buscan ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida para todas las personas a medida que envejecen, incluyendo aquellas personas frágiles, discapacitadas o que necesitan asistencia.

El término «envejecimiento activo» fue adoptado por la Organización Mundial de la Salud a finales de los años 90 con la intención de transmitir un mensaje más completo que el de «envejecimiento saludable» y reconocer los factores que junto a la atención sanitaria afectan a la manera de envejecer de los individuos y las poblaciones (Kalache y Kickbusch, 1997 en Vicente, 2011).

El planteamiento del envejecimiento activo se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los Principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos. Sustituye la planificación estratégica desde un planteamiento «basado en las necesidades» (que contempla a las personas mayores como sujetos pasivos) a otro «basado en los derechos», que reconoce los derechos de las personas mayores a la igualdad de oportunidades y de trato en todos los aspectos de la vida a medida que envejecen.

Las políticas y los programas del envejecimiento activo reconocen la necesidad de fomentar y equilibrar la responsabilidad personal (el cuidado de la propia salud), los entornos adecuados para las personas de edad y la solidaridad intergeneracional. Las personas y las familias necesitan planificar su vejez y prepararse para ella, y llevar a cabo esfuerzos personales para adoptar prácticas de salud positivas y personales en todas las etapas de la vida. Al mismo tiempo, se requieren entornos favorables que posibiliten la expresión singular de los adultos mayores participantes y promuevan así, los procesos de cambio y desarrollo personal, la generatividad y el compromiso social.

Se debe considerar que las personas que permanecen sanas a medida que envejecen tienen menos impedimentos para continuar con sus actividades de la vida diaria y requieren de menos tratamientos farmacológicos y asistencia médica. Las

vejeces no necesariamente están asociadas con el aumento del gasto sanitario; lo costoso es la discapacidad y la fragilidad biológica, psicológica y social que con frecuencia está asociada a la edad avanzada.

Ya en 1996, en la Declaración de Brasilia de la OMS, se señaló que "*El envejecimiento está ligado al desarrollo. Las personas mayores saludables son un recurso para sus familias, sus comunidades y la economía*". Para ello es importante llevar a cabo las políticas adecuadas que permitan influir sobre la salud y la calidad de vida de la población mayor. Entre los ejes de intervención de las políticas sociales para los adultos mayores debe contemplarse en particular, la EDUCACION PERMANENTE, por la posibilidad que la misma implica de prevenir, aliviar y/o retrasar los problemas propios de la edad (Volz, 2000; Schaie, 2003; Giro, 2006; Fernández Lopiz, 2002; Botella, 2005).

La educación permanente del adulto mayor

La educación permanente se entiende como un proceso de desarrollo personal y social que dura toda la vida, y por lo tanto, se la considera un derecho inalienable de las personas (Nairobi, 1976). Hay dos cuestiones, que son invisibles en el imaginario social acerca de la vejez, pero que se sostienen indiscutiblemente en la literatura científica sobre el tema. Dichas cuestiones refieren a lo siguiente:

-se puede aprender durante toda la vida, no hay límites dados por las condiciones biológicas asociadas a la edad ni por los marcos sociotemporales y experienciales del sujeto que aprende.

-se concibe la educación como un proceso inacabado en el que permanentemente se van revisando "las nuevas verdades" del conocimiento.

De acuerdo a estas premisas, la educación en todas las etapas de la vida, es un derecho y una necesidad para acompañar el buen envejecimiento y la integración social en una sociedad que cambia a ritmos vertiginosos e impredecibles. Por una parte, las características del mundo actual se convierten en resortes de la necesidad de la educación permanente para todas las edades. Y en tal sentido, la educación es un elemento estratégico de innovación y desarrollo productivo que capta también las necesidades de aprendizaje y adaptación de los adultos mayores. "*La vida moderna*

ofrece mejores oportunidades y opciones a los ciudadanos, pero también entraña mayores riesgos e incertidumbres. La nueva sociedad de tecnología, información y comunicación conlleva peligros y oportunidades. La oportunidad de nuevos alfabetismos (informático, tecnológico, técnico, científico, etc.) constituye un riesgo para las sociedades modernas al incrementar la desigualdad, inequidad y exclusión entre sus miembros y colectivos. Una de las funciones del aprendizaje a lo largo de la vida es minimizar este peligro" (Vicente, 2011).

Por otra parte, el crecimiento de la expectativa de vida, ha generado también que muchos envejecientes sean modelos de sí mismos, dado que estas generaciones de ancianos no tienen precedentes en la historia. Ello los posiciona en una transición, en la que ya es observable una modificación en los roles tradicionales de los adultos mayores, y donde la educación puede ser un disparador para la reflexión y revisión de los distintos modelos de vejez y del lugar que ocupan en la sociedad.

En definitiva, la educación como derecho inalienable para todos los seres humanos y durante toda la vida, *"toma el sentido para cada individuo y para la sociedad de "inversión", en la que se es agente promotor de salud y bienestar para tiempos venideros"* (Petritz, 1999).

En las últimas décadas, se han conformado diferentes dispositivos de educación de las personas mayores constituyéndose en un fenómeno emergente que sigue redefiniendo sus objetivos, alcances y estructuras (Yuni, J. y C. Urbano, 2008), pero que han logrado la asociación que al decir de P. Brasseul parecía extraña: educación y personas mayores. Estamos asistiendo a una mayor visibilidad del derecho que los adultos mayores tienen de participar de los claustros educativos formales y no formales para promover así, su subjetividad y el desarrollo personal.

Para dar respuesta a ese derecho a la educación a lo largo de la vida, las instituciones, no solo las educativas, diseñan y desarrollan ofertas variadas de formación y participación para las personas mayores, con una multiplicidad de formatos, enfoques y orientaciones diferenciadas.

En el ámbito nacional, se ha generado una oferta fragmentada y jerárquica que enmascara procesos de selección y jerarquización social : *"Así, diferentes autores (Dal Ferro, 1996 y 1996; Arnold y Costa, 1996) describen en distintos países la*

progresiva implantación de un circuito de oferta educativa académica (orientado a la clase media y media-alta, con capacidad de consumo y buen nivel educativo) y otro más recreativo o de animación socio-cultural (orientado a la clase media-baja, con capacidad limitada de acceso a los bienes culturales)" (Yuni, J. y C. Urbano, 2008).

En nuestro país, esto puede verse reflejado en la consideración general que existe sobre los ámbitos diferenciados de la educación no formal constituidos por un lado, por las aulas de programas educativos de adultos mayores dependientes de las universidades y por otro lado, de las experiencias que surgen de los contextos de organizaciones no gubernamentales como los centros de jubilados con el financiamiento político y económico del INSSJP (PAMI).

-Los Programas Universitarios de Adultos Mayores: desde 1983 en Argentina, y en el contexto de las instituciones universitarias, han surgido distintas propuestas de educación de las personas mayores que hasta la actualidad brindan sus servicios a gran parte de la población mayor de 50 años de edad. Los objetivos que han planteado los programas hasta hoy, se aglutinan en los siguientes: mejorar la calidad de vida, promover el desarrollo personal y brindar algún tipo de formación específica (López La Vera, 2011²). El carácter universitario se define por el carácter científico de la selección curricular, el perfil académico de los profesores (en su mayor parte docentes de la misma universidad), el énfasis en la transmisión de contenidos de calidad y fundamentados, y la articulación con tareas y procesos de investigación tanto en el aula de mayores como con proyectos de investigación de la universidad (Petritz, 1999 citado en Yuni, 2011). De este modo la Universidad, con su función académica, científica y tecnológica está orientada a dar respuesta a las problemáticas cotidianas de la sociedad, y a través de las investigaciones de las prácticas busca generar respuestas pluralistas.

Si bien la mayor parte de los programas de educación no formal de adultos mayores de la Argentina no establecen formalmente requisitos de escolaridad mínima para el ingreso, pareciera que existe una "barrera invisible" en la oferta institucional ligada a las universidades (Yuni, 2001; Yuni y Urbano, 2008). En muchos casos, la

² La autora lo señala en función del contexto latinoamericano de los programas educativos de adultos mayores, de los que no es excepción nuestro país. No obstante, hay singularidades que marcan el desarrollo de estos programas en cada país.

propia sistematización de las propuestas curriculares ligada exclusivamente al soporte textual puede ser un obstáculo para algunos; en otros la mirada prejuiciada sobre la exclusividad de la institución universitaria para unos pocos ligados al conocimiento académico puede eventualmente operar como selección social sesgando la oferta hacia los grupos de mayores recursos culturales y sociales.

- Los talleres sociopreventivos PAMI: la obra social del INSSJP, ha implementado los talleres sociopreventivos PAMI que desde el marco de la educación permanente, se han ido instalando en los diferentes centros de jubilados en la primera década del 2000³. La oferta educativa de dichos espacios, se liga puntualmente a los talleres de movimiento (yoga, aeróbic, danzas, etc.), a los talleres de expresión artística (teatro, coro, canto, etc.) y a aquellos de educación para la salud (estimulación de la memoria, educación nutricional, charlas médicas sobre diferentes temáticas, talleres de reflexión, etc.). Estos espacios se constituyen en el seno de las organizaciones barriales donde se pone de manifiesto una mayor autogestión de los propios adultos mayores; tanto en la elección de las temáticas como en la convocatoria de los encuentros, son los adultos mayores quienes recomiendan entre sus pares la asistencia a estos espacios, gestionan los medios de implementación y evalúan su continuidad. En trabajos anteriores, se puso en evidencia que el centro de jubilados es concebido por sus usuarios como "satisfactor de necesidades básicas" entre lo que destacan el lugar de encuentro que constituye para los jubilados autónomos e independientes (Tarditi, 2003). Allí, los talleres se organizan con grupos reducidos de participantes y una de las particularidades es que la mayoría de ellos se conocen o tienen vínculos en común, dado que prima la pertenencia al barrio o sector de la ciudad en la que se encuentra la organización.

El denominador en común de estas propuestas educativas para las personas mayores, los programas universitarios y los talleres sociopreventivos de Pami, es que

³ Di Césare (2008) explicó que se trata de "un programa estratégico" basado en tres ejes: envejecimiento activo, educación para la salud integral y derechos y ciudadanía de los mayores", se crearon 4.200 talleres en centros de jubilados, clubes, centros de salud y otras sedes comunitarias, en muchos casos mediante convenio con los municipios. Cabe aclarar que estos talleres, no se han incluido en el UPAMI, sino que continúan desarrollándose en los centros barriales.

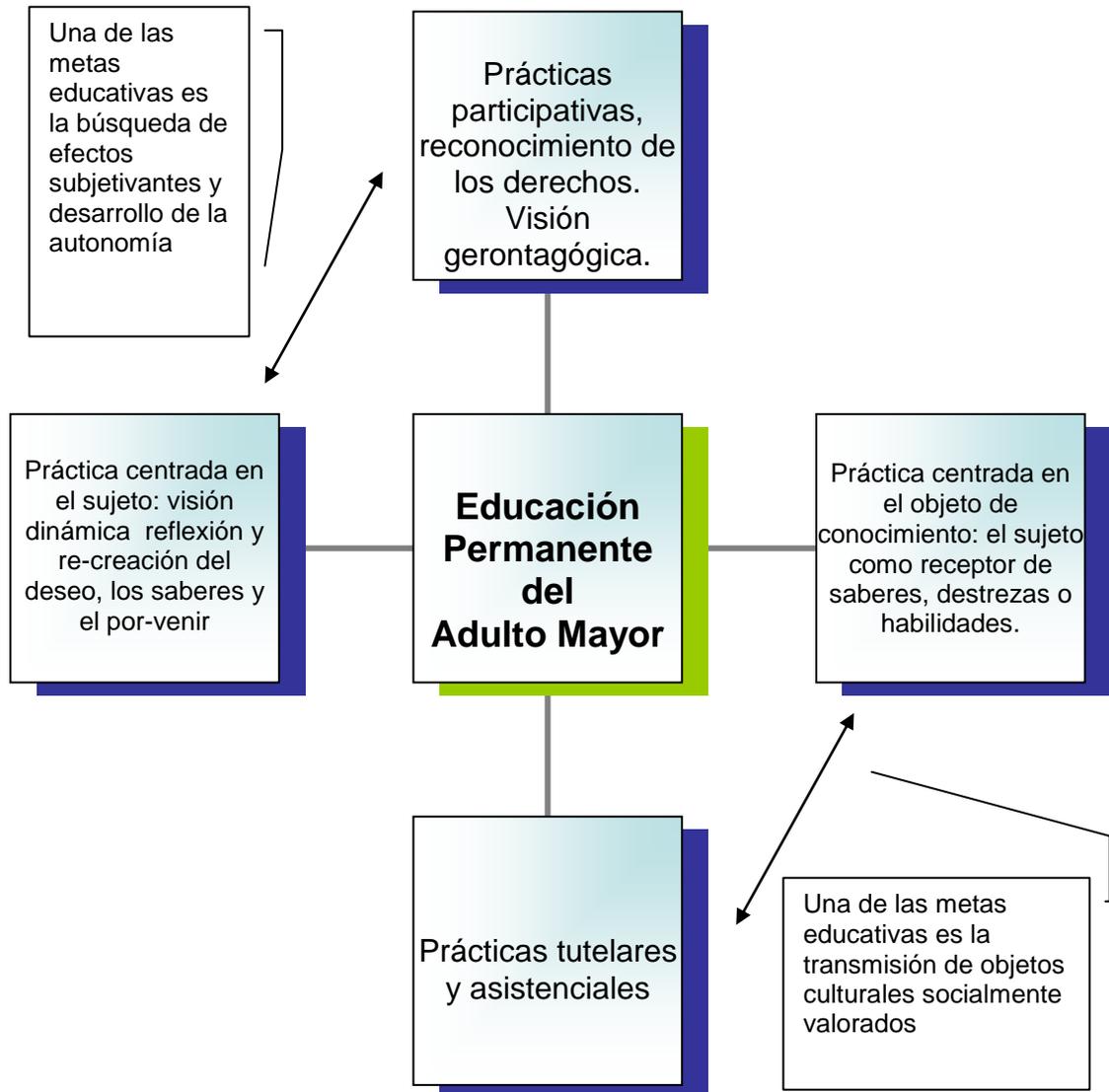
resaltan la educabilidad del sujeto mayor en términos de sus intereses y posibilidades (en contraposición con la visión deficitaria, ampliamente extendida en nuestra sociedad, que pone énfasis en el deterioro y el desinterés en el envejecimiento). En trabajos anteriores, y en el marco de la Ecología de la Vejez, se puso de manifiesto el imaginario social de los modelos organizacionales de los programas educativos y de los talleres sociopreventivos de PAMI, donde se condensan una serie de representaciones de las personas mayores como sujetos con potencialidades por desarrollar y con capacidades por mantener e incrementar (Tarditi, 2003). Podríamos decir entonces, que ambos espacios están conformados como proyectos institucionales proactivos para el adulto mayor.

Una de las diferencias que podemos marcar es en cuanto a la valoración social que se realiza sobre las particularidades de cada uno de estos espacios educativos. Tal como se señalara anteriormente, los programas educativos universitarios tienen una imagen más ligada a una actividad socialmente valorada (quizás por la misma vinculación con la universidad como institución social del conocimiento científico) y relacionada con los nuevos modelos de envejecer, dado que además por el gran número de participantes mayores han adquirido mayor visibilidad social. Por el contrario, las actividades educativas que se realizan en los centros de jubilados han quedado asociadas en el imaginario social, con aquellas actividades de recreación limitadas al entretenimiento o la ocupación del tiempo libre. Estas últimas quizás, al estar atravesadas por una institución de índole social, donde no prima lo educativo, no responde al prototipo de "aula tradicional" posibilitando mayor flexibilidad y creatividad en el dispositivo educativo. Así, nos encontramos con una multiplicidad de talleres donde la dimensión referida a los procesos interactivos y formativos priman al igual que la construcción del conocimiento y las habilidades; donde el sujeto puede cuestionar y recrear – se a partir de los espacios educativos.

Sin embargo, se puede destacar que más allá de la procedencia e inserción institucional, las prácticas educativas de adultos mayores combinan distintos modelos pedagógicos que ponen en evidencia la concepción de envejecimiento y vejez sobre las que configuran sus prácticas, el objetivo y función de la educación y la organización de la tríada educativa: docente (posicionamiento en relación a los

participantes) contenido a desarrollar, y el lugar asignado a los participantes (concepción de aprendizaje en la tercera edad, posibilidades y limitaciones, etc.). En este sentido, cabe detenerse en aquellos aspectos que definen todas las prácticas educativas al margen de su procedencia institucional pero que a la vez, singularizan estos espacios.

A grandes rasgos, se puede esquematizar estas diferencias entre las prácticas en el siguiente gráfico:



Si bien, estas posiciones no son irreconciliables en las prácticas educativas, el análisis y la reflexión nos permiten apuntar a una mirada superadora de éstas, para valorar aquellas singularidades propias de la educación no formal de adultos mayores.

Consideramos que aquellas prácticas, que se originan en el marco del paradigma tradicional, donde las personas mayores son concebidas como beneficiarios de los servicios educativos, originan prácticas más bien homogeneizantes desde una perspectiva compensatoria. En general, esta perspectiva tiende a reproducir el modelo de aula tradicional, más centrado en las cuestiones de método y resultados que en los procesos educativos (Glendenning, 2000 citado en Yuni, J. y C. Urbano, 2008).

Por el contrario, en el otro extremo de esta esquematización, se encuentran aquellas prácticas educativas que pueden enmarcarse en el paradigma emergente donde las personas mayores son concebidas como sujetos de derecho y se impulsan procesos de autonomía y de innovación social. Estas prácticas democratizan los saberes y dinamizan el empoderamiento de los adultos participantes. En este contexto, adquieren suma importancia los procesos interactivos y formativos, que en el reconocimiento de la diversidad, promueven la reelaboración del proyecto identitario (en otros términos, la educación promueve la subjetivación y el desarrollo personal).

La combinación de estos componentes educativos, puede favorecer u obstaculizar los alcances de la educación permanente como estrategia sanitaria; generando posibles círculos viciosos, a saber:

- las imágenes positivas asociadas al envejecimiento y la vejez, el reconocimiento de los derechos ciudadanos y la importancia de la adquisición del empoderamiento promueven e incentivan la autogestión en el aprendizaje y la adquisición de nuevos saberes a los fines de recrear el pasado, el presente y el futuro y lograr un mayor protagonismo social.

- las imágenes de una vejez carenciada que debe ser asistida o tutelada en sus necesidades (para compensar déficits asociados a la edad) y que depende de la incorporación de los saberes socialmente valorados genera una posible dependencia y mayor pasividad ante el conocimiento.

En definitiva, la educación adquiere sentidos diferenciales en esta etapa de la vida y en tal sentido, todas las prácticas educativas tienden a generar mayor humanización a través del conocimiento. No obstante, si consideramos que la educación es una estrategia sanitaria en las políticas sociales, que puede enmarcarse en los principios del envejecimiento activo, necesariamente debemos revisar sus prácticas y fomentar aquellas en las que el adulto mayor como sujeto de aprendizaje, puede continuar e incluso promover su desarrollo personal y autónomo.

Nuevos interrogantes sobre la educación permanente como estrategia sanitaria

Ante los nuevos desafíos y retos que plantea el envejecimiento poblacional y la diversidad de la población mayor de 60 años, se hace necesario precisar propuestas de intervención educativa que promuevan el empoderamiento y la calidad de vida de los envejecientes.

La educación permanente, como manera dinámica de entender la educación, puede movilizar y brindar conocimientos que permitan la diversidad de los modelos de envejecer y a la vez, la generación de nuevas posibilidades de inserción social. Para optimizar estos resultados, las prácticas educativas con adultos mayores debieran ser sostenidas por los avances de los estudios gerontagógicos, dado las particularidades del sujeto de aprendizaje y la importancia de promover espacios generadores de efectos subjetivantes que redunden en mayor autonomía y calidad de vida del sujeto.

Cabe preguntarnos entonces: ¿cómo promover la importancia que tiene la formación de los profesionales implicados en la educación de adultos mayores? (tanto en la gerontología como mirada interdisciplinaria como en la gerontogogía como especificidad del estudio de la educación de adultos mayores); ¿cómo generar dispositivos educativos con mayor alcance entre la población más vulnerable o con un mayor estado de dependencia?; ¿como atraer a estos dispositivos a la población con menos recursos educativos o no alfabetizados? ¿cómo fortalecer desde las instituciones los movimientos autogestionarios de los adultos?...

Las posibilidades de desarrollar nuevos proyectos de educación permanente son muy amplias y es importante tener en cuenta las expectativas y consideraciones de los adultos mayores participantes y de aquellos que quedan excluidos, quizás por los mismos diseños del dispositivo. La historia de la educación permanente en el país ha

generado distintas experiencias con adultos mayores; éstas deben ser revisadas en función de las nuevas modalidades y circunstancias del envejecer y de los avances en los estudios de la educación de adultos mayores. De esta manera, la educación como estrategia sanitaria podrá avanzar al ritmo de las necesidades y particularidades de la heterogeneidad y diversidad de mayores.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

-BERZOSA ZABALLOS, G. (2009). Hacia una cultura del envejecimiento: ser persona mayor activa, relacionada y comprometida socialmente. En A. MARTÍNEZ MAROTO; L. GIL ROMERO; P. SERRANO MARZO y J.M. RAMOS MIGUEL. (coords.). *Nuevas miradas sobre el envejecimiento* (pp. 253-269). Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

-BRASEUL P .1985. L'éducation des personnes agées en France. Rev.Gerontologie et Societé. Cahier N°33.

-LOPEZ LA VERA, B. 2011. Programas Educativos para mayores en América Latina: los retos del inicio y los retos de hoy. Pontificia Universidad Católica de Perú. Presentado en el IV Congreso Iberoamericano de Universidades Para Mayores. CIUUMM 2011. Alicante, España (versión on-line).

- PETRIZ, G. 1999. La educación de los mayores: espacio para la construcción de una imagen de sí y del mundo actual. Primer Congreso virtual de Psiquiatría. www.psiquiatria.com/congreso.

-TARDITI, L. 2003. La satisfacción de vida del adulto mayor en distintos contextos institucionales. Tesis de Maestría en Gerontología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

-VICENTE, J.A. L. 2011. Las Universidades y los programas universitarios para mayores en la educación y formación (el aprendizaje) a lo largo de la vida. Universidad Complutense de Madrid. Presentado en el IV Congreso Iberoamericano de Universidades Para Mayores. CIUUMM 2011. Alicante, España (versión on-line).

-YUNI, J. y C. URBANO. 2008. Condiciones y capacidades de los educadores de adultos mayores: la visión de los participantes. Revista argentina de sociología. V.6 n.10 Buenos Aires (versión on-line).

-YUNI, J. y C. URBANO. 2011. Recorridos, limitaciones y posibilidades de las experiencias de educación no formal universitaria en Argentina. UNCA. Presentado en el IV Congreso Iberoamericano de Universidades Para Mayores. CIUUMM 2011. Alicante, España (versión on-line).

Liliana Tarditi

Lic. en Psicopedagogía

Magister en Gerontología

Especialista en Psicogerontología

Córdoba, octubre 2011

MISCELANEAS SOCIETARIAS

Entre el 28 y 29 de Octubre de 2011 en la sede del Salón Auditorio "Baterías D" – Calle Valparaíso y Enfermera Gordillo, de la Ciudad Universitaria se realizaron en Córdoba, Argentina, las III Jornadas en gerontogeriatría: "La demencia, un llamado de atención para todos". Las mismas tuvieron como propósito: generar un espacio de participación e intercambio de conocimientos y experiencias entre los miembros del equipo de salud y otros agentes, como base para el desarrollo de proyectos interdisciplinario e interorganizacional, que estimulen los factores protectores ante las demencias, para propiciar una mejor calidad de vida en los adultos mayores que asisten.

Se planificaron actividades académicas con metodologías diferentes: **conferencia** inaugural "Demencias: creencias y realidades"; **Panel**: "Técnicas e instrumentos para el diagnóstico diferencial"; **Panel**: "La sexualidad en el anciano demente"; **Panel**: "Resguardos legales"; **Panel**: "Estrategias de intervención con el anciano y su entorno"; **Panel**: "Estrategias de intervención socio-comunitaria"; **Trabajo grupal**: "Integración de aportes y experiencias"; **Conferencia** de cierre "Organizaciones efectivas para el trabajo con el anciano demente.

Al finalizar las Jornadas los participantes respondieron una planilla evaluativa de las mismas , cuyos resultados se expresan a continuación:

Total de evaluadores: 60		Total	Porcentaje	
Evaluación académica		Muy importante	33	55,00
		Importante	25	41,67
		Poco importante	0	0,00
		Sin datos	2	3,33
	En general las temáticas abordadas fueron	Muy claras	15	25,00
		Claras	27	45,00
		Poco claras	1	1,67
		Sin datos	17	28,34
		Suficientes	22	36,67
		Escasas	7	11,67
		Insuficiente	0	0,00
		Sin datos	31	51,67
	La metodología de las jornadas fue	Muy útil	24	40,00
		Útil	31	51,67
		Poco útil	4	6,67
		Sin datos	1	1,67
	Las Jornadas cumplieron sus expectativas	SI	50	83,34
		NO	6	10,00
		Sin datos	4	6,67
La organización del encuentro fue	Muy Bueno	31	51,67	
	Buena	27	45,00	
	Regular	2	3,34	
	Mala	0	0,00	

NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN EN LA REVISTA DE LA ASOCIACIÓN

La Revista de la Asociación Gerontogerítrica del Centro: "Prof. Dr. Mario Alberto Crosetto", (ISSN N° 1852-4230) de publicación trimestral, es el órgano de expresión de la misma. Se publican principalmente artículos originales de investigación y revisiones, al igual que notas clínicas, actualizaciones, informes y reseñas; consensuados por la AGGEC. Cubre todos los ámbitos de la gerontología, teniendo cabida artículos de áreas clínicas, biológicas, de ciencias sociales y del comportamiento; con editores específicos para cada área. Los trabajos siguen un proceso de revisión por jueces externos al comité editorial (peer review), cuya valoración es básica para decidir su publicación.

Posee las siguientes **secciones**:

- Editorial
- Artículos-Revisión-Reseña
- Misceláneas societarias
- Normas para la publicación en la Revista

La Comisión Directiva de la AGGEC establece las siguientes "Normas para la publicación de material informativo en esta revista:

1- Podrán publicar en la revista los profesionales que trabajen en relación con la geriatría y la gerontología. Se recibirá sólo 1 (uno) trabajo por autor, por número de revista; en caso de que un autor presente más de un trabajo y uno de ellos sea de producción grupal, se privilegiará este último. Se tendrán en cuenta para la aceptación de los trabajos la aplicabilidad y el interés de los mismos; en el entorno científico, social, cultural y profesional de la comunidad. Las opiniones vertidas en los trabajos son de exclusiva responsabilidad de los autores. Los trabajos no deben haber sido publicados total o parcialmente en otra revista u órgano de difusión. La propiedad intelectual queda reservada al/los autor/es debiendo solicitarse su autorización expresa en el caso de que su trabajo sea requerido para otros fines.

2- El material que se tendrá a consideración deberá ajustarse a la categorización y formas de presentación que se establecen seguidamente:

2.1- CATEGORIZACIÓN

- Editorial:** presentación de la revista o desarrollo de un tema de interés gerontogerítrico solicitado por el editor de la revista a expertos quienes, a título personal, procederán a su redacción. Se ha previsto una extensión máxima 900 palabras.
- Artículos de investigación:** trabajos producidos en el marco de un proyecto de investigación, la finalización de carreras de grado y post-grado o en el desempeño de la profesión. En todos los casos deberán ser inéditos. En el supuesto que formen parte de tesis o tesinas, deberán presentarse con el aval del director correspondiente. Extensión máxima 3.500 palabras, incluyendo la bibliografía..

- c. **Artículos de revisión:** deberán versar sobre temas controvertidos, nuevos conocimientos sobre viejos temas, situaciones éticamente cuestionables, entre otros. Extensión máxima 1.800 palabras, incluyendo la bibliografía.
- d. **Reseñas de libros,** comentarios de libros o estado del arte de temáticas gerontogeriatricas. Extensión máxima 1.800 palabras, incluyendo la bibliografía.
- e. **Misceláneas,** esta sección será de exclusivo uso de la AGGEC. Se incluirá en ella toda información que se considere relevante para el asociado: agenda de eventos, convenios firmados con otras asociaciones, actividades realizadas, etc.

2.2- FORMAS DE PRESENTACIÓN

La presentación de los trabajos deberá ajustarse a las siguientes normas.

- a. Deberán ser tipeados en Word (para Windows) con letra Arial 11, con justificación total y en hoja A4 con los siguientes márgenes: izquierdo 2,5 cm; derecho 1,5 cm; superior 2,5 cm. e inferior 1,5 cm. Interlineado sencillo; interpárrafo doble con sangría inicial de 1 tab. Título principal: Arial 14, centrado en mayúscula y negrita. Títulos secundarios: Arial 12, al margen en mayúscula y negrita. Con una extensión máxima de 3.500 palabras incluyendo bibliografía.
- b. Deberán presentarse tres (3) copias impresas del trabajo y otra en soporte magnético rotulado con el título y nombre de los autores del trabajo. Se deberá acompañar CV de los autores en soporte magnético y papel que contenga la siguiente información: datos personales (nombre, domicilio, localidad, provincia, código postal, teléfono con código de área, e-mail); datos profesionales y breve reseña curricular (títulos, desempeño laboral, cursos realizados, participación en congresos o similares, trabajos de investigación o publicaciones, dirección de investigaciones, integrante de jurados científicos, becas, representaciones, otras actividades profesionales) de los últimos 5 años; todos los cuales deberán estar relacionados con la geronto-geriatria. Una sola copia del trabajo deberá ser firmada por los autores, las otras sin identificación. La copia firmada permanecerá en Secretaría de la Asociación, no estando permitido a los integrantes del Comité Editorial el conocimiento del autor.
- c. Todos los trabajos deben ser precedidos por un resumen en idioma español e inglés de no más de 150 (ciento cincuenta) palabras en el que se deberá explicitar objetivos y ejes temáticos centrales desarrollados.
- d. Gráficos y tablas y otros archivos se presentarán:
 - a. Insertados en el texto en lugar que corresponda, con su epígrafe respectivo indicando número de gráfico o tabla y el titulo explicativo del mismo,
 - b. En formato jpg. con los respectivos texto, título y número.
- e. La presentación de las referencias bibliográficas o bibliografía se harán al final del trabajo y por apellido en orden alfabético, según las normas Vancouver; independientemente del orden en que fueron referidas en el texto.
- f. Las notas explicativas y las citas bibliográficas, se presentarán al pie de página pertinente, siguiendo las normas Vancouver.
- g. Los artículos de investigación deben seguir el siguiente orden: introducción (tema, problema, motivos, breve marco teórico y antecedentes), objetivo(s), identificación y definición de variables, interrogante(s) o hipótesis, material y método (población, muestra, técnica e instrumentos de recolección de datos, técnica de procesamiento

- de los datos), resultados, análisis y discusión, conclusiones y sugerencias y bibliografía.
- h. Los artículos de revisión deben seguir el siguiente orden: introducción (temática central a abordar, motivos de su elección, objetivo(s) del trabajo, contribución que el trabajo realizará a la comunidad científica y estructura adoptada para la presentación temática), desarrollo o cuerpo central del trabajo (subdividido en capítulos o partes si es necesario), conclusiones y sugerencias
 - i. Las reseñas de libro deben seguir el siguiente orden: introducción (presentación del libro: temáticas que trata y tipo de obra; presentación del autor(es): línea de pensamiento en que se enrojan y otros datos que se consideren relevantes); desarrollo o cuerpo central del trabajo (subdividido en capítulos o partes si es necesario), conclusiones y sugerencias
 - j. Las copias anónimas serán leídas por el comité editorial, quien informará a la Secretaría de la Revista sobre la viabilidad de publicación de los trabajos. En el caso que se considere que el material es no publicable, se elevará a la Secretaría de la Revista, con las observaciones pertinentes, para que informe a sus autores.
 - k. Los trabajos que sean declarados no publicables por razones de contenido y/o forma, podrán ser presentados nuevamente, con las correcciones indicadas. En ese caso, el recorrido de la evaluación será el ya citado, considerándose como de primera presentación.
 - l. El Comité Editorial, para garantizar su propia imparcialidad y su respeto por los objetivos de la revista, se hará conocer sólo por sus resoluciones.. El trato con los autores es responsabilidad de la Secretaría de la Revista.