

CAPÍTULO 3

Aportes de la Psicogerontología al campo del Acompañamiento Terapéutico

Elisa Urtubey y Ana Beatriz Moreira

Cátedra Introducción a la Psicología de Adultos y Adultos Mayores

La condición de viejo le es impuesta al hombre
de acuerdo a la sociedad a la que pertenece

Simone de Beauvoir

Introducción

La asignatura Introducción a la Psicología de Adultos y Adultos Mayores corresponde al primer año de la Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico de la Facultad de Psicología de la UNLP. Se inscribe dentro del área curricular de Formación Básica en Campos Disciplinarios, dentro del Eje de Formación Dimensiones Psicológicas y Psicopatológicas de la Salud Mental.

Este capítulo se propone como un aporte para el acercamiento de los/as estudiantes a conceptos claves de la materia que provienen de diferentes modelos teóricos y que permiten resituar el abordaje de temáticas relativas a la vejez y el envejecimiento dentro del campo de la psicología del desarrollo. Dicha producción se propone como una herramienta que permita un abordaje de sus ejes teóricos centrales, advirtiendo discrepancias y estableciendo relaciones conceptuales que revisten importancia para la práctica profesional de el/la acompañante terapéutico/a (at) en su labor con personas mayores.

En el desarrollo de este material teórico incluiremos aportes de otros campos disciplinares relativos a las nociones de envejecimiento poblacional, sociedad envejecida, edad cronológica, entre otros, que permitirán dar cuenta de la situación actual con respecto al envejecimiento como un fenómeno inédito y global.

Abordaremos la vejez y el envejecimiento como categorías socio-históricas, como resultado de un momento y un lugar determinados que producen diferentes formas de hacerse viejo/a, por lo que hablaremos de *vejeces*. Del mismo modo, revisaremos las representaciones sociales

sobre este momento vital que tienen un sesgo negativo o discriminatorio y que los autores han denominado *ageísmo* o *viejismo*, para luego dar cuenta de nuevas formas de pensar la vejez y el envejecimiento desde una perspectiva gerontológica.

Realizaremos una breve revisión del pasaje del modelo geriátrico al gerontológico incluyendo al modelo de atención centrada en la persona. También se señalará, por sus implicancias y consecuencias, la relación entre género, diversidades sexuales y vejez.

Haremos foco en las contribuciones de la psicogerontología y enfatizaremos algunos aportes del psicoanálisis que entiende al sujeto atravesando momentos claves del devenir, con múltiples cambios y transformaciones que requieren de un proceso singular de elaboración psíquica en el marco de una temporalidad distinta a la cronológica, pero que también se encuentra atravesado por los significados sociales de la edad (Neugarten, 1999).

En consonancia con la Ley de Salud Mental N° 26657, articularemos un entramado conceptual relativo a las nociones de autonomía e independencia, que delinearán la singularidad subjetiva y permiten señalar el dispositivo de Acompañamiento Terapéutico (AT) en la vejez.

Al mismo tiempo, el capítulo procura recuperar contenidos específicos que se articulan con otras asignaturas de la carrera, con el fin de contribuir de manera integral a la formación profesional del futuro at.

El escenario actual

Nuestro siglo está asistiendo a un fenómeno inédito: el mayor envejecimiento poblacional del que tenga conocimiento la humanidad. Los avances científicos, sanitarios y tecnológicos junto a los procesos de industrialización y urbanización han impactado en la organización social y económica disminuyendo las tasas de natalidad y mortalidad, e incrementándose así la esperanza de vida, especialmente en los denominados países desarrollados. A nivel mundial, entre 2015 y 2030, la población de 60 años y más se elevará de 900 millones a más de 1.400 millones de personas (Huenchuan, 2017).

En nuestra región, el proceso de envejecimiento se está desarrollando a una velocidad que no tiene antecedentes, hecho que demanda una creciente respuesta de los servicios de salud, de la seguridad social y de las políticas públicas, entre otras áreas. Resulta interesante observar cómo, para la sociedad en general, se plantea una paradoja cultural en este aspecto: por un lado, se reconoce como un hecho positivo y deseable el alargamiento de la esperanza de vida, pero al mismo tiempo, se lo supone como una preocupación o una amenaza para las economías y los sistemas de salud.

Nuestro país es uno de los más envejecidos de la región. De hecho, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) estimó que la población de Argentina para el año 2030 será de 49.407.265 habitantes de los cuales 8.653.890 tendrán más de 60 años, lo que representa un 17,52 % del total. Para el año 2040, se proyecta que, sobre un total de 52.778.477 personas, los mayores de 60 años llegarán a 10.616.325, lo que configura un 20,11%.

Si bien existen documentos y referencias que prueban que a lo largo de la historia ha habido siempre casos excepcionales de personas muy añosas, hoy asistimos a un escenario en el que ello no resulta algo extraordinario. Lo que se ha modificado es que son muchas, cada vez más, las personas que viven más años. En este punto es necesario diferenciar:

- *Envejecimiento demográfico o poblacional*: es el aumento de la cantidad de personas mayores resultado de un proceso de cambio de la estructura por edad de la población y que se da, básicamente, como resultado de una disminución de la fecundidad y de la mortalidad (con un aumento en la expectativa de vida). El grado de avance y el estado actual de este proceso en cada uno de los países es diferente.
- *Envejecimiento individual*: es el proceso de transformación que se da a nivel individual a través del transcurso de la vida y a partir de múltiples determinantes (biológicos, sociales, históricos y psíquicos, entre otros), y que se encuentra atravesado por la dimensión temporal. Se trata de un proceso esperable, gradual y diferencial.

Cuando nos aproximamos al campo de la gerontología, uno de los primeros aspectos que es preciso revisar y sopesar es el que tiene que ver con la noción de edad. La *edad cronológica* es una categoría social y cultural que permite una organización social, una diferenciación entre personas, su inclusión o exclusión en determinados grupos (por ejemplo, el ingreso a la escolaridad o la edad jubilatoria) como así también, para analizar la estructura de las poblaciones. Sin embargo, la validez de la edad cronológica como dato al estudiar el envejecimiento resulta irrelevante ya que no es una variable que por sí contribuya a comprender realmente este proceso (Neugarten, 1999).

La psicología evolutiva tradicional estableció correspondencias entre etapas del desarrollo y conjuntos de conductas acordes a rangos etarios. Como consecuencia, esta *psicología de las edades* puso el énfasis en los cambios dados por el paso del tiempo, particularmente en los biológicos. En ese devenir, la vejez representaba el momento final, de declinación y deterioro.

A decir de Yuni y Urbano (2011), la vejez ha estado tradicionalmente asociada al concepto de edad cronológica como una referencia externa que pretende dar objetividad al paso del tiempo. Esa objetivación implicaría aceptar la edad como una unidad de medida “natural”, reduciendo al envejecimiento a su dimensión puramente biológica. Paralelamente, esa cronobiologización omite, según estos autores, el carácter social (histórico, contextual, relacional y posicional) de la definición de vejez.

Otro aspecto a contemplar en el estudio del envejecimiento tiene que ver con reconocer que longevidad no es sinónimo de vida sana ya que el aumento de la esperanza de vida supone un incremento en la probabilidad de experimentar enfermedades asociadas a la vejez, discapacidad y/o dependencia. Por eso, desde el campo gerontológico se hace foco en la *expectativa de vida saludable*, es decir, en la cantidad de años que se espera que viva una persona sin padecer enfermedades o discapacidades. Actualmente, es más probable que las personas padezcan una limitación en sus funciones a causa de una o varias enfermedades crónicas. Es decir, las enfermedades han dejado de ser un episodio agudo que desemboca en la muerte. Por el contrario,

se convierten en padecimientos crónicos y las personas pueden vivir muchos años conviviendo con ellas. Teniendo en cuenta esta situación es necesario pensar intervenciones de largo alcance relacionadas con el cuidado y acompañamiento de las personas mayores. De esta manera, también se introduce el desafío de diseñar políticas para un envejecimiento de calidad.

En otras palabras, este fenómeno de extensión de la vida que representa una conquista para la humanidad, también ha dado lugar a una problematización de la vejez al plantear una *nueva cuestión social* (Navarro, 2019). Los gobiernos, la sociedad civil, los organismos públicos y privados deben propiciar programas para un envejecimiento activo y saludable con el fin de mejorar la salud, la participación y la seguridad que promuevan la autonomía personal y el acompañamiento familiar y comunitario de los mayores.

Desde el marco de nuestra asignatura, vamos a considerar al proceso de envejecimiento desde una temporalidad distinta, no lineal, una temporalidad psíquica sostenida por el concepto de retroacción (véase Frison y Russo, este volumen). Un tiempo que funciona en la retroactividad de un ida y vuelta de sentidos y marcas que son resignificados a la luz de lo actual, por la conmoción que provocan los cambios que plantea el ciclo vital. El yo, narrador de la propia historia, funciona de acuerdo a su propio tiempo personal. Esto supone entender al psiquismo como un sistema abierto a nuevas significaciones, a nuevos sentidos en el proceso singular de historización (Aulagnier, 1994). Esta autora propone que la subjetividad es el resultado de un proceso de integración de las vivencias psicósomáticas en un contexto social, relacional e intergeneracional. El sujeto recrea aquello que recibe del mundo externo y el discurso social se erige como referencia del soporte identificatorio que delinea la proyección hacia el futuro con las características de la época.

Nos enfocaremos en el modo en el que el sujeto envejeciente va significando las transformaciones que le toca vivenciar a partir de los múltiples cambios biológicos, psicológicos, sociales y existenciales, propios del envejecer y que ponen en juego la continuidad de la representación de sí (Iacub, 2011).

También es preciso, al abordar el campo de la gerontología, hacer alusión a los múltiples intentos por denominar a la vejez como etapa de la vida y a las personas que transitan ese momento. Las palabras nombran, crean realidad y otorgan sentidos a los objetos del mundo. Nos permiten reconocer que no existe una sola manera de aludir a la vejez, ni un único término para denominar a esos sujetos que envejecen. No encontramos aún un término que tenga un sentido unívoco y aceptado por todos (Yuni y Urbano, 2011). Hablar por ejemplo de *viejo/a*, *anciano/a*, *tercera edad*, *gerontes*, *abuelo/a*, *adulto/a mayor*, *persona mayor*, implica emplear etiquetas que se asocian a una serie de imágenes y representaciones, algunas prejuiciosas, desvalorizantes y estigmatizantes. Lo cierto es que la inquietud de cómo llamar a estas personas conlleva una dificultad.

Viejismo y los nuevos viejos

Cuando hablamos de términos como vejez y envejecimiento estamos aludiendo a categorías socio-históricas, es decir, a nociones que se construyen y que varían según el contexto. En este sentido, por ejemplo, desde fines del siglo XIX la vejez fue concebida como un problema biomédico, una etapa de deterioro y enfermedad. En la actualidad, en cambio, afortunadamente han comenzado a emerger nuevas miradas y lecturas acerca de la vejez y el envejecimiento, más abiertas y complejas que entienden al envejecer como un proceso multideterminado, singular, atravesado no sólo por determinantes biológicos sino también sociales, culturales, psicológicos, económicos, entre otros, y sobre el cual podemos encontrar múltiples maneras de representarlo. Sin embargo, lamentablemente, aún nos encontramos en lo cotidiano con concepciones erróneas, reduccionistas y prejuiciosas acerca de la vejez.

Diversas culturas y épocas han desarrollado a lo largo de la historia y hasta nuestros días, una serie de conductas y valoraciones negativas hacia las personas de edad. Algunas de esas creencias y actitudes suelen ser implícitas y no conscientes, y otras, manifiestamente explícitas y conscientes. El término *ageism* fue propuesto por Robert Butler en 1969 y luego fue adoptado y traducido al español como *edadismo* y *viejismo* (Salvarezza, 1996). Este autor lo define como “el conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a viejos/as simplemente en función de su edad” (p. 23) y sostiene que son comparables con los prejuicios que existen contra las personas por su color, su religión o contra las mujeres en función de su género. Se trata de prejuicios adquiridos que aluden a la vejez de manera estigmatizante, etiquetando y devaluando a las personas viejas.

Este conjunto de estereotipos y representaciones negativas acerca de las personas viejas suele llevar a la discriminación, a la marginación social e incluso a su automarginación. Así, por ejemplo, la equiparación entre vejez y enfermedad, o vejez y discapacidad, es sumamente habitual produciendo efectos negativos sobre las expectativas respecto de los mayores. Salvarezza (1996) sostiene que la equivalencia vejez=enfermedad conlleva un gran riesgo, el de comportarse como una profecía autocumplida que termina por internalizarse en los propios destinatarios del prejuicio, los viejos.

Este tema resulta particularmente delicado cuando involucra a aquellos que trabajan con personas mayores. Por desgracia, resulta algo habitual observar entre profesionales de la salud (incluyendo a el/la at, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionales, cuidadores) manifestaciones y actitudes viejistas hacia las personas mayores con las cuales trabajan. Algunas veces, se trata de generalizaciones hechas a partir de casos con los que tienen contacto, hacia el conjunto de los mayores, etiquetándolos y descalificándolos intelectualmente sólo por ser viejos/as. Actitudes como estas se observan habitualmente cuando la persona mayor es acompañada por un familiar o un cuidador a una consulta médica y el profesional dirige su palabra e interroga a quien acompaña al paciente, siendo éste hablado por otros, no siendo escuchado. Otras veces ocurre que profesionales que asisten o acompañan durante un prolongado tiempo a personas mayores con alto grado de dependencia o de deterioro físico y/o mental, desarrollan hacia éstas, actitudes

viejistas y/o de maltrato a consecuencia del estrés, la alienación o del desconocimiento. En resumen, tanto las actitudes de sobreprotección como las de indiferencia atentan contra la dignidad de las personas mayores.

Del modelo geriátrico al modelo gerontológico. Aportes de la Psicogerontología

Las personas mayores han sido objeto de estudio e intervención de la geriatría dando como resultado el “paciente de la medicina”, “el usuario del geriátrico”, el “consumidor de psicofármacos”. Desde el modelo médico hegemónico y la industria farmacológica se ha instituido una biomedicalización de la vida, ubicando a la vejez bajo el dominio exclusivo de la medicina e imponiendo además intereses desde el mercado de consumo (Salvarezza, 2006). Esta medicalización del envejecimiento se sostiene fuertemente en la interpretación social del envejecimiento entendido como un problema médico. Afortunadamente, desde hace algunos años se viene propiciando el enfoque de derechos humanos en el campo de la gerontología, como veremos en otro apartado.

Por otro lado, algunas teorías psicológicas de la vejez postulan una visión complementaria del discurso médico y psiquiátrico cargadas de prejuicios y estereotipos negativos sobre la vejez y sobre los viejos. Zarebski (2009) señala:

¿Dónde estaba el sujeto envejeciente? Lo psi quedaba, por un lado, como correlato de lo orgánico -y lo esperable era la demencia- y, por otro lado, en lo psico-social -y lo esperable eran las depresiones- como efecto del maltrato social. (...) Esto es, la persistencia de un modelo simplista que pretende escindir normalidad y patología, lo preventivo y lo asistencial, escindiendo al mismo tiempo los enfoques teóricos y el abordaje profesional. (p. 7)

Envejecer es un fenómeno universal, pero la forma, el lugar, el contexto, la persona y el particular anclaje histórico, propician la singularidad del proceso. Zarebski (2011) indica que fue necesario encontrar herramientas teóricas desde la psicología que permitieran dar cuenta de las *vejeces*, ya que los modelos explicativos de origen biológico o sociocultural no fueron suficientes.

El desarrollo teórico de la Psicogerontología, desde el abordaje del envejecimiento como un fenómeno complejo, integra las dimensiones subjetiva, socio-cultural y biológica que permiten vislumbrar a un sujeto envejeciente en su singularidad.

Este enfoque incluye factores ontogenéticos (componentes biológicos y sociales relacionados a la edad), históricos (aquellos que influyen en las personas que comparten un mismo momento histórico) y no normativos (relacionados con los acontecimientos singulares y subjetivos de las personas) que interactúan entre sí.

Envejecer es un fenómeno universal, pero la forma, el lugar, el contexto, la persona y el particular anclaje histórico, propician la singularidad del proceso. Zarebski (2009) indica que fue

necesario encontrar herramientas teóricas desde la psicología que permitieran dar cuenta de “las vejeces”, ya que los modelos explicativos de origen biológico o sociocultural no fueron suficiente.

El *Enfoque del curso de vida* es una perspectiva multidisciplinaria que explica los cambios en las trayectorias vitales de las personas desde los aportes teóricos de la psicología, la biología, la antropología, la sociología, la historia, entre otras disciplinas. Este enfoque se refiere a una secuencia de eventos y roles sociales graduados por la edad, que se dan en la estructura social (Blanco, 2011). El curso de vida individual se constituye con eventos de vida que son compartidos únicamente dentro de grupos generacionales o cohortes específicas. El término *curso de vida* resulta más apropiado porque es menos regularizado, mucho menos estandarizado y se define por las experiencias de cada vida en forma singular y con un anclaje histórico más personal.

El consenso llevó a establecer el límite de la edad adulta y el inicio de la vejez a los 60/65 años. Sin embargo, el curso de vida de las personas mayores presenta una enorme heterogeneidad con múltiples trayectorias relacionadas a los contextos en los que se desarrollan, niveles socioeconómicos, culturales, condiciones genéticas, entre otras.

La denominada *mediana edad* representa uno de los momentos del curso de vida que es de interés para las ciencias sociales como resultado de la extensión de la esperanza de vida. Sin embargo, presenta dificultades para su demarcación ya que la edad cronológica es una condición arbitraria y poco precisa para ubicarla. Al no haber acuerdos para la delimitación de la mediana edad podemos decir que es un momento que tiene una gran influencia sobre la percepción del individuo acerca de sí mismo y de sus estrategias para enfrentarse al mundo.

Las personas toman contacto con los eventos expectables del envejecer (Neugarten, 1999). Es decir, la anticipación de la secuencia inevitable de hechos que ocurrirán transitando este momento vital: la muerte de sus padres, la viudez, la propia muerte.

Los estudios realizados permitieron definir este período como cualitativamente distinto de otros momentos de la vida. Las personas de mediana edad valoran su posición dentro de distintos contextos vitales: el cuerpo, la carrera profesional o laboral, la familia, por ejemplo. La aparición en el tiempo y el ritmo de los acontecimientos vitales de la mediana edad son percibidos de manera distinta de una persona a otra. Los cambios que acontecen se manifiestan por pistas o señales en los ámbitos biológico (menopausia, enfermedad), social (ascenso laboral, jubilación) aunque estas manifestaciones presentan ritmos distintos en cada uno de los contextos. En relación a este momento vital, el término *crisis de la mediana edad* fue acuñado por el psicoanalista canadiense Jacques quien, en 1965, expresó que acontece a la mitad del curso vital, provocando cambios en las actitudes frente a la vida, a los demás y a la muerte, posibilitando gestionar el duelo de la propia muerte futura con anticipación.

Respecto de las características o rasgos intrapsíquicos que la mediana edad suele presentar, Salvarezza (1996) menciona los siguientes tres, aquí brevemente desarrollados:

- *Incremento de la interioridad*: se trata de un proceso reflexivo de vuelta sobre sí con la finalidad de realizar un balance vital ante los cambios que trae el paso del tiempo en las distintas esferas de la vida. La energía psíquica hace un movimiento del mundo exterior hacia el mundo interior.

- *Cambio de la percepción del tiempo*: comienza a valorarse el tiempo futuro como el plazo que resta para llevar adelante los proyectos.
- *Personalización de la muerte*: la muerte deja de ser una abstracción, algo que les sucede a otros, para pasar a ser una posibilidad cierta para sí mismo.

En resumen, la mediana edad constituye un momento existencial de replanteos, de búsqueda y de confrontación con modelos identificatorios y mandatos recibidos en otros momentos vitales. Representa también para el sujeto la posibilidad de realizar un trabajo psíquico de anticipación de la vejez.

Género, cuerpo y vejez

Respecto del envejecimiento poblacional se presenta un fenómeno demográfico denominado *feminización del envejecimiento*, el cual implica que las mujeres representan cuantitativamente la mayoría del grupo de personas mayores, ya que ellas llegan a vivir más años que los hombres.

En Argentina, según el Censo de población del año 2010 (INDEC, 2010), las mujeres viven en promedio 80,3 años, mientras que los varones llegan a los 73,5. Si bien las mujeres viven más años que los varones, ellas lo hacen con peor calidad de vida y de salud y están más expuestas a padecer alguna discapacidad. Esto es así como resultado de la interacción de múltiples determinantes de la salud, incluyendo la desigualdad en la accesibilidad a servicios de salud, a los roles familiares y sociales atribuidos a ambos géneros, a una tasa más elevada de empleo no remunerado y/o informal, entre otros. La conjunción de estos y otros factores incrementa la vulnerabilidad de las mujeres mayores y disminuye su acceso a servicios de salud acordes a sus necesidades, por lo que muchas de ellas suelen transcurrir sus problemas de salud alejadas de redes de apoyo y de una atención adecuada.

El creciente desarrollo actual de estudios e investigaciones que conjugan género y vejez van permitiendo develar los alcances de la desigual distribución de poder, consecuencia del orden social patriarcal. La *perspectiva de la interseccionalidad* permite observar la manera en que las estructuraciones sociales (como clase social, género y edad) se encuentran interrelacionadas, produciendo las relaciones sociales y la vida de las personas (Danel, 2019). Si bien la brecha de desigualdad entre varones y mujeres se ha ido achicando de forma paulatina a medida que los derechos sociales, económicos y culturales se fueron conquistando para las mujeres, aún queda mucho camino por recorrer.

Por otra parte, cuando abordamos históricamente el atravesamiento entre envejecimiento y género, encontramos un silenciamiento, una desatención y una invisibilización respecto de las personas mayores del colectivo LGTBIQ+. Así, por ejemplo, en la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de las Naciones Unidas (conocida como Asamblea de Madrid 2002), si bien se resaltó la necesidad de contemplar en el análisis la perspectiva de género, ésta era entendida más

bien desde el punto de vista feminista, sin hacer referencia explícita a homosexualidad en la vejez (Iacub, 2006).

Hemos señalado que envejecer hoy, no es algo excepcional. Pero envejecer siendo gay o transexual si lo es (Stegman, 2018). Para este colectivo la esperanza de vida es de 40 años. Si la sexualidad es negada para las vejezes heterosexuales, es mucho más contundente su invisibilización hacia los adultos mayores del colectivo LGTBIQ+. La imagen de la homosexualidad, el lesbianismo y la transexualidad está fundamentalmente asociada a los más jóvenes. De esta forma, las personas mayores con otras orientaciones sexuales son objeto de una doble discriminación: el transodio y el edadismo, lo que incrementa su vulneración y exclusión social.

Las personas trans han sido excluidas, discriminadas y postergadas, por lo que se han visto impedidas de acceder a servicios de educación, salud, vivienda, y trabajo. Estas condiciones de vulnerabilidad han impactado en el proceso de envejecimiento y en las posibilidades de proyectar su vejez, por lo que constituyen la población más afectada en términos de desventajas y de falta de accesibilidad a los derechos.

Ser ciudadano/a de un Estado implica mucho más que ser un/a sujeto/a de derecho. Es, ante todo, la posibilidad de que la autoridad Estado -en representación del pueblo- reconozca a las personas como sujetos/as pertenecientes al orden humano, parafraseando a Butler. Ese es el efecto simbólico y es quizá uno de los más importantes de la idea de ciudadanía moderna: el efecto de reconocimiento (Brown, 2019, p. 23).

Ser iguales frente a la ley se materializa cuando el estado les reconoce a todos/as la posibilidad de gozar de derechos y libertades. Nuestro país, desde hace algunos años, viene generando un plexo normativo que garantiza los derechos relacionados al matrimonio igualitario, a la identidad de género, a los derechos sexuales y reproductivos, al derecho a la educación sexual, a la seguridad social, al cupo laboral trans, entre otros. En materia de ordenamiento normativo nuestro país se encuentra entre los más avanzados de la región, generando propuestas que tienden al reconocimiento, inclusión, respeto, libertad e igualdad social de las diversidades sexuales. Si bien, en el plano normativo hay cada vez mayor reconocimiento de los derechos de estas minorías, no logran plasmarse sustantivamente garantizando la dignidad de estas personas mayores.

Desde los aportes de la Psicogerontología entendemos que el cuerpo en el envejecimiento se constituye como uno de los escenarios en los que se inscribe el paso del tiempo. Estas marcas en el cuerpo impactan en la imagen que se ofrece a la mirada (arrugas, canas, calvicie, postura corporal, por ejemplo) y también en la funcionalidad (fuerza, rapidez, resistencia). La conciencia de finitud deja de ser una representación abstracta para constituirse en un hecho cercano que se presentifica en la percepción de este cuerpo. Esta experiencia de cambios en la imagen, en el esquema corporal y en el desempeño exige a las personas mayores un trabajo de elaboración psíquica del cuerpo que ha sido y del que es en la actualidad. Las transformaciones interpelan lo que permanece y lo que cambia, vaivenes estos que constituyen y sostienen la identidad y el proyecto identificador en el devenir del sujeto envejecente (Aulagnier, 1996). La elaboración de

estas vicisitudes vitales permite la integración cuerpo-psiquis con una identidad sexuada y erótica, necesaria para el encuentro deseante con otro cuerpo. La sexualidad, como una expresión interpersonal, adquiere características relacionadas con el encuentro, la intimidad, la comunicación entre otras. Iacub refiere respecto de Star “establece una diferencia en el interior de la sexualidad a través de la idea de lo “placentero” ya que entiende que, si algunas prácticas sexuales no son posibles con la edad, hay “otras avenidas que si están abiertas” (Iacub, 2006, p. 169).

Personas mayores, sujetos de derecho

En el año 1991, la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) aprobó los *Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad*, documento que representó un hito en la elaboración de instrumentos declarativos destinados a los mayores. A partir de allí, se continuó con un proceso continuo de trabajo de distintos países para avanzar en la elaboración de nuevos documentos más abarcativos aunque todavía no vinculantes, referidos al envejecimiento y a los derechos de las personas mayores. Así, el siguiente acontecimiento fue la aprobación de la *Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe*, en el año 2012.

Luego de años de trabajo y negociaciones entre representantes de distintos países en el seno de la Organización de Estados Americanos (OEA) se logró arribar, en el año 2015, a la aprobación del único instrumento interamericano y el primero a nivel internacional. Éste abarca la gama de derechos a ser protegidos para las personas mayores, desde los civiles y políticos, hasta los económicos, sociales y culturales: la *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*.

La *Convención* tiene como objetivo promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad. Protege derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales y subraya que

(...) la persona mayor tiene los mismos derechos humanos y libertades fundamentales que otras personas, y que estos derechos, incluido el de no verse sometida a discriminación fundada en la edad ni a ningún tipo de violencia, dimanen de la dignidad y la igualdad que son inherentes a todo ser humano (OEA, 2015).

Es importante destacar que esta es una de las convenciones más holísticas en el mundo pues contempla casi todos los aspectos de la vida de las personas mayores. De este modo, sirve como mecanismo integrador de los principios y derechos señalados en la serie de instrumentos sobre la materia que se han promulgado a nivel interamericano e internacional.

Establece que una persona es mayor a los 60 años o más (salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años). Además, enumera una serie de principios, entre los cuales se destaca, en relación a la capacidad jurídica, el de la dignidad, independencia, protagonismo y autonomía de la persona mayor y enuncia una serie de derechos y deberes que se desprenden de los principios establecidos.

El concepto de *autonomía* (etimol. *auto nomos*, el que se gobierna según su propia ley) es la capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir el día a día de acuerdo con las normas y preferencias propias. Este concepto está ligado al principio de dignidad que se reconoce a todo ser humano y puede diferenciarse en:

- *Autonomía decisional (o moral)*: tiene que ver con la capacidad de tomar decisiones mediante una argumentación moral personal, con la consiguiente asunción de responsabilidad, involucrando la gestión de las dependencias.
- *Autonomía funcional (o fáctica)*: es la posibilidad de hacer por uno mismo las actividades de la vida cotidiana: levantarse, vestirse, alimentarse.

Considerando la posibilidad de que la persona mayor pueda sufrir alteraciones en su capacidad cognitiva, es necesario diseñar un *sistema de apoyos* para la toma de decisiones que asegure la protección contra los abusos y aprovechamiento de sus vulnerabilidades.

Es posible proyectar una *autonomía acompañada* en la que, aunque algunas capacidades disminuyan, puedan potenciarse las que se conservan garantizando el respeto a la historia singular, personal, relacional. Hacia ello deben estar dirigidos los sistemas de apoyo (materiales, inmateriales, cuidados, etc.)

En el caso de nuestro país y respecto del desarrollo de un marco normativo que propicia el enfoque de derechos humanos en el campo de la gerontología, afortunadamente podemos contar con la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 del año 2010, la cual establece ciertas premisas claves para propiciar un envejecimiento con dignidad y subjetivante.

Esta Ley presupone la capacidad para todas las personas. Define a la salud mental como un proceso determinado por componentes biológicos, socio-económicos, históricos y culturales (véase Orleans y Lavarello, este volumen). Prevé que la atención de las personas con padecimiento mental deberá realizarse en hospitales generales con un abordaje interdisciplinario e intersectorial. Señala que la internación será el último recurso terapéutico, para lo que se deberá contar con el consentimiento de la persona o de algún representante de su voluntad. En el marco de un nuevo paradigma de derechos humanos, la ley de salud mental establece el derecho a recibir tratamientos bajo las modalidades menos restrictivas de las libertades y derechos de las personas promoviendo la integración e inclusión en los ámbitos familiar y comunitario. Esta normativa, si bien no es específica para el tratamiento de las personas mayores, logró regular a las instituciones de internación psiquiátrica que los albergaban, interviniendo también sobre las formas de abordaje y los tratamientos en salud mental de las personas mayores. Las intervenciones terapéuticas tendrán como objetivo la promoción, reforzamiento y/o restitución de los lazos sociales.

Las representaciones y creencias acerca del proceso de envejecimiento en un contexto determinado están en directa relación con las formas de atención, organización y tratamiento de los servicios que se brindan a los mayores en instituciones tales como hogares, residencias, programas, entre otras. Las prácticas cotidianas de los actores de las distintas organizaciones (profesionales de la salud, usuarios, por ejemplo) están sostenidas por esas ideas y creencias y desde allí articulan sentidos, como señalamos anteriormente.

Es posible observar, en un breve recorrido histórico, cómo las modalidades de atención para las personas mayores brindaron respuesta en estrecha relación a un momento o contexto determinado. En este sentido, señalaremos sucintamente algunas características del pasaje del paradigma asilar al paradigma que promueve la salud desde una perspectiva de derechos. Zolotow realiza una historización respecto a las instituciones residenciales para personas mayores y menciona que:

(...) están teñidas de tradición y de historia, nacen y se desarrollan bajo concepciones asilares. Recién a mediados del siglo XX algunas incorporan el concepto de rehabilitación y a partir de la década del ochenta se comienza a pensar en términos de promoción de la salud” (Zolotow, 2010, p. 89).

Actualmente coexisten estas tres concepciones:

- En el primero de los paradigmas, los sistemas rígidos hacen corresponder a la vejez con la enfermedad. Tiene como objetivo satisfacer las necesidades fisiológicas y atender a la seguridad física.
- La propuesta rehabilitadora supera la propuesta anteriormente descrita, al atender la capacidad funcional de los residentes, garantizando las necesidades básicas.
- El enfoque de promoción de salud se inscribe en la concepción del desarrollo integral de la persona, independientemente de su edad, procura el aprovechamiento de sus potencialidades y la realización personal. La institución se transforma de acuerdo a los intercambios con su contexto, la atención es personalizada y centrada en el residente.

En la actualidad se postula el *Modelo de Atención Centrada en la Persona* (ACP) el cual supone un dispositivo de atención que, mediante apoyos, busca minimizar la situación de fragilidad, discapacidad o dependencia con el objetivo de garantizar que los destinatarios continúen desarrollando su proyecto de vida. Reconoce la singularidad y el valor de la persona mayor, haciendo foco en sus capacidades (y no en el déficit o la enfermedad). Para este modelo, la persona se concibe como un sujeto con derechos que participa en la toma de decisiones y en el diseño del dispositivo que tiene como objetivo su calidad de vida, involucrando a la familia, a los profesionales, a la comunidad y al entorno. Los y las profesionales se relacionan de manera personalizada con el/la usuario/a (conociendo la biografía y las preferencias, por ejemplo), potenciando la independencia y la autonomía.

Si, tal como hemos mencionado anteriormente, el envejecimiento es un proceso diferencial y singular, entonces, en consecuencia, su abordaje también debe serlo. La uniformidad en la oferta

de los diferentes servicios o tratamientos destinados a las personas mayores constituye un reduccionismo al no contemplar la diversidad y heterogeneidad de las personas. Atendiendo a las singularidades que presentan las personas mayores, es preciso señalar que entre envejecimiento y fragilidad hay una delgada línea divisoria (véase Carbone y Zanassi, este volumen). Podemos definir a la fragilidad como la pérdida progresiva de las reservas fisiológicas del organismo, es decir, la declinación en la capacidad de los órganos de hacer frente a las demandas internas y externas. Se denomina *anciano frágil* a una persona mayor de 65 años (Touceda, 2007) que presenta un equilibrio inestable de aspectos biomédicos y psicosociales que aumentan el riesgo de padecer eventos adversos. Estos pueden provocar dependencia, discapacidad u hospitalización, incrementando las probabilidades de ser alojado en una institución de cuidados o de perecer. La detección temprana de estas condiciones permite tomar decisiones para la mejor atención de las personas mayores con fragilidad.

La *dependencia* es un estado en el que, por razones ligadas a la falta o pérdida de capacidad psíquica, física o intelectual, una persona no logra la gestión de la vida cotidiana en su medio ambiente. La dependencia puede ser categorizada en grados que van desde la necesidad de ayuda para la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria denominada *dependencia moderada* (comer, asearse, etc.) hasta la *gran dependencia* en la que la persona, para llevar adelante las actividades, necesita asistencia y cuidados permanentes. Es un término general que abarca las deficiencias (pérdida o anomalía de una estructura o función corporal, anatómica, fisiológica o psicológica), las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación en la esfera comunitaria.

El Acompañamiento Terapéutico en la vejez

En líneas generales, podemos definir un dispositivo como un conjunto de elementos heterogéneos que delinea funciones determinadas para sus partes. Es una red de atravesamientos institucionales, discursivos y no discursivos que incluye, entre sus tensiones, las relaciones de poder y de saber.

En el caso del AT, Dragotto y Frank (2012) señalan que:

(...) es un dispositivo que permite diseñar una estrategia adecuada a la singularidad de cada paciente, dependiendo de la situación que el sujeto está atravesando. Para ello, el acompañante terapéutico (AT) se insertará en la vida cotidiana del paciente, compartiendo con él “su mundo”, “su cotidianeidad” (p. 204)

Por otro lado, Pulice (2018) indica que la constitución del Dispositivo de AT debe eliminar recetas y formatos preestablecidos, dejando en suspenso el propio ser para dar lugar al arribo del sujeto. Allí será posible, desde la posición transferencial, propiciar la escucha de la singularidad y de nuevos trazos subjetivos. El autor señala:

Lo más difícil de soportar, en nuestra profesión, es que el A.T. es una presencia que toma el rasgo singular, en la lógica de cada caso. Y no hay ningún recetario ni manual que permita anticipar, o establecer a priori, una definición. (p. 29)

Al decir de Petriz (1997):

(...) es un verdadero desafío trabajar con aquello cuya tendencia es negarlo por efecto de desmentida. Frecuentemente, se verbaliza más o menos conscientemente el rechazo al trabajo con las personas mayores, o su contrario, la idealización defensiva, contracara del horror a la vejez; compromiso con la propia conflictiva edípica, actualizada en la transferencia (s/n).

Acompañar terapéuticamente en la vejez (resaltamos “en” la vejez y no “a” la vejez) es posible si estamos advertidos de algunas particularidades de esta clínica que suele mostrar pacientes, por ejemplo, elaborando duelos por pérdidas reales o simbólicas, atravesando el quiebre de la continuidad de su identidad o vivenciando el derrumbe subjetivo.

Cuando pensamos en el encuentro entre AT y vejez es necesario mencionar, como hemos referido con anterioridad, que las representaciones sobre este momento vital predisponen frecuentemente hacia una valoración deficitaria, negativa y, como consecuencia, a un abordaje paternalista. Es deseable que dichas ideas sean revisadas, interpeladas, deconstruidas, para que el/la at pueda ofrecer su presencia, hospedando la diversidad que involucran las *vejeces*. También es necesario señalar que este encuentro reviste características transferenciales particulares. La persona mayor, en muchos casos, es ubicada y se ubica en el lugar de objeto de cuidados. En esta dinámica se reedita algo del entramado vincular que posiciona a el/la at como hijo o nieto. La lectura de esta repetición relacional, desde la perspectiva psicoanalítica, habilita nuevas formas de elaboración de los acontecimientos favoreciendo nuevas ligazones libidinales.

Podemos señalar que si bien, la mayor parte de las veces, el dispositivo AT es propuesto para acompañar a personas mayores por padecer una patología física (como, por ejemplo, alguna enfermedad neurodegenerativa) o un padecimiento mental (como una depresión) también es posible que este dispositivo sea indicado ante circunstancias relacionadas con la fragilidad en la trama relacional.

Peixeiro (2013) sostiene que el AT en la vejez tiene la función de subvertir las lógicas de exclusión que recaen sobre esta etapa vital. Propone también que la posición ética que guía el trabajo de el/la at está orientada a abrir nuevas formas de la dimensión subjetiva de distinto tenor al que se encuentran sometidas las personas mayores con padecimiento mental.

En el caso de la atención y el AT en las *vejeces* es necesario contar con el atravesamiento de una formación gerontológica que permita promover una mirada superadora del déficit, rescatar las potencialidades, propiciar la contención y socialización, garantizando la escucha de la singularidad y la emergencia de una subjetividad deseante.

Referencias

- Aulagnier, P. (1996). Los dos principios del funcionamiento identificador: permanencia y cambio. En su *Cuerpo, historia, interpretación. De lo originario al proyecto identificador*. Paidós.
- Blanco, M. (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*, 5(8), 5-31.
- Brown, J. (2019). Presentación. En Paula Mara, Danel y Mónica, Navarro (Comps.), *La Gerontología será feminista*, 23. La Hendija.
- Dabove, I. (2018). Autonomía y vulnerabilidad en la vejez: respuestas judiciales emblemáticas. *Revista de Derecho*, 34.
- Danel, P. y Navarro, M. (2019). *La Gerontología será feminista*. La Hendija.
- Dragotto, P. y Frank, M.L. (2012). *Acompañantes. Conceptualizaciones y experiencias en A.T. Brujas*.
- Huenchuan, S. (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629_es.pdf
- Iacub, R. (2006). *Erótica y vejez. Perspectivas de Occidente*. Paidós.
- Iacub, R. (2011). *Identidad y envejecimiento*. Paidós.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) (2012). *Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012*. INDEC. Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/encaviam.pdf>
- Organización de Estados Americanos (OEA) (2015). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Adultas Mayores*. Disponible en: http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Envejecimiento y ciclo de vida*. Disponible en: <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/> Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021). *Envejecimiento y salud*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Peixeiro, M. (2015). Acompanhamento Terapêutico no envelhecimento: subvertendo as lógicas de exclusão. *Actas de VI Congresso Ibero-americano de Psicogerontología. La Paz, Bolivia*.
- Petriz, G. (1997). Figuras de la clínica: el viejo [Seminario virtual]. Clase 2 del Seminario "Temas de Psicogerontología". PsicoMundo y Tiempo. Disponible en: <https://www.edupsi.com/pgl/>
- Pulice, G. (2018). *Acompañamiento Terapéutico, transferencia y dirección de la cura. Fundamentos éticos de su clínica*. Letra Viva.
- Neugarten, B. (1999). *Los significados de la edad*. Herder.
- Rodríguez, P. R. (2012). La atención integral centrada en la persona: Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia. En *Envejecimiento y relaciones intergeneracionales*, 187-214. Fundación Universitaria San Pablo CEU.
- Salvarezza, L. (1996). *Psicogeriatría. Teoría y clínica*. Paidós.

- Stegman, M.C. (2018). Una edad difícil. Vejez trans y gay. Disponible en: <https://www.algec.org/una-edad-dificil-vejez-trans-gay/>
- Suárez Rehaag, D; y Bolaños Torres, B. (2019). *Personas mayores lesbianas, gays, bisexuales y transgénero (LGBT): derechos humanos y bienestar socioeconómico olvidados*. CEPAL. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/notas/personas-mayores-lesbianas-gais-bisexuales-transgenero-lgbt-derechos-humanos-bienestar>
- Touceda, M.A.; Rubin, R. y García, C.J. (2007). *Salud, Epidemiología y Envejecimiento*. Facultad de Psicología. U.N.M.D.P.
- Urbano, C. y Yuni, J. (2011). *Esos cuerpos que envejecen. Representaciones y discursos culturales de la vejez*. Brujas.
- Zarebski, G. (2007). La Psicogerontología hoy. *Actas del II Congreso Iberoamericano y I Congreso Uruguayo de Psicogerontología*. Montevideo, Uruguay.
- Zarebski, G. (2009). Diversidades en la Psicogerontología. *Revista Kairós*;12(5), 4-22. Disponible en: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2664/1709>
- Zarebski, G. (2011). La Teoría del Curso de la Vida y la Psicogerontología actual: frutos simultáneos de un mismo árbol. En José, Yuni (Comp.), *La Vejez en el Curso de la Vida*. Encuentro Grupo Editor
- Zolotow, D. (2010). Hogares de ancianos, transformaciones posibles para un buen envejecer. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 1, 88- 92. Disponible en: http://trabajo-social.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/11_zolotow.pdf.