

CONFERENCIA:

*Envejecimiento: un enfoque interdisciplinario e integrador**

Congreso de la Sociedad Uruguaya de Gerontología y Geriatria. Abril 2009.



Dra. Graciela Zarebski

zarebski.graciela@maimonides.edu

INTRODUCCIÓN

Tomé el lema de este congreso como título para mi conferencia por resultarme muy acertado. Felicitaciones: es un congreso gerontológico que responde en su lema a los requerimientos de nuestro tiempo y es a esto a lo que me voy a referir.

En primer lugar, destacar el envejecimiento como el concepto central en el desarrollo actual de la Gerontología, a tal punto que este término, *Gerontología*, ya no nos está sirviendo

En segundo lugar, plantearnos qué se requiere para que el envejecimiento reciba un enfoque integrador, para lo cual nos preguntaremos, por empezar: ¿integrador de qué?

- De nuestros programas (políticas integradas de Desarrollo Humano y de Salud)
- De los diferentes niveles de asistencia
- De nuestros equipos profesionales
- De prevención, asistencia y rehabilitación
- De enfoques teóricos

Haré mención a las herramientas con las que contamos para dar cumplimiento a estos objetivos:

- Trabajo interdisciplinario
- Constitución de redes sanitarias
- Que trabajen en conjunto con las redes comunitarias.

Pero no seremos eficaces en la propuesta que le hagamos a la sociedad respecto al cambio en los programas de asistencia, hasta que no revisemos y nos replanteemos qué pasa con nosotros como profesionales, ¿Y nuestra formación? ¿Y nuestros programas de intercambio?

* Trabajo basado en capítulos escritos por la autora para los siguientes libros: *Envejecimiento, Memoria Colectiva y Construcción de Futuro*. IIº Cong. Iberoam. de Psicogerontología. 2007. Montevideo; *Neurociências na Melhor Idade*, compiladores: L. E. L. Ribeiro do Valle, G. Zarebski, E. L. Ribeiro do Valle. 2009. S. Pablo. Tecmedd; *Avances y Propuestas en Psicogerontología*. México. Pax México (en prensa).

Por eso es importante el lema de este congreso, porque promueve ya desde su título un espacio para que reflexionemos acerca de esto, para que nos autocuestionemos cómo estamos trabajando nosotros, cómo nos formamos para ese trabajo que proponemos sea integrador y dinámico. Somos integradores y dinámicos?

Entonces voy a agregar, como herramienta fundamental para el logro de la integración:

- La capacitación de los profesionales, que promueva esa mirada integradora.

Finalmente, aplicaré esta propuesta al campo de más reciente formación en la Gerontología: la Psicogerontología.

INTEGRACIÓN DE PROGRAMAS Y DE DIFERENTES NIVELES DE ASISTENCIA

Respecto a la integración de nuestros programas (políticas integradas de Desarrollo Humano y de Salud) y de los diferentes niveles de asistencia, la herramienta insoslayable es la conformación de **redes sanitarias y comunitarias** trabajando conjuntamente.

Las condiciones del envejecimiento constituyen un entramado complejo y requieren como respuesta una trama compleja de prestaciones que se deben poner en juego con la finalidad de sostener el envejecer en términos de salud social, mental y física.

La problemática de nuestra población mayor ha padecido y padece de modo muy especial la carencia de modelos de atención integrales, eficaces y accesibles, en una etapa de la vida caracterizada por la extinción progresiva de las redes personales de apoyo. (Sluzky, 1998).

Consideramos – de acuerdo con los últimos desarrollos internacionales – que la regionalización sanitaria y la conformación de una red de atención gerontológica, constituyen la forma organizativa más eficaz a fin de lograr la articulación de los recursos existentes en los ámbitos de salud con los que hacen al desarrollo social, incrementar su eficacia y avanzar en la inter - sectorialidad con otros agentes comunitarios.

La Red de Gerontología que se conformó en el ámbito de los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires (Zarebski, G. y otros, 2002) con estos objetivos, promueve además el desarrollo de nuevos recursos, tanto físicos como humanos, con la finalidad de permitir modalidades de atención que puedan dar respuesta a la problemática del envejecer y la vejez, teniendo en cuenta aspectos preventivos, asistenciales y de rehabilitación, a través

de equipos interdisciplinarios, restableciendo así el enfoque integrador bio – psico – social de la persona que envejece.

Los modelos internacionales de atención gerontológica de avanzada hacen hincapié en la mayor inversión de recursos en los programas preventivos y de abordaje comunitario, a fin de promover un envejecimiento resiliente y conservar al sujeto integrado a su medio familiar y social el mayor tiempo posible, evitando y/o postergando su internación geriátrica, recurso mucho más costoso tanto en el aspecto humano como económico.

Si bien la Red de Gerontología - que actualmente forma parte del Programa de Salud para Adultos Mayores - privilegia el primer nivel a fin de garantizar mayor accesibilidad, es una herramienta articuladora de los tres niveles de atención, lo cual aporta mayor eficacia asistencial y optimiza la utilización de la capacidad instalada. En las reuniones de la Red de Gerontología, la articulación entre los tres niveles de atención es el tema habitual.

Además promueve la salida de los equipos interdisciplinarios de salud a la comunidad, con la finalidad de articular acciones con todos los actores sociales (nivel comunitario e intersectorial de la Red). Respecto a las articulaciones intersectoriales que complementan una tarea eficaz en Atención Primaria y en el marco del trabajo en red, estamos avanzando en un paso muy importante hacia la integración del Hospital Público con la comunidad y las instituciones que la conforman: el armado de redes comunitarias con las instituciones de y para adultos mayores de la zona de cada hospital.

La perspectiva de la Red de Gerontología apunta a poner el acento en el desarrollo creativo de servicios de atención diurna integral, así como también a la implementación de unidades especializadas de internación de agudos que permitan una externación programada de acuerdo con una evaluación interdisciplinaria de los recursos familiares y comunitarios, a fin de programar la atención domiciliaria más adecuada a cada caso.

Bajo estos principios, se han organizado desde el PROSAM, grupos de trabajo de gerontología en casi todos los hospitales públicos de agudos, los cuales, junto con las unidades de geriatría ya existentes, tienen por finalidad nuclear a los profesionales de distintas disciplinas y áreas de cada establecimiento, con experiencia y vocación gerontológica.

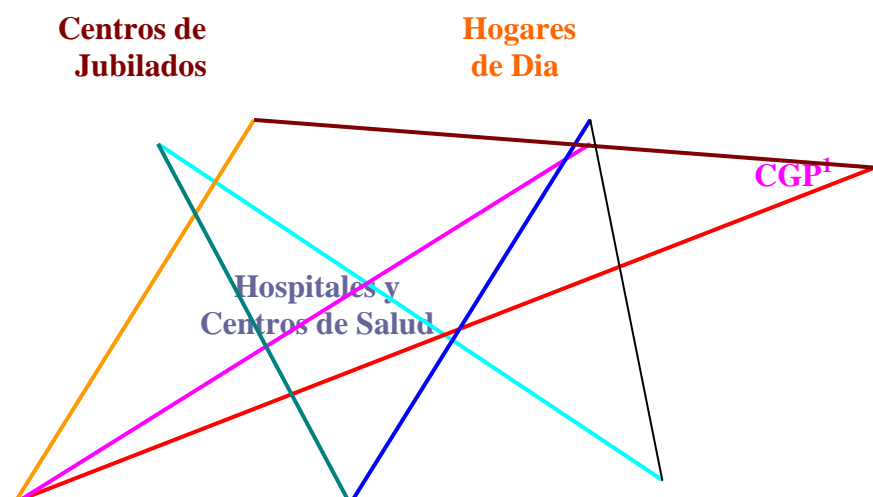
A partir de estos puntos nodales, se propone tejer una trama con la comunidad de la zona de cada hospital, para poner la atención al servicio de sus necesidades.

Es así como los coordinadores y otros integrantes de los diversos grupos de trabajo, se reúnen mensualmente con el objetivo de intercambiar información, investigar las condiciones socio-sanitarias de quienes demandan atención, aunar esfuerzos y debatir cuestiones comunes a fin de elaborar propuestas de mejora de los recursos existentes, como ser: creación de hospitales de día, formación de equipos de atención domiciliaria, elaboración de programas preventivos, de capacitación, etc.

Pero esto sólo se puede lograr si se cumple un requisito: que estos equipos hospitalarios se reúnan periódicamente con los representantes de las instituciones de la zona: centros de jubilados, sociedades de fomento, grupos de voluntarios, instituciones religiosas, para escuchar sus demandas, ayudarlos a organizarse como red de apoyo a fin de actuar en el ` antes ´ evitando la patología y en el ` después ´ de la intervención hospitalaria, con la finalidad de reinsertar al anciano en su medio.

Así, enlazando a los que detentan el saber académico y científico, con aquellos que – porque saben de los dolores cotidianos – adoptan una posición de lucha activa y solidaria y anudando, además, a la red, a todos los programas que llevan a cabo los distintos Ministerios – hogares de día, centros de educación no formal, talleres culturales, programas deportivos- se va tejiendo una trama que tiene en cuenta el contexto local y que constituye el único modo de garantizar que no se superpongan y malgasten recursos; se optimice, por lo tanto, la utilización de los recursos existentes; el sistema de salud sea solidario; sea flexible y abierto al cambio; por lo tanto, que el poder de decisión se comparta democráticamente; que dé cabida a la participación activa de todos los actores intervinientes en el proceso de salud: el adulto mayor, su familia, sus recursos barriales, los programas oficiales y también, su obra social y los prestadores privados.

RED DE GERONTOLOGIA



1. Centros de Gestión y Participación

INTEGRACIÓN DE PROFESIONALES, ABORDAJES Y ENFOQUES TEÓRICOS

El armado de redes sanitarias y comunitarias constituye el mejor marco para estimular el trabajo interdisciplinario y dinamizar la tarea gerontológica. Pero estos son desafíos que todavía nos resulta difícil concretar por múltiples factores que requerirían un análisis más profundo.

En nuestros países, desde mi experiencia trabajando con alumnos de Latinoamérica, se trabaja desde un modelo de riesgo basado en la patología, el deterioro y la rehabilitación. Es muy poco lo que se hace en el tema prevención, los programas que se definen como preventivos no están implementados desde lo interdisciplinario, por lo que no trabajan integralmente. También se implementan talleres totalmente desarticulados y sin seguimiento.

El desafío es lograr que las políticas dirigidas al adulto mayor desde el estado abandonen los modelos médicos clásicos y el modelo de riesgo que hemos heredado, integrando los factores de protección que nos permitan diseñar programas de prevención que tengan como meta un envejecimiento saludable.

Como sabemos, es imposible pensar en el envejecimiento aislado del contexto sociocultural e histórico. Se puede decir que hay una modalidad de vejez propia de cada tiempo y lugar. Y entonces mi pregunta es: **¿Es lo mismo el envejecer de hoy en Latinoamérica, a las puertas del 2010, que el envejecimiento en las primeras décadas del siglo veinte, cuando se establecieron los parámetros básicos de la geriatría y luego de la gerontología a nivel mundial y se organizaron las sociedades científicas?**

Hoy en día somos partícipes de un cambio de paradigma en la Gerontología, que incluso nos debería llevar a replantear su denominación: ¿es nuestro objeto de estudio el geronte y la vejez?

Hasta las últimas décadas del siglo veinte, la cuestión parecía más simple: los pocos que llegaban a viejos (más de 60 años en aquella época) eran considerados *ancianos* y tenían dos opciones: o apoltronarse en sus sillones a contar sus historias a los nietos, *jubilados* de la vida o vivir enfermándose y yendo de consulta en consulta. Había menos opciones en la atención y los límites entre las edades estaban más marcados.

Hoy en día estamos viviendo cambios culturales y científicos que, al poner sobre el tapete la complejidad del ser humano, develan su riqueza y la apertura de nuevas posibilidades, aún en el envejecimiento.

Si bien sentimos, por lo general, el agobio por tantos desvíos de la cultura actual y, respecto al envejecimiento, aún persisten ideas prejuiciosas y verdaderos maltratos que inevitablemente nos vuelven pesimistas, no debemos desconocer que hay en juego fuerzas de signo contrario que representan lo mejor de lo humano y nuestra tabla esperanzadora.

Las sociedades contemporáneas son más abiertas al reconocimiento de nuevas identidades y estilos para todas las edades. La vida ya no se construye con un sentido unitario. Los moldes se han quebrado. Los mandatos incorporados, como ecos de aprendizajes asimilados de modo no reflexivo, ya no nos determinan.

En la actualidad, en que los criterios universales de verdad fueron reemplazados por múltiples universos de discurso y de estilos, de ideales a alcanzar, asistimos a la construcción de identidades variadas: la flexibilización en la asunción de roles por sexo, la participación social de minorías y grupos diversos, la moda flexible con apertura al estilo propio, los variados sistemas de creencias, la variedad de ideales de trabajo, el mayor permiso para disfrutar el ocio con una propuesta cada vez más diversificada, la ampliación del contexto personal con la interconectividad virtual.

Otros cambios protectores o favorecedores desde la cultura los vemos en los sistemas familiares: el pasaje de las *familias - tipo* a distintos tipos de familia nos permite asistir a nuevos fenómenos, como divorcios tardíos, parejas de distintas edades, hijos tardíos.

Así como asistimos a cambios en las concepciones pedagógicas, que democratizan la enseñanza, ya que rompen con la verticalidad en la transmisión, rescatándose múltiples saberes en un ida y vuelta entre alumnos y enseñantes, también sabemos de los cambios en el plano de las ciencias en general: el progreso en las tecnologías médicas, los nuevos motivos de consulta, la diversidad de intervenciones profesionales, la presencia indudable de un envejecimiento normal, diferenciado del patológico, la participación en

actividades preventivas, de desarrollo personal y de estimulación, en múltiples emprendimientos comunitarios, de creciente número de personas mayores.

No sólo los motivos de consulta de la gente mayor ahora son más variados y en situaciones menos críticas, sino que estamos en condiciones de ayudar a prevenir, actuando antes de que el malestar se desencadene, desde que sabemos cuáles son las señales de alarma que pre-anuncian el riesgo de un mal envejecer.

Ya no son sólo los avances médicos y tecnológicos los que mejoran la calidad de vida, sino la presencia de nuevas disciplinas sociales y humanas que colaboran en equipo para entender la complejidad del ser humano que envejece y lo ayudan a re-habilitarse como tal.

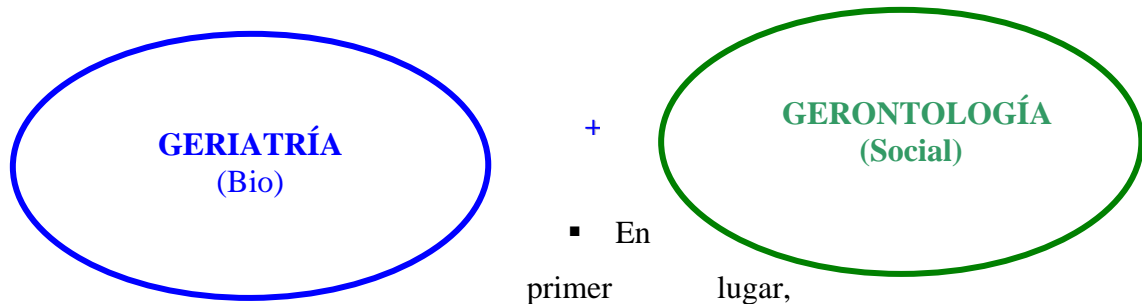
Estas nuevas disciplinas (sociología, psicología, terapia ocupacional, psicomotricidad, músicoterapia, geragogía) complementan el enfoque biológico y evitan caer en lo que se da en llamar: *medicalización* del envejecimiento.

Dentro de esta visión más integral e integradora de cómo se interrelacionan en la persona los factores bio-psico-sociales del envejecimiento, debemos destacar el acelerado desarrollo de las neurociencias, con sus aportes acerca de la plasticidad neuronal - lo cual otorga una nueva dimensión a las posibilidades del aprendizaje permanente, aún en edades tardías - y la comprobación del efecto en todo nuestro organismo (a nivel psico-neuro-inmuno-endócrino) del modo en que interactuemos con nuestro entorno.

Todo lo mencionado, que nos habla de un cambio de paradigma en la Gerontología, se corresponde con un cambio de paradigma en las ciencias en general y es el pasaje del paradigma positivista, al de la complejidad. “ El surgimiento del enfoque *de la Complejidad* ...-desde las primeras décadas del siglo veinte, con mayor intensidad y evidencia en su segundo tercio, hasta la eclosión del campo que hoy denominamos *Teoría o Enfoque de la Complejidad* en la década del 80 de dicho siglo- atestigua cómo su corpus transdisciplinario (conceptual, metodológico y metódico) de conocimientos se ha ido constituyendo a partir de una u otra disciplina (por cierto de numerosas de ellas, exactas, naturales, técnicas y sociales) y, con posterioridad, las ha nutrido con lo elaborado transdisciplinariamente.... La comprensión de ‘redes en red’ ha sido adoptada como ‘metáfora central’ por casi todo el espectro disciplinario. (Sotolongo Codina, Delgado Díaz, 2006, p. 3).

Si acordamos en que el envejecimiento constituye un fenómeno complejo con múltiples dimensiones de análisis, para arribar a un trabajo interdisciplinario (aquí lo desarrollo

desde la perspectiva psicogerontológica) considero conveniente detenernos primero a analizar la distorsión conceptual en la definición habitual que se realiza de la Gerontología, desde un modo devaluado de concebirla, ya que se la recortaba – y se la sigue recortando – de dos modos:



haciéndola sinónimo de la Gerontología Social: si a la Geriatria se la define como el estudio y abordaje de los procesos biológicos del envejecimiento, se considera que, para pasar a la interdisciplina, basta sumarle a la Geriatria la Gerontología como aporte de las cuestiones referidas al contexto familiar, ambiental, económico, etc. Tenemos así Geriatria más Gerontología (Social), causas biológicas más causas sociales desde un enfoque dualista con el cual también suelen armarse los servicios y los programas en Congresos, Cursos e Instituciones (Gerencias Social y Médica en las Obras Sociales para Jubilados, por ejemplo). Este modelo refleja también las creencias vulgares acerca del tema: los viejos estarían afectados básicamente por las condiciones sociales y por las condiciones biológicas del envejecimiento.

¿ Dónde está la Psicogerontología en este enfoque simplista? La encontramos repartida: un poco en la Geriatria, desde el aporte de los psicogeriatras, y un poco en la Gerontología Social, cuando se alude o se investigan los aspectos ambientales, psicosociales, del envejecimiento. En esta concepción epistemológica de sumatorias, los especialistas eran los psicogeriatras, con un enfoque biologista hegemónico.

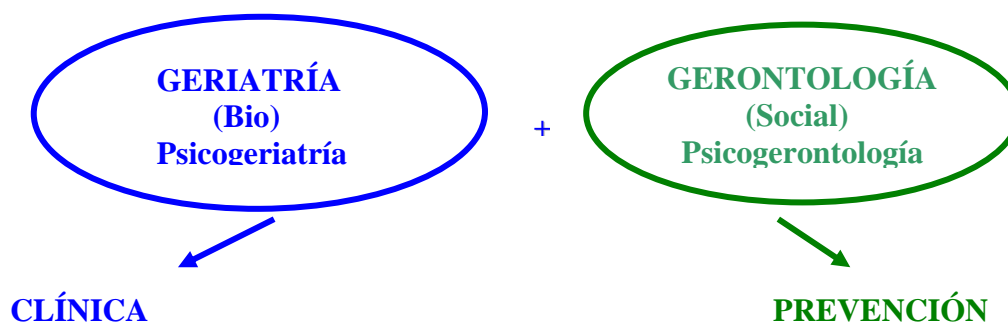
- El segundo modo de recortar a la Gerontología, complementario del anterior – y que obstaculiza el trabajo interdisciplinario - es haciéndola sinónimo del estudio del envejecimiento normal y abordaje preventivo, diferenciada de la Geriatria como estudio del envejecimiento patológico y el abordaje clínico.

PATOLOGÍA



NORMALIDAD





Lo que no se tiene en cuenta en este reparto de tareas y funciones, es que las patologías orgánicas no son las únicas. También hay patologías psíquicas y sociales, para atender a las cuales existen profesionales especializados. Además, que no se puede estudiar y abordar la patología sin entender la normalidad, ni la prevención sin ocuparnos de las patologías que estamos previniendo.

Desde este recorte, la Psicogerontología comienza a tener lugar como complemento de la Psicogeriatría, para ocuparse sólo de la tarea preventiva, a cargo de todo profesional no médico. De este modo – simplista y disociado – están concebidas varias de las carreras de Especialización en Europa.

Debemos destacar, además, el mal que esto hace a la Geriatría misma, si no incorpora en la formación de los geriatras y psicogeriatras la conceptualización acerca del envejecimiento normal y las herramientas para la tarea preventiva, que los capacite para integrarse a equipos interdisciplinarios en esta tarea.

¿Qué consecuencias arroja esto en la práctica? Si revisamos qué se está investigando y presentando en Congresos, veremos que sigue habiendo un predominio de estudios biológicos acerca de depresiones, caídas, demencias - en especial el Alzheimer - y cuando se estudian los factores de riesgo para estas patologías desde una mirada preventiva, la indagación queda en los aspectos manifiestos acerca del ambiente o la calidad de vida.

Otro ejemplo es que seguimos denominando: Valoración Geriátrica Integral a una valoración que es claramente gerontológica, desde el momento en que integra la mirada desde distintas disciplinas, cada una con sus herramientas específicas.

“ Michel Foucault ha argumentado extensamente acerca del *poder* disciplinario, ese usufructo...de las desiguales-circunstancias-en-favor-de-algunos (los especialistas de una u otra disciplina) y en-desfavor-de-otros (los no pertenecientes a las mismas), que ha caracterizado, y sigue caracterizando, al ejercicio de los saberes disciplinarios. Posiblemente todos hemos sentido, en una u otra ocasión, lo difícil que se torna ser aceptado por los ‘expertos’ especializados en una u otra disciplina cuando no se procede

de la misma y se intenta vincularse con ella. Tales conformaciones (prácticas) de *saber-poder*-disciplinario han sido – y lo son aún – uno de los principales obstáculos para el diálogo multi, inter y transdisciplinario (Sotolongo Codina, Delgado Díaz, 2006, p. 5).

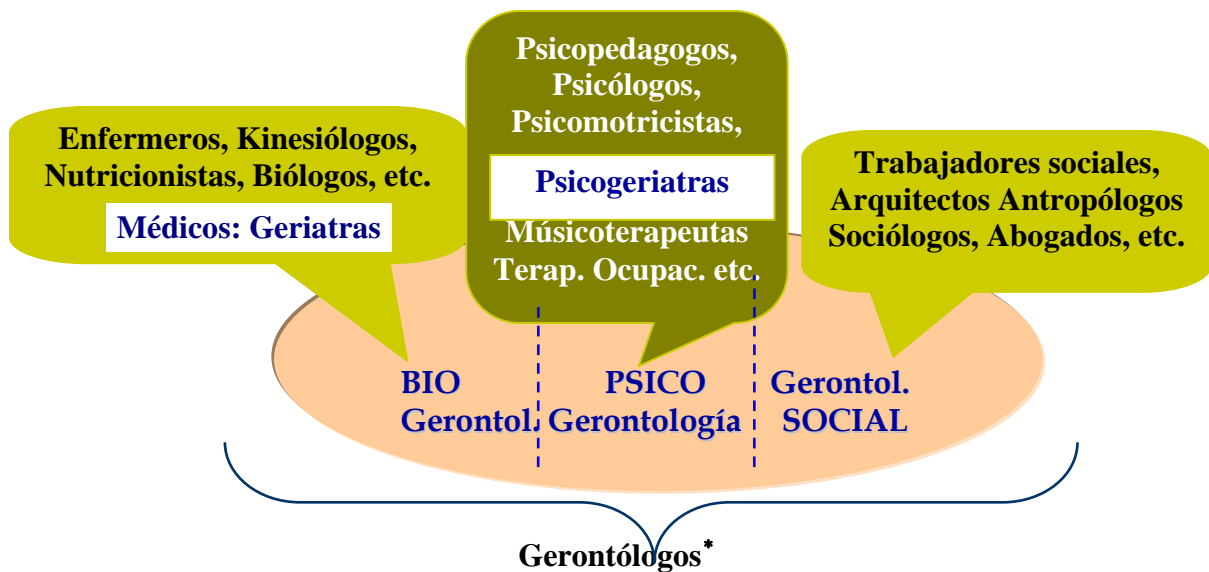
La consecuencia más importante de esta carencia de diálogo interdisciplinario, será justamente el enfoque simplista que no permitirá abarcar la complejidad del fenómeno.

El filósofo Edgar Morin (2004, p. 2), uno de los impulsores de la Epistemología de la Complejidad, dice - citando a David Bohm - que “ las leyes físicas primarias jamás serán descubiertas por una ciencia que intenta fragmentar el mundo en sus constituyentes”. “ No reduciremos los fenómenos antrosociales a los fenómenos biológicos, ni éstos a las interacciones físico-químicas ”.

Se trata entonces, de no reducir el espíritu al cerebro, ni el cerebro al espíritu, de entender la ‘endo-exo’ causalidad, la recursividad, es decir, cómo uno coproduce al otro. Si el producto es al mismo tiempo el productor, deberemos estudiar cómo lo ‘endo-exo’ fue armando el curso de la vida particular en interacción con el medio ambiente, como plantean las nuevas teorías gerontológicas.

En la medida en que fuimos entendiendo que en la trama de la vida no hay fronteras disciplinarias y que los procesos biológicos se van construyendo entramados con procesos sociales y subjetivos y que un envejeciente no es ni un organismo que se deteriora, ni un sujeto de deseos atemporales, ni un jubilado del sistema social, sino que es todo eso interrelacionadamente, y a la vez mucho más que eso, y que se torna imposible y estéril estudiar por un lado la patología y por otro, la normalidad y la prevención, pudimos comenzar a concebirlo como objeto de estudio complejo que, para ser entendido, plantea dos requisitos: especialización e interdisciplina.

Porque además entendimos que cada una de las regiones epistemológicas (bio-psico-social) de esta región amplia que es la Gerontología, es en sí un objeto de estudio complejo que requiere un abordaje interdisciplinario y que cada una de las disciplinas se ocupa de procesos normales y patológicos desde su área específica. Los abordajes gerontológicos clínicos y preventivos desde múltiples miradas y herramientas de intervención a cargo de distintos especialistas en vínculos horizontales – pre-requisito del trabajo interdisciplinario – con los geriatras y psicogeriatras incluidos a la par.



Cabe aclarar que algunas de las disciplinas que incluimos en el campo de la Psicogerontología no aportan sólo a esta región, sino que tienen ingerencia en dos o tres áreas de la Gerontología simultáneamente. Es el caso de psicomotricistas, terapeutas ocupacionales, expertos en recreación, etc., disciplinas que se conformaron desde el vamos desde una gestación transdisciplinaria.

A partir de esta reformulación de la Gerontología como campo interdisciplinario - que ya no es hoy en día el estudio de los gerontes, de la vejez, sino del envejecimiento como proceso, lo cual nos lleva a re-definirla como **Ciencias del Envejecimiento** y a incorporar fuertemente a la mediana edad en ella - podremos ir delimitando cómo ubicamos y pensamos a la Psicogerontología, diferenciada claramente de las otras dos regiones, a fin de favorecer el estudio y abordaje integral e interdisciplinario de la salud mental en el envejecimiento.*

LA PSICOGERONTOLOGÍA COMO CAMPO INTERDISCIPLINARIO

Podríamos decir que, hasta la década de los '80, al menos en Iberoamérica, predominaba un enfoque deficitario del envejecimiento.

* Incluyo la denominación de Gerontólogos por dos motivos: en primer lugar, para destacar que todos somos gerontólogos, desde cualquier profesión que ejerzamos, cuando trabajamos en lo concerniente al envejecimiento. En segundo lugar, ésta es la ubicación que obtienen los Licenciados en Gerontología desde su formación interdisciplinaria.

* Cabe aclarar que cuando hablamos de regiones (Palacios, 1983) no las delimitamos a partir de la confluencia en ellas de determinados profesionales que le darían su perfil, sino a partir del objeto de estudio hacia el cual - en algunos casos circunstancialmente - confluyen los profesionales.

A nivel de la salud mental, se atendía a los mayores cuando ya las depresiones o las dementizaciones estaban tan instaladas y avanzadas que sólo cabía medicar o derivar a la internación geriátrica.

Ya sea desde corrientes psicoanalíticas como cognitivas, se suponía una curva de declive inevitable a nivel psíquico - en correspondencia con el deterioro biológico - y que los maltratos sociales llevarían necesariamente al achatamiento subjetivo. (Zarebski, 1990)

Los únicos abordajes posibles, salvo excepciones, eran los tratamientos farmacológicos y otras terapias a cargo de psicogeriatras. Se justificaba la denominación de " Psicogeriatría " a este campo disciplinario, porque fue iniciado por gerontopsiquiatras y/o psicogeriatras. La atención era exclusivamente asistencialista.

No había representantes de otras disciplinas formados y especializados en atender las cuestiones atinentes a la salud mental en el envejecimiento y los pocos que había no realizaban en su mayor parte un trabajo interdisciplinario. (Zarebski, 1999)

Considero que el cambio hacia la concepción actual, que propone integrar a la Psicogeriatría dentro del campo amplio de la Psicogerontología, viene de la mano de diversas condiciones y nuevos fenómenos que aparecieron en años relativamente recientes:

1. En primer lugar, lo ya señalado acerca del avance del paradigma de la complejidad en ciencias - que plantea el estudio del objeto científico desde el entramado de interrelaciones - y su consecuencia: el requerimiento de trabajo en equipos interdisciplinarios que puedan dar cuenta de esta complejidad. (Morin, 1998)
2. La especialización por parte de profesionales de disciplinas relativamente más nuevas (terapia ocupacional, psicología, psicopedagogía, musicoterapia, psicomotricidad) que vienen aportando otros enfoques, nuevas miradas y herramientas diagnósticas y de intervención. Vaya como ejemplo del aporte de cada una, las técnicas de multiestimulación y el trabajo con la memoria por parte de la terapia ocupacional, que muestra el efecto preventivo y de enlentecimiento en procesos de deterioro cognitivo, las intervenciones geragógicas de las ciencias de la educación, demostrando las posibilidades del aprendizaje en el envejecimiento, las intervenciones preventivas y psicoterapéuticas de los psicólogos con el viejo y su familia, las herramientas de la musicoterapia y las técnicas psicomotrices con mayores (Zarebski, 2002).

3. El avance teórico en la distinción conceptual entre el envejecimiento normal y el patológico, lo cual permite evitar intervenciones en los casos que no lo requieren, respetando su curso normal y la detección, orientación e intervención en los casos en los que se justificaría hacerlo. Desde esta distinción conceptual y diagnóstica, se amplía el campo de la salud mental en el envejecimiento abarcando, de manera integrada, la tarea preventiva, asistencial y de rehabilitación.

4. Paralelamente, el lento pasaje que vamos comprobando, en el campo de la salud pública, desde el enfoque de riesgo y abordaje centrado en las patologías, a un mayor énfasis en el enfoque de factores protectores y abordaje centrado en la prevención y la resiliencia.

5. Como consecuencia de este cambio de enfoque y de la perspectiva preventiva en la salud mental en el envejecimiento, innumerables experiencias comunitarias e institucionales y talleres de todo tipo (de aprendizaje, de memoria, expresivos, reflexivos, de multiestimulación, de recreación, etc.) además de demostrar su eficacia en la mejora de la calidad del envejecimiento, constituyen ámbitos propicios para la detección temprana y la derivación oportuna, así como para el armado de redes de apoyo y el trabajo con las familias, operando de este modo como verdaderos recursos socio-sanitarios promotores de salud y preventivos de patologías (mentales, entre otras).

6. Como efecto de lo anterior, el cambio ya no sólo en la salud mental, sino en el campo global de la gerontología, que deja de considerar exclusivamente a los adultos mayores para pasar a investigar e intervenir en todo el proceso, especialmente desde la considerada mediana edad de la vida, tarea esta aún pendiente en la psicogerontología actual.

7. Finalmente, el desarrollo de nuevas teorías psicogerontológicas (Yuste Rossell et al, 2004) como la del Curso de la Vida o del Ciclo Vital Dinámico, la Teoría de la Continuidad o la de Selección, Optimización y Compensación (SOC), que destacan la importancia de estudiar el envejecimiento en todo su proceso a fin de entender las distintas vejezes alcanzadas. En este sentido, la consideración del trabajo psíquico anticipado que va realizando el sujeto durante el curso de su envejecimiento debería ocupar un lugar que aún no tiene. (Zarebski, 2005).

Los profesionales que conforman la **REDIP** impulsan la creación de una Red Iberoamericana Interinstitucional e Interuniversitaria de Psicogerontología y se proponen, a través de este movimiento - que en noviembre del 2009 concretará su III Congreso en San Pablo, Brasil – generar una concepción más amplia e integradora de la

salud mental en el envejecimiento que la que se venía sosteniendo hasta la actualidad a través de una disciplina hegemónica: la Psicogeriatría.

El enfoque predominantemente biologista de esta disciplina, reclama su integración a un campo interdisciplinario, con el aporte de las diversas miradas desde otras disciplinas que también se ocupan de esta temática.

Además, la reflexión acerca de las particularidades del contexto iberoamericano, sus condiciones de vida diversas en lo cultural, económico y social, incorpora otros parámetros de análisis respecto al envejecimiento de sus pueblos. Tal como decíamos en la Declaración del Primer Congreso:

Los procesos de envejecimiento se construyen singular y colectivamente. Cada sociedad, cada cultura, cada época, construye un determinado modo de envejecer... De esta forma, la vejez se constituye en una etapa del desarrollo en la cual, con ganancias y pérdidas, existe una mayor multiplicidad de factores determinantes y gran variedad interpersonal en sus dimensiones y manifestaciones, siendo necesario para su análisis y configuración una perspectiva compleja, que incluya el proceso de envejecimiento en sus diferentes dimensiones. (REDIP, 2005, p.1).

Esta nueva concepción, que se viene desarrollando como superadora de discursos y prácticas hegemónicas y que se propone entender al objeto de estudio en su complejidad, se sostiene en el cambio de paradigma que atraviesa actualmente a las ciencias en general:

Como área diferenciada, representa hoy un nudo de convergencia de diversos desarrollos actuales en la salud mental: desde el psicoanálisis a la teoría cognitiva, pasando por el enfoque de las neurociencias, con los avances psiconeuroinmunoendócrinos, constituyendo, el logro de las interrelaciones, un desafío cotidiano en nuestros afanes investigativos. Debemos preguntarnos y bregar por la posibilidad de articulación entre disciplinas, entre prevención y asistencia, entre teorías diversas.

Deberemos encontrar las correspondencias estructurales entre todas ellas, todas son articulables, cada una aporta su óptica específica: los aspectos dinámicos en su interrelación con los neuro-cognitivos, con el sistema familiar y social que el sujeto construye y desde el que es construido.

Sin embargo, éste no es el panorama que prevalece hoy en día en el estudio de la salud mental en el envejecer. Seguramente en coincidencia con lo que sucede en todo el campo 'psi', se realizan eventos científicos y producciones acerca del psicoanálisis de

la vejez, separados de los concernientes a los trastornos cognitivos y de los referidos a las patologías y sus abordajes farmacológicos, con lo cual la ciencia sigue perdiendo la oportunidad de entender al sujeto que envejece en su complejidad.

De igual modo, los pocos programas de formación que encontramos en este campo en otras latitudes, descartan al Psicoanálisis como teoría válida o desde ella, descartan a otras. Mientras tanto, el avance de las neurociencias – lo vemos por ejemplo en los desarrollos del neurólogo norteamericano Eric Kandel, Premio Nóbel de Medicina 1999 - viene demostrando la validez de los postulados freudianos y la posibilidad de interrelacionar, como postula el enfoque de la Tercera Tópica (Zukerfeld, Zonis de Zukerfeld, 1999), al Psicoanálisis con las neurociencias y los distintos tipos de memorias, articulado con el enfoque psico-neuro-inmuno-endócrino, red de vínculos internos y externos que nos hacen vivir sanos o enfermarnos en el envejecer.

La concepción psicogerontológica desde la complejidad se propone no fragmentar y entender el proceso del envejecer en el tiempo, en su historicidad. Nos vemos confrontados a una doble temporalidad, siguiendo a E. Morin (2004): el envejecimiento como historizante y diversificante, como proceso de corrupción y dispersión. Eros y Tánatos operando en el tiempo de autoproducción de sí, en un proceso de complejización creciente y de desorganización creciente en el que aparecen ligadas la repetición, el progreso, la decadencia.

Si la complejidad es un tejido (complexus: lo que está tejido en su conjunto) de constituyentes heterogéneos inseparablemente asociados (Morin, 1997), somos "tejidos" que andan, al decir del poeta uruguayo Eduardo Galeano*: red PsicoNeuroInmunoEndócrina, red neuronal y red de lenguaje, con redes de vínculos, en el vector temporal de la historia, en continua transformación, de modo tal que el sujeto ya no es ése que limita su piel. Su mente y su ser están en un espacio virtual, en el entretejido dinámico, siempre cambiante.

Para poder entender cómo se va armando una demencia, un envejecimiento patológico o normal, situaciones de maltrato, lo deberemos hacer desde este entramado, no lo entenderemos nunca estudiando por separado las neuronas o el contexto cultural y familiar o la herencia genética o la personalidad previa o los esquemas cognitivos.

* " Quien escribe, teje. Al fin y al cabo, texto viene del latín textum, que significa tejido. Con hilos de palabras vamos diciendo, con hilos de tiempo vamos viviendo: los textos son, como nosotros, tejidos que andan. " (Galeano, 2001).

Éste es el contexto psico-bio-socio-cultural que el equipo psicogerontológico se propone favorecer y estimular, en síntesis: un yo complejo que esté en condiciones de desarrollar resiliencia frente a los avatares del envejecer. Debemos entender, entonces, el desencadenamiento de las patologías mentales por el paso del tiempo, como el fracaso en la construcción de este modelo de subjetividad y de intercambio vincular.

Las intervenciones diagnósticas y terapéuticas – farmacológicas o no – deberían partir de esta consideración compleja del envejecimiento a fin de actuar con mayor lucidez y evitar iatrogenias, para lo cual deberán integrarse con los aportes de las distintas disciplinas y de sus campos de aplicación: las técnicas de multiestimulación, los talleres de memoria, de trabajo corporal, la musicoterapia, los procesos de aprendizaje en la vejez, los grupos de reflexión y terapéuticos, el abordaje de la pareja y la familia del viejo, la técnica de gestión o administración del caso como herramienta para el psicogerontólogo, articuladora de la atención del sujeto a través del equipo, las instituciones y las redes comunitarias, etc.

Arribamos así a definir que la Psicogerontología, tal como la concebimos, estudia la salud mental del sujeto envejeciente y envejecido en sus aspectos psicodinámicos, cerebral – orgánicos, cognitivos y vinculares, abarcando las tareas de promoción de la salud y prevención (incluyendo los factores de riesgo psíquico), interrelacionadas con la tarea asistencial y de rehabilitación.

Sin embargo, analizando gran parte de las investigaciones gerontológicas acerca de factores de riesgo psíquico, todavía sigue sin aparecer el sujeto envejeciente y cómo éste va construyendo a lo largo de su historia particular su envejecimiento, incluyendo cómo trata a su cuerpo y cómo arma su entorno. Es decir, como sujeto pro-activo.

Todavía persiste el área psicogerontológica, en las investigaciones mencionadas, confundido con la biogerontología y con la gerontología social. A partir de una concepción simplista del envejecimiento, de sumatoria de lo biológico más lo social, no se alcanza a abordar la complejidad del fenómeno.

Debemos abocarnos a investigar interdisciplinariamente cómo se arma la patología mental y cómo la desarmamos conjuntamente, revisar cómo nos formamos y cómo formamos nuestros equipos, a fin de lograr el objetivo último que es: contribuir a que en el sujeto se restablezca e integre su mundo bio-psico-social.

Para lograrlo, se hace necesario un cambio en la concepción del plano de lo biológico. En el campo de la salud mental, hay importantes avances que debemos incorporar, desde el momento que estamos asistiendo a un pasaje desde una visión estática del

sistema nervioso a entender su plasticidad a partir del aprendizaje, la multiestimulación y la resiliencia. Pasaje que nos permite superar el determinismo genético y arribar a la determinación por parte del sujeto. (Ansermet, Magistretti, 2006)

En el plano de lo social, avanzar en la constitución de redes, entendidas como un " patrón de lazos que juegan un papel significativo en mantener la integridad física y psicológica a través del tiempo, desde el momento en que actúan como una barrera protectora de las enfermedades ".(Zuckerfeld, R. y otros, 2007)

Iremos acercándonos así a la comprensión de ese *Tejido*, hecho con hilos de tiempo y de palabras que, según Galeano, van armando nuestro transcurso vital. Si los seres humanos son un entramado, ´ tejidos que andan ´, deberemos aprender a ser buenos tejedores, ´ entramarnos ´ con el equipo a fin de poder seguir el movimiento complejo de cada trama en particular.

**Este material se utiliza exclusivamente para fines didácticos
del Curso Preparatorio para el Examen de Residencias de
Psicología 2015
de S R M Cursos®**

BIBLIOGRAFÍA

Ansermet, F; Magistretti, P. (2006) *A cada cual su cerebro*. Buenos Aires: Katz Edit.

Galeano, E. (2001) *Tejidos*. Barcelona : Octaedro.

Morin, E. (1998). Epistemología de la Complejidad. En Fried Schnitman, Dora (compiladora) *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.

Morin, E. (2004). La Epistemología de la Complejidad. En: *Gazeta de Antropología* Nº 20, Texto 20-02. CNRS, París. www.ugr.es/~pwlac/G20_02Edgar_Morin.html.

Palacios J. J. L. (1983). El Concepto de Región: La Dimensión Espacial de los Procesos Sociales. *Revista Interamericana de Planificación*, 66, 56-68. México, D.F: SIAP.

REDIP (2005) " Declaración Buenos Aires " de la Red Iberoamericana de Psicogerontología ". Primer Congreso Iberoamericano de Psicogerontología, Buenos Aires. Disponible en: <http://www.maimonides.edu/gerontologia/>

Sluzky, C. (1998) *La Red Social: Frontera de la Práctica Sistémica*. Ed. Gedisa. 1998. México.

Sotolongo Codina, Delgado Díaz, (2006) " La Complejidad y el Diálogo Transdisciplinario de Saberes ". En *La Revolución Contemporánea del Saber y la Complejidad Social. Hacia unas Ciencias Sociales de Nuevo Tipo*. Cap. IV. (En prensa). ISBN 987-1183-33-X

<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/campus/soto/capituloIV.pdf>.

Zarebski, G. (1990) *Lectura Teórico-Cómica de la Vejez*. Buenos Aires: Tekné. Acceso libre en: <http://weblog.maimonides.edu/gerontologia2007/librosrecomendados>.

Zarebski, G. (1999). *Hacia un Buen Envejecer*, Buenos Aires: Emecé – Planeta, Re-edic. Univ. Maimónides, 2005.

Zarebski, G. (2002). ¿Por que una Especialización en Psicogerontología? En *Rev.Psico- Logos*, Tucumán: Publ. Univ. Nac. de Tucumán.

Zarebski, G. y otros (2003) " La Red de Gerontología de la Sec. de Salud (Gob. C. De Bs. As) ". Documento interno. Bs. As. Ministerio de Salud. GCBA. PROSAM.

Zarebski, G. (2005) *El Curso de la Vida: Diseño para Armar*. Buenos Aires: Univ. Maimónides.

Zarebski, G. (2007) *Envejecimiento, Memoria Colectiva y Construcción de Futuro*. IIº Congreso Iberoamericano de Psicogerontología. 2007. Montevideo

Zarebski, G. (2009) *Neurociências na Melhor Idade*, compiladores: L. E. L. Ribeiro do Valle, G. Zarebski, E. L. Ribeiro do Valle. 2009. S. Pablo. Tecmedd

Zarebski, G. (2009) " Campo de la Psicogerontología: Vulnerabilidad emocional, Factores de Riesgo Psíquico y Resiliencia ". En: *Avances y Propuestas en Psicogerontología*. México. Pax México (en prensa).

Zukerfeld, R., Zonis Zukerfeld, R. (1999) *Psicoanálisis, Vulnerabilidad somática y Tercera tópica*. Buenos Aires. Lugar.

Zukerfeld, R. y otros (2007) " Desarrollo Resiliente y Redes Vinculares ". Premio APSA. 23º Congreso de Psiquiatría APSA. Mar del Plata. Abril 2007.