

“Enlazando ideas, tejiendo vínculos”: acerca de la dinámica grupal en un taller para adultos mayores

Magdalena Bugge¹, Yesica Coullery², Andrés Pereira³, Manuela Propato⁴, Gastón Sena⁵,
Florencia Fontana⁶

Resumen

Este trabajo trata acerca de un taller recreativo y de estimulación cognitiva para adultos mayores en un Centro de Salud de la Ciudad de Buenos Aires de la República Argentina. Se reflexiona acerca de los movimientos realizados en el grupo, a lo largo de su transcurrir en el taller a través del tiempo. Los mismos se relacionan con cambios en relación a las demandas al equipo coordinador, el afianzamiento de redes y vínculos al interior del grupo y con un mayor desarrollo y riqueza de las producciones grupales tanto orales como escritas, sobre todo en relación a la posibilidad de modelar y fantasear.

Palabras Clave: estimulación cognitiva - adultos mayores – demandas grupales

Abstract

This paper is about a recreational and cognitive stimulation workshop for older adults in a Health Center of the City of Buenos Aires of Argentina.

It reflects the movements made in the group throughout time. These movements are related to changes in relation to the demands towards the coordinating team, the strengthening of networks and links within the group's members and with a greater development of oral and written group productions, especially in relation to the possibility to model and fantasize.

Keywords: cognitive stimulation - older adults – group's demands

¿Qué cuántos años tengo? (...)

La edad en que puedo gritar sin miedo lo que pienso.

Hacer lo que deseo, sin miedo al fracaso o lo desconocido...

Pues tengo la experiencia de los años vividos y la fuerza de la convicción de mis deseos.

(José Saramago- “Un poema sobre la vejez”)

Introducción

Se tratará la experiencia realizada durante dos años como coordinadores de un taller de estimulación de la memoria para adultos mayores, “Taller de las Buenas Ondas” (en adelante TBO), desarrollado en el Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 12 (CeSAC N° 12) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (en adelante CABA) en la República Argentina. El mismo, depende del Área Programática¹ del Hospital General de Agudos Dr. I. Pirovano de dicha Ciudad.

ISSUE N°2
DICIEMBRE
2017

Recibido:
03/07/2017

Aceptado:
30/08/2017

(1) Lic. en Sociología. Jefa de residentes de la RIEPS – maiabugge@gmail.com

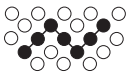
(2) Lic. en Psicología. Residente de 3er año de la RIEPS - yesica.coullery@gmail.com

(3) Prof. en Antropología- Residente de 3er año de la RIEPS - andres.m.pereira@gmail.com

(4) Lic. en Ciencias de la Educación. Residente de 2do año de la RIEPS - manuprop@hotmail.com

(5) Lic. en Ciencias de la Comunicación. Residente de 1er año de la RIEPS - grouchista@gmail.com

(6) Lic. en Sociología. Residente de 1er año de la RIEPS - fontanafb@hotmail.es



Bugge, Coullery, Pereira, Propato, Sena, Fontana

Este dispositivo, que consiste en encuentros recreativos y de estimulación cognitiva para personas adultas mayores, comenzó a ponerse en práctica en el mes de julio del año 2015 y es impulsado hasta la actualidad por el equipo de la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (en adelante RIEPS). La misma plantea la formación en servicio de profesionales de diferentes disciplinas, tales como las de los autores del presente escrito, en acciones de prevención de enfermedades, educación y promoción de la salud.

El territorio geográfico del Área Programática del Hospital Pirovano está ubicado en el norte de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En esta región residen los sectores sociales de más altos ingresos y de mayor cobertura de salud de la Ciudad.

La composición demográfica de esta Área, al igual que la de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se caracteriza por su creciente envejecimiento: el 22,3% de la población tiene 60 años y más².

El equipo RIEPS consideró importante el desarrollo de un proyecto de prevención de enfermedades y promoción de la salud orientado a la población adulta mayor debido a la caracterización demográfica del Área y al hecho de que el CeSAC N° 12 no contaba con un dispositivo de esta índole. En este sentido, se buscó complementar el trabajo asistencial desarrollado por los profesionales de salud con esta población. Plantear las intervenciones de salud en estas dimensiones es solidario con lo planteado en la Ley Básica de Salud N° 153/99 que rige el sistema de salud de CABA. La misma toma el concepto de salud integral, vinculándola no sólo a la atención médica, sino a la “satisfacción del conjunto de necesidades de las personas, tales como alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente”. También plantea la “participación de la población en los niveles de decisión, acción y control, como medio para promover, potenciar y fortalecer las capacidades de la comunidad con respecto a su vida y su desarrollo” (Ley N° 153/99).

Partiendo de la concepción de salud mencionada anteriormente y de la perspectiva de “envejecimiento activo” planteada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se presentan en este trabajo algunas reflexiones acerca del proceso grupal realizado por los

participantes del taller, centrándonos específicamente en la transformación de la demanda del grupo hacia el equipo coordinador durante el transcurso por el mismo.

Desde dónde nos posicionamos...

La Convención Interamericana de Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores de la OEA (2015) plantea el envejecimiento como “activo y saludable”. En este sentido, define al mismo como el “Proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, mental y social, de participar en actividades sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, y de contar con protección, seguridad y atención, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida de todos los individuos en la vejez, y permitirles así seguir contribuyendo activamente a sus familias, amigos, comunidades y naciones” (OEA, 2015).

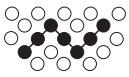
Siguiendo lo planteado por dicha convención, nuestra propuesta de trabajo se enmarca también en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), cuyos pilares fundamentales, definidos por la OMS (1978) son: la integralidad de las prácticas en el campo de la salud, la importancia del trabajo interdisciplinario, la participación de la comunidad en lo concerniente a la producción de salud, y el acercamiento de las acciones preventivo- promocionales a los espacios donde los diversos grupos viven su cotidianeidad. Esta estrategia es fundamental para garantizar el derecho a la salud de la población y para intervenir sobre los determinantes sociales de la misma.

Incorporando estas perspectivas acerca de la salud y el envejecimiento, el taller se propone como tarea principal la estimulación cognitiva, teniendo en cuenta las diversas dimensiones del proceso de envejecimiento. Por esto, es necesario sostener una mirada interdisciplinaria que complejice la lectura de las demandas y necesidades de los adultos mayores y que además permita realizar intervenciones más allá de lo meramente cognitivo.

Otra de las bases conceptuales del equipo reside en el énfasis en la promoción de la salud en sus prácticas.

(1) El Área Programática brinda cobertura a la población que habita en el área de su responsabilidad con sus características propias, demográficas y sanitarias, tratando de satisfacer sus demandas de salud a través de programas de Atención Primaria de la Salud, de acciones de Vigilancia Epidemiológica y Atención Médica.

(2) <http://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/>



“Enlazando ideas, tejiendo vínculos”: acerca de la dinámica grupal en un taller para adultos mayores.

La promoción de la salud se define, tradicionalmente, de una manera más amplia que la prevención de enfermedades, porque se refiere a intervenciones en un sentido positivo, que “no se dirigen a una determinada enfermedad o desorden, pero sirven para aumentar la salud y el bienestar generales.” (Leavell & Clark, 1976, p.19).

La promoción de la salud hace referencia al fortalecimiento de la capacidad individual y colectiva para lidiar con la multiplicidad de los condicionantes de la salud (Czeresnia, 2008). En este sentido, cobra relevancia el diseño de actividades para los adultos mayores que no sólo se orienten a prevenir el declive cognitivo causado por el envejecimiento normal, sino también promuevan la reflexión y la construcción de herramientas para poder enfrentar la multiplicidad de condicionantes de la vejez.

El diseño de proyectos orientados a la promoción de la salud de los adultos mayores presenta diferencias frente a propuestas basadas solamente en acciones preventivas, ya que los mismos también apuntan a acciones que promuevan la participación y cambios a nivel individual, familiar, comunitario, y/o institucional (Mora y Araujo, 2008). De esta forma, es necesario abandonar el tradicional enfoque del experto que otorga instrucciones y recomendaciones a un adulto mayor, que las recibe pasivamente, para ubicarse como un actor social más que ofrece conocimientos y herramientas a la comunidad a fin de realizar las actividades en forma conjunta. Esta perspectiva de trabajo considera a las personas como sujetos con capacidad para construir conocimientos, y en base a los mismos, significar, valorar y dar sentido a su mundo y a su práctica.

Por ello partimos desde el reconocimiento de 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, como así también los principios de independencia, participación, dignidad, cuidado y realización de los propios deseos. Este enfoque busca eliminar la discriminación y reconocer la diversidad existente en la manera en que envejecen las personas y las poblaciones, como parte del proceso de producción de acciones e intervenciones específicas para la población adulta mayor.

Para poder llegar a la diversidad de expresiones que implican la vejez y el envejecimiento es necesario

pensar en prácticas integrales que tomen en cuenta los modos diferenciados de envejecer, de concebir el envejecimiento, y de afrontarlo.

Repensando la vejez...

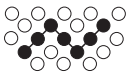
Tradicionalmente la vejez ha sido representada a partir de las nociones de jubilación, dependencia y enfermedad. En los últimos años se ha comenzado a transformar esta concepción, dado que los avances de la medicina han aumentado la esperanza de vida, y las exigencias actuales han modificado esta etapa de la vida: un número significativo de adultos mayores continúan participando en el mercado laboral (formal o informalmente), en el trabajo doméstico, en el cuidado de otras personas o en otras actividades por cuenta propia. Es decir, las representaciones negativas acerca de la vejez no se corresponden necesariamente con la vida cotidiana de las personas.

Tal y como lo plantea la gerontología crítica, la vejez es una construcción social, además de un fenómeno psicobiológico. Por lo tanto, son los condicionantes psico-sociales, económicos y políticos los que determinan y conforman las condiciones de vida y las imágenes sociales de las personas mayores (Aranibar, 2001). Este proceso no es idéntico para todos, sino que existen diferencias según el género, el nivel socioeconómico, el nivel educativo, el contexto social, los modos de vida y el impacto de los acontecimientos histórico-sociales que afectan el curso de la biografía personal.

Los prejuicios, estereotipos y representaciones sobre la vejez son históricos, sociales e ideológicos y están en interrelación con la idea de juventud. Vejez y juventud se constituyen en pares antitéticos, en que la vejez tiene una connotación negativa mientras que la juventud es el ideal al que aspira gran parte de la sociedad.

La reproducción de un conjunto de prejuicios y percepciones negativas estereotipadas sobre la población adulta mayor, denominado por R. Iacub (2011) “viejismos”³, también está presente en la percepción de los adultos mayores sobre sí mismos. La eficacia de estas representaciones reside en su carácter implícito y subyacente, y tiene implicancias en la autoestima de estas personas, ya que “los significados socialmente establecidos inciden en la construcción de las identidades en tanto esos códigos funcionan como

(3) Algunos ejemplos que circulan socialmente: las personas mayores son asexuales o sobresexualizadas (“viejo verde”); que tienen pensamiento rígido y poca posibilidad de cambio; se comportan como niños y son dependientes; que no entienden, son “viejos gaga”; entre otros.



Bugge, Coullery, Pereira, Propato, Sena, Fontana

descriptores que modelan a los sujetos.” (Iacub, 2011, p.34). Por este motivo, el equipo se propone tener una mirada reflexiva que permita cuestionar los discursos y sentidos acerca de la vejez y que colabore a que los participantes pueden cuestionar dichos significados y reconsiderar las identidades socialmente conformadas (Iacub, 2011).

El modo en que se concibe a la vejez conlleva determinadas maneras de intervenir en las problemáticas de este rango etario. Desde nuestra perspectiva de trabajo, las actividades planteadas, no son un fin en sí mismo, sino que deben responder a las necesidades y demandas de las personas destinatarias, es decir, una propuesta tiene que definir objetivos específicos y plantear actividades adecuadas para favorecer la reflexión y un aprendizaje significativo para los adultos mayores.

¿Cómo diseñamos los talleres?

El taller consiste en encuentros grupales con adultos mayores de una hora y media de duración con frecuencia semanal. Los mismos se llevan a cabo durante todo el año con un receso de verano, durante los meses de enero y febrero. El mismo se lleva adelante desde el año 2015 y, en la actualidad, el grupo está compuesto por aproximadamente 30 participantes cuya edad oscila entre los 60 y 90 años.

Desde el equipo definimos un taller como un “espacio de encuentro en el que un grupo de personas se reúne para pensar y aprender sobre distintas temáticas de una forma activa y creativa. Permite fortalecer la participación, la reflexión, la cooperación y la comunicación.” (Guía de Dispositivos de Intervención en Educación para la Salud, 2013, p. 20).

En este sentido, se busca conformar un espacio de pertenencia para propiciar la construcción y el fortalecimiento de los vínculos y redes sociales, como así también fomentar la accesibilidad al CeSAC y al sistema de salud. Este último concepto refiere al vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios a partir de una combinatoria entre las “condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios” (Stolkiner y Otros, 2000)

La metodología utilizada contempla dos líneas de trabajo: por un lado, estimulación cognitiva, y por otro, actividades que permitan compartir y reflexionar sobre distintas situaciones que se atraviesan en la vejez. Estas

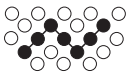
dos líneas cobran mayor o menor énfasis de acuerdo a los objetivos planificados para cada encuentro. Se desarrollan actividades individuales y grupales, y, de esta manera, se busca reforzar los lazos del grupo y el aprendizaje colectivo. La modalidad de los encuentros conlleva el uso de recursos didácticos tanto lúdicos como artísticos, que incluyen actividades con textos literarios, dramatizaciones, música, expresión corporal, cine-debate, entre otros, mediante los cuales se busca propiciar el intercambio de saberes, pensamientos, sentimientos y vivencias de cada participante.

“Se hace camino al andar”: transformación de la demanda de los adultos a lo largo del recorrido del taller.

Pichon Rivière planteó que la tarea grupal se lleva a cabo simultáneamente en dos planos: uno temático y otro dinámico. El plano temático es el relacionado al tema o contenido a abordar. En cambio, el plano dinámico se relaciona con los aspectos emocionales, vinculares, los modos en que el grupo va enfrentando los obstáculos y ansiedades que se le presentan en su tarea. (Aguiló y Losada, 2015). Es importante tener en cuenta que ambos planos presentan el mismo nivel de importancia en el trabajo grupal y es por ello que deben abordarse juntos. Como destacan Aguiló y Losada es fundamental “prestar atención a la dinámica grupal, en el sentido de cómo y desde qué inter-juego de roles el grupo afronta los obstáculos al aprendizaje. Las ansiedades saludables, las resistencias, los momentos grupales de estar centrados/as en la tarea y ser productivos/as, resolviendo e integrando” (Aguiló y Losada, 2015, p. 7), porque si los mismos no se elaboran pueden manifestarse como obstáculos a la tarea. Es por ello que es de interés del equipo, en esta oportunidad analizar algunos de los movimientos del grupo de adultos mayores que han acontecido a lo largo de su participación en el taller, tanto a nivel dinámico como temático, siempre mutuamente interrelacionados. Tomaremos como eje organizador de esta reflexión el movimiento en las demandas de los participantes del taller a la coordinación a lo largo del transcurso de su participación en el mismo.

Al comenzar el TBO las principales demandas que circulaban en el discurso de los participantes giraban en torno a la recuperación de la memoria en términos instrumentales. Algunas de las frases que hemos registrado de los primeros encuentros:

“Vengo porque noto que me falla la memoria” / “Vine porque no tengo memoria para nada” / “Necesitamos



“Enlazando ideas, tejiendo vínculos”: acerca de la dinámica grupal en un taller para adultos mayores.

cariño, comprensión, ejercitar la memoria” / “Curioso de conocer la técnica dado que estoy con inconvenientes con la memoria.” / “Vine con la ilusión de aprender, porque a veces me olvido, dejo la pava en el fuego.”

A partir de la explicitación de la modalidad de trabajo y su fundamentación por parte del equipo coordinador, así como también de la realización de las diversas actividades (lúdicas, artísticas, reflexivas, corporales, etc.) en que se puede ejercitar la memoria y otras funciones cognitivas, se logró ensanchar las concepciones que traía el grupo acerca de la memoria y su forma de ejercitarla.

A lo largo de los encuentros se han ido sucediendo distintas intervenciones por parte de la coordinación y manifestaciones/momentos del grupo que dan cuenta un cambio en la posición del mismo respecto de lo que buscan en el taller, y qué expectativas satisface éste. En este punto nos parece interesante sistematizar algunos de los mismos:

• **Organización de encuentros con dinámicas distintas a la propia de un día de taller convencional con el objetivo de favorecer los vínculos entre los participantes:**

Encuentros festivos dentro del taller con motivo del día del amigo, de la primavera, de fin de año, entre otros. Estos encuentros se propusieron como un espacio libre cuya única consigna era traer algo para compartir. En las primeras ocasiones, los adultos mayores no sabían qué hacer, la ausencia de una tarea direccionada generaba desconcierto, pero progresivamente empezaron a organizarse en pequeños grupos en relación a qué traer: degustar recetas favoritas, tocar un instrumento musical, compartir algún fragmento literario que los haya marcado, organizar juegos para sus compañeros, entre otros. De este modo algo lo singular de cada uno se ponía a jugar en el grupo.

• **Los participantes fueron apropiándose del espacio y generando espacios de confianza, habilitándose a plantear pedidos y demandas a los coordinadores y a la dirección del Centro de Salud:**

Han pedido una charla de un especialista en neurología acerca del funcionamiento cognitivo; en relación a los eventos comunitarios realizados para niños en el CeSAC, plantearon su deseo de que el Centro de Salud organizara un evento de esa índole para adultos. Estas propuestas fueron tomadas por parte del equipo y del CeSAC, y así, por ejemplo, se llevó adelante una peña

con música folclórica en el Centro de Salud abierta a la comunidad y los profesionales del Centro que favoreció otro tipo de vínculo entre los profesionales y los adultos mayores, así como también entre los mismos adultos.

• **Establecimiento de redes entre los participantes por fuera del espacio/tiempo del taller:**

algún participante acompaña a la consulta médica a otro; se llaman por teléfono para avisar en caso de faltar al taller, o se acercan al inicio del mismo para dar aviso a los coordinadores si algún participante tuvo algún inconveniente; se organizan salidas para tomar un café; una vez al mes van al cine, etc.

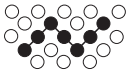
• **Habilitarse a imaginar y jugar con la fantasía:**

en distintas propuestas vinculadas a la creatividad y la producción autónoma de narrativas y relatos literarios de distintos géneros, el habilitarse a imaginar y jugar con el lenguaje permitió que los participantes del grupo, progresivamente y según sus particularidades, puedan expresarse y empiecen a circular complicidades y códigos compartidos. Por ejemplo, el uso del doble sentido del lenguaje, y la risa que conlleva, en conversaciones ligadas a la sexualidad.

De este modo, la construcción de vínculos con los pares tanto dentro como fuera del grupo, y los efectos de éstos en cada participante, que consideramos que se fueron dando a la par de los movimientos planteados anteriormente, da cuenta de que la necesidad de los adultos mayores está ligada a algo más que el olvido. En la reunión de cierre del taller del año pasado, a partir de una evaluación de lo trabajado en el año, una de las participantes manifestó: “Ya no nos importa la memoria, ahora queremos conseguir un novio”, mientras otras asentían con la cabeza. En este espacio donde la memoria como problema es olvidada, es el presente y la presencia lo que cobra relevancia.

Reflexiones finales

El desplazamiento de la demanda inicial de los participantes es uno de los aprendizajes que trajo la



Bugge, Coullery, Pereira, Propato, Sena, Fontana

experiencia a lo largo de los años. Al transcurrir los encuentros del taller observamos un cambio en las demandas de los adultos mayores y después de un tiempo encontramos en el discurso de los participantes a la satisfacción, la vitalidad y la alegría como componentes asociados a la conformación del grupo.

En esta experiencia notamos que la preocupación por la memoria se convirtió en un medio para armar lazos con otros, compartir un espacio de pertenencia que los aloja y posibilita el encuentro. Sin duda, la tarea ocupa un lugar central pero lo más interesante es a dónde nos lleva. Consideramos que éste es el horizonte que guía nuestras propuestas y actividades para adultos mayores.

13. Regalado Doña, P. (2002). "Envejecimiento activo: un marco político." *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37: 74-105. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf> (Obtenido el 17/04/17)
14. Stolkiner, A. y otros (2000). *Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso. La Salud en Crisis – Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires, Argentina: Dunken.

Referencias bibliográficas

1. Aguiló, E. y Losada, A. (2015). Los grupos y la intervención comunitaria. Recuperado de www.procc.org (22-06-2017)
2. Aranibar, P. (2001). Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina, Serie población y desarrollo, núm. 21, Santiago de Chile: Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).
3. Czeresnia, D. (2008). "El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción". En Czeresnia, D. y Machado de Freitas, C. *Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
4. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud – RIEpS (2013). *Guía de dispositivos de intervención en Educación para la Salud. Reflexiones en torno a la práctica*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
5. Iacub, R. (2011). *Identidad y Envejecimiento*. Buenos Aires: Paidós.
6. Iacub, R. y Sabatini, B. (2012). *Psicología de la mediana edad y la vejez*. Mar del Plata, Argentina: Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata. Ministerio de Desarrollo Social.
7. Leavell, H. y Clark, E.G. (1976). *Medicina Preventiva*. San Pablo, Brasil: McGraw-Hill.
8. Ley N° 153/99 Básica de Salud (C.A.B.A.) Disponible en: http://www.buenosaires.gob.ar/areas/leg_tecnica/sin/normapop09.php (Obtenido el 27/06/2017)
9. Mora Y Araujo, M. (2008). *La educación para la salud. Un enfoque integral*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.
10. OEA (2015). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*. Disponible en:
11. http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp (Obtenido el 27-06-2017)
12. OPS/OMS (2007). *La renovación de la Atención Primaria de la Salud*. Documento de posición.