



Universidad Nacional de  
Rosario Facultad de Psicología

## Trabajo Integrador Final

Investigación Bibliográfica

“Biomedicalización y vejece”

Autora: Blas, Guadalupe  
Dni: 36.550.107  
Legajo: B-2775/8  
Mail: Guadyblas@gmail.com  
Docente responsable: Jambrino, Andrea

## Índice

Resumen	y	palabras	
claves.....			3
Presentación del			
problema .....			4
Desarrollo			
Prejuicios,	discurso	médico	y
vejez			
.....			6
Mantenimiento del prejuicio viejo			
igual enfermo y sus diversas consecuencias .....			8
Las instituciones gerontológicas			
y el concepto de vejez.....			10
Modelos teóricos de abordaje			
existentes .....			12
El rol del psicólogo en las			
instituciones geriátricas que están atravesadas por el modelo			
biomédico.....			1
3			
Conclusión.....			1
7			
		Bibliografía	
.....			18

## **Resumen**

El presente trabajo se propone la indagación de los desarrollos teóricos de un tema actual y complejo como es la biomedicalización y las “vejeces”. Para su abordaje se adopta la modalidad de investigación bibliográfica desde una tesis panorámica, como una forma de mostrar las principales opiniones existentes en la actualidad sobre el tema. Para ello, se seleccionan libros y artículos de autores como Conde Salas, Iacub, Salvarezza, entre otros. El desarrollo del material discursivo trabajado parte del análisis de los prejuicios en relación al “viejo” que se observa en las instituciones gerontológicas que poseen una perspectiva biomédica. En función de dicho análisis se continúa explorando el mantenimiento de estos prejuicios y sus diversas consecuencias para luego plantear las instituciones gerontológicas y su relación con el concepto de vejez. Esta indagación permite arribar a los modelos teóricos de abordaje existentes lo cual facilita el acercamiento a la problemática del rol del psicólogo en instituciones geriátricas atravesadas por el modelo biomédico. En relación a ello se considera y promueve la escucha de las “vejeces” para que las mismas se

reconozcan como válidas.

**Palabras claves:** Envejecimiento - Vejez - Modelo biomédico - Institucionalización.

## **Presentación del problema**

El presente escrito tendrá como eje central reflexionar acerca de cómo afecta la medicalización y la patologización de la vejez en el trabajo del psicólogo en instituciones gerontológicas.

Para ello será necesario definir ciertos conceptos, partimos de diferenciar vejez y proceso de envejecimiento. Se considera a este último como un proceso gradual y dinámico en el que intervienen diversos factores, mientras que “la vejez” es una construcción social, histórica y cultural de la última etapa de la vida.

Podemos observar que en la actualidad la vejez se ve atravesada por estereotipos propios de la sociedad en la que vivimos, en la cual el “viejo” es visto y considerado como dependiente, depresivo o improductivo. Dentro de estos prejuicios también encontramos que el viejo es sinónimo de enfermo o deficiente quedando así como un sujeto pasivo al cual diagnosticar o categorizar.

Partiendo del análisis de estos prejuicios, es que se observa que en las instituciones gerontológicas el modelo teórico subyacente es el modelo biomédico, el cual será abordado siguiendo los aportes de Estes & Binney (1991), quienes plantean que “este modelo constituye un paradigma que se basa en la patología orgánica individual, en la etiología

fisiológica y en las intervenciones biomédicas en el envejecimiento” (Estes & Binney, 1991, p.1).

Es desde aquí que surge la pregunta de cómo trabajar en las instituciones gerontológicas que están atravesadas por el discurso médico hegemónico y la biomedicalización del adulto mayor, siendo ésta la realidad que hoy nos atraviesa. Para ello también se tomará a Salvarezza (1994), que aborda los prejuicios anclados al establecimiento de la medicina como ciencia, y enuncia las enfermedades provocadas por ésta, con el objetivo de rastrear cómo esto afecta los diversos procesos de envejecimiento.

Salvarezza (1994) habla de “procesos de envejecimiento”. A partir de esto, se tomará el término de vejece, para dar cuenta de que así como existen diferentes procesos de envejecimientos también hay diferentes y singulares formas de vejece.

Desde esta óptica se trabajará sobre la institucionalización, ya que es considerada una realidad en muchos adultos mayores. Se enfatizará en el hecho de que las instituciones gerontológicas dejan por fuera factores ambientales y sociales complejos que afectan a los propios sujetos envejecentes, y que las mismas concepciones que circulan en ellas obstaculizan el trabajo interdisciplinar así como también nuevas formas de abordaje.

En el análisis de dichas instituciones se tomará como punto de partida los desarrollos teóricos de Goffman (2001), que trabaja sobre las instituciones totales y sus principales características, considerándose de esta manera a las instituciones geriátricas bajo esta óptica.

En la misma línea, los aportes a María Isolina Dabove (2011) plantean lo dificultoso que es el proceso de institucionalización de los adultos mayores en instituciones geriátricas, además de la vulnerabilidad de los derechos que ella observa. Partiendo del mismo, se reflexionará acerca de cómo los prejuicios, mencionados anteriormente, influyen en la idea de que “el viejo” pasa a ser un sujeto que comienza a perder cierta autonomía, derechos, sus propios procesos y deseos.

Es comprendiendo esto que se profundizará de qué manera trabajar en instituciones que poseen esta lógica, cómo abrir espacios que permitan romper con ciertos discursos instituidos en ellas, promoviendo la escucha de “las vejece”, reconociéndolas como válidas. Para ello se tomarán los desarrollos teóricos del Ps. José Luis Salas (1999), quien trata la objetivación de las personas mayores en las instituciones gerontológicas y plantea un posible abordaje de las mismas en dichas instituciones; así como también los aportes del Ps. Ricardo Iacub (2012), que muestra las diversas formas de violencia que sufren “las vejece” y las posibles vías de trabajo enfocadas a su empoderamiento.

Partiendo del entendimiento de estos ejes principales se abordará el presente escrito

4

bajo la modalidad de investigación bibliográfica, se realizará bajo la forma de una tesis panorámica, mostrando las opiniones existentes en la actualidad sobre la temática y problema aquí planteado.

Para ello y tomando en cuenta lo anterior, el presente TIF va a abordar los desarrollos de Salas (1999) y Iacub (2012) como eje central, ya que plantean el trabajo del psicólogo en instituciones gerontológicas. Asimismo, se seleccionaron libros y artículos académicos cuyos autores son considerados referentes dentro de esta problemática, quienes realizan teorizaciones claves a partir de su experiencia en el campo y al mismo tiempo facilitan la reflexión sobre el interrogante aquí presentado, permitiendo de esta manera dar respuesta a dicha pregunta.

## **Desarrollo**

### ***Prejuicios, discurso médico y vejez***

Teniendo en cuenta las categorías presentadas previamente se tomará como punto de partida entonces el análisis de los prejuicios en relación al “viejo”. Para ello tomaremos al psiquiatra Robert Butler (1969), quien explica que los prejuicios son fenómenos que se dan en todas las culturas y que consisten en un cúmulo de actitudes negativas y pasivas hacia las personas viejas. Para definir esto, el autor acuñó el término “*ageism*”, que contempla “el conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los viejos simplemente en razón de la acumulación de cierto número de años” (Butler, 1969). Continuando, Butler (1969) explica cómo el mismo “refleja un profundo rechazo y miedo de la población joven y de edad madura al envejecimiento, irradian rechazo y repulsión por

envejecer, enfermar, perder capacidades, perder el poder, convertirse en inútil y después morir”. Leopoldo Salvarezza retomará estos desarrollos teóricos en Argentina y traducirá este concepto antes mencionado como “Viejismo”.

Salvarezza (1994) muestra que los prejuicios se comienzan a conformar en la temprana infancia y son generalmente por identificación con las conductas de las personas significativas del entorno familiar, luego se asientan y racionalizan durante el resto de la vida. Estos se ven influidos por la cultura y la sociedad en la que se desarrollan. Los sujetos que portan prejuicios no pueden reconocer el impacto que estas identificaciones tienen sobre sus propios pensamientos y conductas, de lo cual resulta una mala interpretación de los hechos, reacciones inapropiadas, desinterés o rechazo, según sea el caso. Profundizando, entonces y tomando a Ricardo Labub (2012), se entiende que el viejísimo puede ser explícito, dejando ver de este modo un rechazo manifiesto hacia este grupo de personas, o bien implícito, cuyos criterios no conscientes pueden ponerse en juego ante un “viejo”. Los prejuicios así formados e incorporados socialmente (incluso por los propios afectados) adquieren formas variadas de acuerdo a lo que ejemplifica el autor: “los viejos se encuentran solos y deprimidos”, “los viejos son personas cognitivamente y psicológicamente disminuidas”, “los viejos son todos enfermos o discapacitados” los mismos, dejan al adulto mayor como senil, asexuado o deficiente. Propiciándose así, estereotipos asociados al viejo como dependiente, incapaz, declinado y deprimido.

Ahora bien, continuando con el desarrollo de este trabajo se tomará uno de los prejuicios más popularizados que es el de *vejez igual enfermedad*. Simone de Beauvoir (1970) aclara en principio que la vejez no es una palabra que abarca una realidad bien definida sino que es de difícil delimitación. Desarrolla que:

Es un fenómeno biológico: el organismo del hombre a cierta edad presenta ciertas singularidades. La vejez acarrea consecuencias psicológicas: ciertas conductas se consideran con justa razón como características de una edad avanzada. Como todas las situaciones humanas, tiene una dimensión existencial: modifica la relación del individuo con el tiempo, por lo tanto su relación con el mundo y la propia historia (De Beauvoir, 1970, párr. 1).

De Beauvoir (1970) explica que el hombre no vive jamás en estado de naturaleza sino que en su vejez, como en cualquier edad, su condición le es impuesta por la sociedad a la que pertenece. Lo que hace compleja la cuestión es la estrecha dependencia de los diferentes puntos de vista: “Es una abstracción considerar por separado los datos fisiológicos y los hechos psicológicos: se gobiernan mutuamente” (párr. 1). Según esta autora, la sociedad asigna al anciano su lugar y su papel teniendo en cuenta su idiosincrasia individual, su impotencia, su experiencia y recíprocamente, el individuo está condicionado por la actitud práctica e ideológica de la sociedad para con él. No bastará con describir de manera analítica los diversos aspectos de la vejez, ya que cada uno reacciona en todos los demás y es afectado por ellos. De lo que se tratará es de captarla en el movimiento indefinido de esta circularidad. La vejez como destino biológico es una realidad transhistórica cuyo destino es vivido de

6

manera variable según el contexto social; a la inversa: el sentido o no que reviste la vejez en el seno de una sociedad pone a toda ésta en cuestión, pues a través de ella se descubre el sentido o el no sentido de toda la vida anterior.

Concordando con los planteos de De Beauvoir (1970), se entiende entonces que la vejez adopta una multiplicidad de rostros, irreductibles los unos a los otros y que en el curso de la historia, como en la actualidad, la lucha de clases decidirá la forma en que un hombre es denominado por “la vejez”. Esta no es un hecho estadístico sino que es la conclusión y prolongación de un proceso, envejecer es cambiar y la vida es un sistema inestable en el que el equilibrio se pierde y se reconquista a cada instante.

Para De Beauvoir (1970), la ley de la vida es cambiar y lo que caracteriza al envejecimiento es cierto tipo de cambio irreversible y desfavorable, una declinación, pero ¿qué significa la palabra desfavorable? Implica un juicio de valor anclado a considerar al

hombre en su organismo. Desde esta perspectiva las palabras: favorables, indiferentes, perjudiciales tienen un sentido claro.

Con arreglo a tales opciones los individuos y las sociedades establecen jerarquía de edades; no existe ninguna que sea universalmente aceptada. Definir lo que es para el hombre progreso o regresión implica referirse a cierto fin; pero ninguno es dado a priori, en su valor absoluto. Cada sociedad crea sus propios valores; en el contexto social la palabra declinación puede encontrar su sentido preciso. Por ende, como antes se dijo, la vejez solo puede ser entendida en su totalidad; no es solo un hecho biológico sino un hecho cultural.

Teniendo en cuenta la profundidad de estos desarrollos, la autora demuestra cómo el concepto de vejez va mutando y va siendo acorde a cada época y contexto socio histórico particular. Aun así, lo que parece caracterizar a la senescencia a nivel fisiológico según la autora es:

Una transformación peyorativa de los tejidos (Destrem), éstos son objetos de una deshidratación y de una degeneración grasa, hay una marcada disminución de la regeneración muscular, una involución de los principales órganos y un debilitamiento de ciertas funciones. La apariencia del individuo se transforma, el pelo se blanquea, el vello escarnece, hay una pérdida de elasticidad, la piel se arruga, los dientes se caen, el rostro se achica, los párpados se espesan, los discos de la columna se comprimen, aparecen esclerosis de las articulaciones que acarrear trastornos en la locomoción, el funcionamiento del corazón pierde progresivamente sus facultades de adaptación, el circuito circulatorio sufre, los circuitos hormonales causan afecciones en el metabolismo, hay una involución de los riñones, de las glándulas digestivas y del hígado. Los órganos de los sentidos son afectados, la vista disminuye, la sordera aumenta y el tacto y el gusto tienen menos agudeza (De Beauvoir, 1979, p.33).

Estas generalidades propias de esta época tan particular de la vida, lleva a ciertos médicos a asimilar la vejez a una enfermedad, hay una aparente relación recíproca entre ellos. Lo mismo ocurre en las investigaciones sobre la psicología de la vejez, los gerontólogos adoptan los mismos métodos que cuando estudian su fisiología. Tratan a los sujetos en su exterioridad, basándose esencialmente en la psicometría; sometiendo al individuo a una serie de test que dan como resultado respuestas artificiales que distan mucho de la realidad. En ellos, aparecen afecciones en la memoria, sobre todo en la encargada de la formación de nuevas asociaciones, las personas de edad tienen gran dificultad para adaptarse a las situaciones nuevas, reorganizan fácilmente las cosas conocidas pero se resisten a los cambios, carecen de flexibilidad, sus posibilidades de aprendizaje se reducen así como también la capacidad de cálculo mental y razonamiento lógico. Al igual que el organismo y en relación con él, el psiquismo del anciano es frágil; los casos de enfermedades son más frecuentes en los viejos que en los jóvenes. Estas perspectivas, dirá la autora, "dejan de lado aspectos existenciales y sociales que permiten comprender la complejidad del concepto de "vejez" (De Beauvoir, 1970).

Pese a esto, parece ser que hoy los ancianos están menos "disminuidos" que antes, hay menos en cama y una aparente anti declinación; es que para vivir tanto tiempo ha sido

7

preciso en el punto de partida un potencial de salud excepcional. Ello no impide que en algún momento el individuo se halle disminuido.

Cuando se habla de una "hermosa vejez", dirá Simone De Beauvoir (1970): "significa que el hombre de edad ha encontrado física y moralmente su equilibrio, no que su organismo, su memoria, su capacidad de adaptación psicométrica sean las de un hombre joven. Ningún hombre que viva mucho escapa a la vejez: se trata de un fenómeno irreversible" (p.45). De lo que se trata es de comprender los resultados de estos desarrollos y poder separar los conceptos que quizás se entre mezclan, para esclarecer, el "proceso de envejecimiento", es esto a lo que la autora hace referencia, sería este fenómeno irreversible del cual no se tiene escapatoria y la "vejez" es el concepto socio histórico cambiante, que representa un momento abstracto que no basta para entender su complejidad

La involución senil de un hombre se produce siempre en el seno de una sociedad,

depende estrechamente de la naturaleza de ésta y del lugar que ocupa en ella el individuo en cuestión. Estos factores, no se pueden aislar de las súper estructuras sociales, políticas, ideológicas que lo cubren; considerando de modo absoluto, el nivel de vida es por ahora una abstracción, con recursos idénticos, un hombre será considerado rico en una sociedad pobre y pobre en una sociedad rica. Para comprender la realidad y la significación de la vejez, la autora propone que es indispensable examinar qué lugar se le asigna a los viejos, qué representación se tiene de ellos en diferentes tiempos y en diferentes lugares ya que la importancia de esta confrontación permitirá entrever y dar respuesta a la pregunta: ¿qué hay de ineluctable en la condición de viejo? ¿En qué medida la sociedad es responsable de ellos?

Con el fin de comprender cómo se aborda la vejez y entendiéndolo como una realidad cambiante y mutable de acuerdo a cada sociedad y tiempo histórico es que se tendrá en cuenta la diversidad de esquemas referenciales distintos.

Por ende, se intentará rastrear, qué significan los términos salud/enfermedad en el contexto actual ya que dichas noxas actúan como generadoras o condicionadoras de patología en los adultos mayores.

### ***Mantenimiento del prejuicio “viejo igual enfermo” y sus diversas consecuencias***

La Organización Mundial de la Salud define en 1946 a la salud como “un estado de completa satisfacción física, mental y social y no solamente (por) la ausencia de enfermedad” (Organización Mundial de la Salud, 1945, párr. 2). Años más tarde, en 1985 modifica esa definición y expresa “la salud es la capacidad de realizar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los problemas del ambiente” (Organización Mundial de la Salud, 1985). Ambas dejan ver los cambios sociales y contextuales propios de cada época y sus respectivos impactos.

Para exponer el presente punto, nos centraremos en la definición de la OMS del año 1946. Esta, nos dice Salvarezza (1994), al incluir las tres áreas de conducta donde la salud se expresa, nos brinda un punto de partida importante para considerar lo que debe “funcionar” en relación a lo que “no funciona”. Más allá de la definición, el autor muestra cómo la salud de los viejos es generalmente descrita desde dos vertientes distintas: 1- en términos de presencia o ausencia de enfermedad, o 2- en términos de cuán satisfactorio es su funcionamiento en cualquiera de las áreas mencionadas.

Esta definición en términos de enfermedad lleva a comprender a la salud como una reducción meramente biológica en la cual su origen puede ser identificable bajo diversas técnicas de laboratorio. Los profesionales que tienen como eje y guía esta definición, han abocado al “modelo médico de la perspectiva de salud”. Salvarezza (1994) dice que este juicio sobre la salud basado en la presencia o ausencia de patología es el resultado de la observación, exámenes clínicos y hallazgos de laboratorio y, en tanto intenta ser objetivo, está, no obstante sujeto a la sofisticación de los medios tecnológicos disponibles tanto como a las características que reflejan el clima social del momento en que se producen. Este consenso general del criterio de salud funcional en los viejos conlleva implícitamente

8

consideraciones psicológicas y sociales en gerontología que parecen quedar en un segundo plano. Conde Sala (1999) al respecto, expresa que considerar a las personas mayores, únicamente como objetos de la intervención lleva a constatar el privilegio de la atención sobre el cuerpo, tratado como un “ente objetivable”, un cuerpo sobre el cual se aplica el saber de un experto, de un profesional que sabe y de un “paciente” que espera la actuación de este saber sobre él. Estas intervenciones se presentan de forma operativa, dejando a la persona desprotegida frente a la omnipotencia profesional. Si solo se trata el tema de la salud desde el punto de vista asistencial, se favorece el estereotipo de la persona mayor como enferma o necesitada de atenciones.

El “modelo médico asistencial” establece entonces, una relación dialéctica entre la formación de políticas públicas en relación con la investigación y la percepción popular de

sus conclusiones y sus consecuencias generalmente mediatizadas por los medios de comunicación.

En el caso específico de la vejez su interpretación exclusiva como problema médico se centrará en las enfermedades de los viejos, en su etiología, manejo y tratamiento. Esto lleva a definir, en muchos casos, los problemas del envejecimiento y sus procesos biológicos, psicológicos y sociales. Equiparar vejez con enfermedad, ha llevado a la sociedad a pensar al envejecimiento como algo patológico o anormal. Al etiquetarlo como enfermedad se transfiere esta condición a todos los que están envejeciendo, condicionando de esta manera las actitudes de las personas en sí mismas y de los otros hacia ellos (Conde Sala, 1999).

Tomar como un problema médico a la vejez profundiza de esta manera el prejuicio aquí analizado como "viejo igual enfermo". De esta manera, se ve cómo la raíz del prejuicio "los viejos son todos enfermos", es el mismo modelo biomédico que plantean Estés & Binney (1991) en el cual la vejez es vista como un proceso básico e inevitable de fenómenos biológicos relativamente inmutables.

El resultado de estos reduccionismos lleva a los profesionales a poner el foco en el diagnóstico individual, en el cual se observa el curso de la enfermedad, la resistencia y la respuesta efectiva o no en base a la relación médico/paciente dejando por fuera la consideración de factores ambientales, sociales y subjetivos más complejos. Desde esta perspectiva, el foco primario estaría volcado en la enfermedad como problema, con causas y soluciones individuales dejando al adulto mayor a merced de rotulaciones diagnósticas. Al mismo tiempo, esta visión se ve reforzada por la familia, amigos y por el sistema de creencias presente en la misma sociedad, que pone el foco en la dependencia de las personas mayores, llevando así a una pérdida de autonomía, en la cual la privacidad empezaría a ser cercenada a partir de la duda acerca de las capacidades y de las decisiones que ellos mismos pueden tomar (Conde Sala, 1999).

La complejidad de los prejuicios que nos rodean, que circulan en la sociedad y su interacción llevan muchas veces a que los sujetos dejen de ser considerados en su individualidad y particularidad, socavando muchas veces sus deseos y derechos.

Es a partir de los prejuicios, sobre todo el aquí descrito (viejo igual enfermo) que la mirada médica está puesta entonces en atender la patología, de esta forma el foco estará volcado, como dice Salvarezza (1994) "en demorar o eliminar los supuestos fisiológicos del envejecimiento" (p.10), lo cual llevaría a la medicalización de cualquier aspecto de la vida cotidiana. Esta premisa que se promueve en la actualidad, es la extensión de la vida a cualquier precio y el ingenuo deseo de inmortalidad. Retomando a Salvarezza (1994), "el gran peligro de esta tendencia y su amplitud hacia el control sobre todos los aspectos de la vida lleva a crear cada vez más enfermos, algo que siempre tiende a identificarse con aquellos que ejercen el poder" (Salvarezza, 1994, p. 10). El problema hoy, está en ignorar la naturaleza de dicha producción social, lo cual provoca una "iatrogenia estructural" (Salvarezza, 1994, p. 8) que se produce y se mantiene con el consumo de productos y servicios que se imponen en el mercado alentando la fantasía de bienestar o la promesa de eterna juventud generando conductas dependientes hacia estos productos

9

A esta oferta proveniente del mercado se le puede interpretar de dos maneras: 1. Enfocándonos en aspecto positivo, que proviene justamente de los avances médicos, ya que son éstos los que a su vez posibilitan el aumento en la expectativa de vida y 2. Observado el aspecto negativo que aumenta y remarca la diferencia entre juventud y vejez, propiciando de esta manera conductas dependientes o no hacia los fármacos existentes. Lo importante será tener ambos en cuenta para comprender la complejidad que nos rodea.

A este contexto actual se agrega que "los viejos" arriban a consulta con una enorme combinación de diversos medicamentos (polifarmacia), lo cual aumenta el desconocimiento sobre la prescripción médica en geriatría existiendo así un manejo muchas veces equivocado de los psicofármacos por falta de formación en psicogeriatría.

Los médicos son víctimas de un sistema perverso de transmisión de conocimientos que no contempla la enseñanza de los temas relacionados con el envejecimiento y la vejez y que, cuando lo hace solamente pone el acento en la patología sin detenerse en el desarrollo normal de esta parte del curso vital. (Salvarezza, 1994, p.164).

Esto deja ver la falta de un sistema de enseñanza que no prepara a los profesionales para ciertos aspectos de la realidad, como ser, el caso específico del notable aumento de la longevidad que se registra a nivel mundial y las consecuencias que esto tiene, las cuales habrá que encarar de manera interdisciplinaria incluyendo así, lo biológico, lo psicológico y lo social.

Las actitudes negativas hacia la vejez que se desprenden de este tipo de prejuicios y sus modos de accionar impiden e incapacitan al sujeto para llevar una vida autónoma y libre, reduciéndolo a un deterioro, sin tomar en cuenta la riqueza de esta etapa vital y las enormes potencialidades de los adultos mayores.

### ***Las instituciones gerontológicas y el concepto de vejez***

Ahora bien, nos enfocaremos entonces en las instituciones gerontológicas propiamente dichas, en este caso en particular, aquellas que son de larga estadía. Este tipo de instituciones, se definen a sí mismas y se presentan a la sociedad como espacios que intentan sujetivar al paciente, que promueven procesos de cuidados y la mejora en la calidad de vida, recuperando el valor del compromiso, la responsabilidad y la empatía hacia el adulto mayor. La realidad actual es que los geriátricos no han contado ni cuentan con un plan gerontológico nacional que permita ordenar y racionalizar de antemano a los mismos. Dice Dabove (2000), “muchos problemas ‘intra e inter-institucional’ podrían controlarse mejor en beneficio de la autonomía de las personas que en ellas residen si contáramos con una planificación general referida a los geriátricos” (Dabove, 2000, p. 10). Como se ve, los geriátricos argentinos no cuentan con una fuente formal nacional que contemple de manera específica su modo de constitución y funcionamiento. No existe en ellos, según la autora, reglas nacionales que permitan encuadrar y controlar su actividad bajo patrones comunes. Lo cual lleva, en muchos casos a la falta de garantía de los derechos de las personas mayores. Bajo esta óptica, y considerando a la vejez como un dato diferenciador relevante para el sistema jurídico argentino. El anciano es un sujeto débil y vulnerable. Razón por la cual urge reforzar su posición en aras de lograr el respeto cierto de su condición en términos de igualdad ante la ley. Se debería garantizar de manera más sólida el ejercicio del derecho de la libertad de los mayores, entre otros.

Siguiendo entonces con Dabove (2000), la autora muestra cómo:

Habitar la ancianidad parece tener dos alternativas: mientras que para algunos la opción de elegir donde vivir es libre, para otros se convierte en una necesidad inexcusable: la enfermedad crónica, la discapacidad funcional, la soledad parecen ser razones que obligan al individuo a dejar su domicilio; aunque éste ya no sea un marco físico de una familia, continúa siendo el hogar para el individuo y su pérdida parece ser vivida con dolor (Dabove, 2000, p. 3).

10

Esto nos lleva a pensar que los procesos de institucionalización de las personas mayores parecen haber aumentado correlativamente con el aumento de la esperanza de vida de los mismos. El problema de esto está en la falta de comprensión de estos procesos y en el contexto social actual que promueve soluciones eficientes y rápidas a cualquier costo sin respetar muchas veces la singularidad de cada caso. En este escenario social que nos rodea, pareciese ponerse un énfasis generalizado por parte de las instituciones geriátricas en centrarse en el modelo biomédico, propiciando así la medicalización de “las vejeces” y convirtiéndose las mismas en un “deposito” de enfermos que habría que contener.

Citando nuevamente a Dabove (2000):

Las condiciones de existencia del ser humano y la sociedad se empobrecen

notablemente. El principal problema de la institución geriátrica es la institución en sí misma, en tanto constituye una solución al problema asistencial centrada en la creación de “espacios para ancianos” que son alejados de su contexto natural: el medio social. (p. 6)

Así, podemos ver que estas concepciones que rodean a las instituciones gerontológicas hoy dejan ver cómo “el viejo” pasa de ser un sujeto a un objeto de consumo y de mercancía en donde la persona, su autonomía, sus derechos y sus deseos se pierden en pos de la necesidades de los otros (llámese “otros” al propio medio social como también al familiar).

Entonces, retomando y ampliando de esta manera, el análisis del concepto de institución con todo lo expuesto hasta ahora, se tomará a Goffman (2001) autor que define a estos espacios como “establecimientos sociales o instituciones, a los sitios como habitaciones, o conjunto de ellas, edificios o plantas industriales en las cuales se desarrolla una actividad determinada de manera regular” (p.17). Estas se encuentran atravesadas, como se dijo antes, por cierta lógica que le otorga características particulares y modela de alguna manera el accionar de los sujetos en ella implicados.

Continuando con los desarrollos del presente autor, podemos decir entonces que las instituciones a nivel general poseen cualidades de ser instituciones totales ya que éstas se definen como “un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten una rutina diaria, administrada formalmente” (Goffman, 2001, p.13). Es desde aquí, que se pueden ver entonces ciertas características que les son propias. Una de ellas es que tienen la cualidad de absorber gran parte del tiempo e interés de sus miembros. Además, todos los aspectos de la vida de los sujetos que en ellas se encuentran se desarrollan en un mismo lugar y bajo la misma autoridad, las actividades obligatorias diarias del individuo se llevan a cabo con la compañía de un gran número de personas que están estrictamente programadas y se imponen desde arriba. Puede observarse que todas las tareas que realiza el adulto mayor, ya sea de recreación, alimentación, trabajo o descanso, se desarrollan dentro del establecimiento y en compañía de pares. Para llevar a cabo estas acciones se instauran rutinas a través de la organización y el control de horarios establecidos para realizarlas: existe un horario para servir la comida, para el cuidado y la higiene, para realizar ciertas actividades recreativas y para el sueño. Esta rigurosidad en los horarios hace que las personas mayores se amolden y estén pendientes de ello, lo cual da cuenta de que su vida depende de ello. Esta tendencia se encuentra atravesada por los obstáculos que se oponen a la interacción social del interno con el exterior, lo cual se expresa mediante la presencia de grandes muros, puertas cerradas, alambres de púas, acantilados o ríos.

Ahora bien, en tanto que las instituciones geriátricas cumplen con éstas características se puede decir entonces que son instituciones totales y al mismo tiempo son instituciones que se enmarcan en un contexto social determinado. Lo social se reproduce en las instituciones y es por esto que las mismas se ven impregnadas de ciertas representaciones sociales propias del contexto en el que se encuentran, de esta manera es que resulta tan importante el análisis de ellas, no solo de su origen sino también poder comprender sus características propias y particulares y sus modos de funcionamiento para luego poder intervenir profesionalmente.

11

Las concepciones de vejez y los prejuicios que las atraviesan, junto con sus características orientan los modos de trabajo y de atención dirigida al adulto mayor dentro de estos establecimientos. Su mirada, en la actualidad está puesta de manera prioritaria en la enfermedad de los pacientes, en los factores biológicos y en los tratamientos que posibiliten mantener estabilizado al adulto mayor a partir de las intervenciones del médico. Esta actitud nos advierte que la atención que se brinda está principalmente basada en el modelo biomédico de Estes & Binney (1991) tan arraigado en la estructura de pensamiento institucionalizado que es difícil de erradicar.

A través del análisis de dichos conceptos se intenta ser conscientes de los

atravesamientos y de las representaciones sociales que nos invaden. Los prejuicios y estereotipos que se ven impregnados en estas instituciones a menudo obstaculizan el dialogo entre éste colectivo y la institución misma. Los adultos mayores, quedan muchas veces, en un rol pasivo sin posibilidad de apelar al dialogo y sin nadie que realmente los contenga.

### ***Modelos teóricos de abordaje existentes***

Ahora bien, para poder lograr el objetivo antes mencionado es importante conocer los modelos teóricos psicológicos existentes que rodean a estas instituciones. Para ello, tomaremos los aportes de Conde Sala (1999), quien expone que “el rol de la persona mayor en nuestras sociedades aparece, vacío de contenido y atravesado por estereotipos peyorativos” (p. 1). Esto nos permite ver cómo muchas veces estos estereotipos circulan entre los profesionales y dejan a la luz el predominio de la enfermedad, la dependencia y los recursos socio-sanitarios por encima de los aspectos positivos propios de esta etapa de vida. Hay, según el autor, un excesivo énfasis en los aspectos patológicos que hacen considerar a las personas mayores únicamente como objetos de intervención, esto lleva a una atención sobre el cuerpo, el cual es tratado como un “ente objetivable”, un cuerpo sobre el cual se aplica el saber de un experto, de un profesional que sabe y de un “paciente” que espera la actuación de este saber.

Ahora bien, el modelo más habitual y conocido sigue líneas similares a lo anterior, las personas poseen “necesidades” que han de ser evaluadas y objetivadas por un experto, respecto a las cuales se aplicaran unos recursos. A veces, cuanto mejor se adapte a las “necesidades objetivas”, más buena resultara la actuación profesional. Por otra parte, muchas veces estas necesidades, no concuerdan con las necesidades expresadas por la persona.

Algunos de los modelos psicológicos que se sitúan en esta línea (y por mimetismo con el modelo biomédico) dice Salas (1999), se centran en las capacidades cognitivas o emocionales que son objeto de diagnóstico y de programas de rehabilitación, dejando a un lado la comprensión de la demanda y el apoyo a la persona necesitada. Estas intervenciones, a pesar de que son matizadas por conceptos como la “inter-diciplinariedad”, los elementos “bio-psico-sociales”, etc. Muy a menudo se presentan de forma operativa dejando a la persona desprotegida frente a la omnipotencia profesional.

Existen elementos que son comunes a este tipo de actuación: por una parte el profesional como sujeto de la intervención, investido de un saber incuestionable; y por la otra, la persona mayor como objeto de la intervención, como persona que no sabe, que desconoce cosas que están referidas a ella misma. De esta manera, se fomenta un modelo basado en la dependencia y la regresión (Conde Salas, 1999).

De manera simultánea a este modelo existen aquellos en los que la persona mayor ha de ser considerada como un sujeto activo. Entre ellos encontramos al modelo médico asistencial, cuyas actuaciones preventivas respecto a la salud tienen como objetivo conseguir una mejora en la calidad de vida y evitar la enfermedad. En éstas no se contempla a la persona mayor únicamente como un objeto sino que se ve a la persona mayor como un sujeto, como alguien que puede intervenir respecto a él mismo, en la mejora de su calidad de vida. Prevenir aquí, implicaría pensar en qué manera la persona puede contribuir a mejorar su nivel de salud, es decir, se considera a las personas mayores como sujetos que tienen capacidades que es

12

preciso estimular y potenciar: capacidades cognitivas, formas de actuar, de pensar, de sentir, etc, Esto lleva a poner el acento en aquello que puede hacer el sujeto de manera individual: ejercicio físico, descanso, ejercicio intelectual, higiene, nutrición, vivir positivamente, disponer de una red de apoyo personal-familiar-institucional, fomentar la actividad social y relacional etc.

Otro modelo es el dinamizador de actividades, éste proviene del campo social y tiene

la premisa de “ejercitar las capacidades, tanto intelectuales como de relación, lo cual garantiza su mejor conservación”. Éste enfoque permite ofrecer y dictar cursos y actividades dirigidas al conjunto del público adulto, sin distinción de edades, en la medida en que se favorece la integración de las personas mayores en un contexto en donde puede producirse un intercambio estimulante. Estos ejercicios y vinculaciones deben ser significativos (es decir, que tengan un sentido concordante) para la persona mayor y al mismo tiempo posibilitar la transmisión de conocimientos con otros (Conde Salas, 1999).

Por último está el modelo de participación y asesoramiento propiciado por entidades cívicas y políticas cuyo objetivo es incorporar el asesoramiento de las personas mayores a los planteamientos generales de los diversos temas. En este sentido, se han concretado intervenciones que apuntan a que los mayores expresen sus opiniones sobre el conjunto de temas cruciales en la comunidad en la que están integrados.

La adopción o aceptación de un modelo por sobre otro dependerá siempre de las necesidades “objetivas” observadas y de la concepción que se tenga en cada sociedad del rol social de las personas mayores.

Ahora bien, entendiendo estos modelos antes expuestos y abocándonos específicamente al trabajo del psicólogo se considera aquí, de suma relevancia el hecho de poner el acento en el sujeto, posibilitándole al mismo algún cambio interno que le permita vivir mejor los condicionantes sociales y/o biológicos de este periodo tan particular. El objetivo que se persigue es considerar a la persona mayor como un sujeto capaz de decidir sobre su propia vida, el mismo, tiene la capacidad para reorientarla si es preciso y la ayuda del profesional irá en dirección a que la persona pueda hacer el proceso de subjetivación propio de esta etapa ¿qué significa esto? Que la persona pueda simbolizar, representar y elaborar el proceso de envejecimiento a través de una necesaria interioridad. Aquí, el profesional acompaña, facilita, permite y ofrece la posibilidad y es la persona misma la que realiza dicho trabajo.

### ***El rol del psicólogo en las instituciones geriátricas que están atravesadas por el modelo biomédico***

Ahora bien a todo lo antes desarrollado hay que agregar una última categoría de análisis que será la del rol del psicólogo dentro de este tipo de instituciones, que, como se ha dicho se ven atravesadas por el modelo biomédico. Aquí tomaremos los aportes de Ricardo Iacub (2001), que muestra que es necesario aclarar que:

El rol del psicólogo devendrá del pedido de una institución geriátrica en la cual la misma pueda creer necesario este rol. En primera instancia el pedido puede aparecer, entre otros, como resultado de la demanda de una obra social, como criterio científico o como demostración de status. Por otra parte dentro de este llamado puede incluirse diversos roles más o menos ajustados a nuestra práctica profesional. Dichas situaciones deberán ser consideradas ya que nos permitirá ver el lugar ofertado y nuestras posibilidades allí. Por lo tanto, la aceptación o no del lugar propuesto dependerá de la ética profesional y del deseo puesto en juego (párr. 45).

Conociendo el lugar podremos confeccionar un “espacio” en el cual el psicólogo a lo largo de su trabajo produzca en la institución la posibilidad de cambio. Con ello se hace referencia a un modo de inserción en el cual el psicólogo tendrá como objetivo provocar modificaciones en la subjetividad de los internos, que por las propias características de esta institución terminará incidiendo sobre la misma. Por tanto se debe consolidar un espacio en

tanto dispositivo de cambios posibles dentro del geriátrico, ahora bien, ¿cómo construir este espacio? Iacub (2001) plantea que:

Nuestro entendimiento solo será posible en tanto haya un buen alcance de lo institucional, lo cual requerirá un manejo de la historia de la misma, de tipo de control, dirección (quien dirige: dueño o director), manejo de personal sobre los internos (qué

manejo tiene el personal con los residentes), hábitos institucionales( horarios de despertar, dormir, comidas, solicitud de salidas), tipos de contacto (externo-interno, relación con las familias, medios y modos de pago, controles de obras sociales, entre otros), modos de manejo de la información( clara o difusa), consideraciones éticas (información sobre lo gerontológico, preocupación por el bienestar y qué se entiende por el mismo) aceptación o no de la queja de los sujetos (importante para fundamentar su acción). En la medida que conocemos lo institucional podremos dar cuenta de las determinaciones a los residentes (párr. 47).

Aun nos quedará otro paso que será el saber acerca de las individualidades. Para ellos utilizaremos otras técnicas que van desde las historias clínicas, entrevistas en donde se detallan los motivos de la internación, el modo de ingreso (voluntario o no), el llamado a la familia (lugar o no que tenga el sujeto dentro de su familia). En este último punto, sostendrá el autor:

Debemos tener especial consideración ya que usualmente no hay una decisión personal de entrar el geriátrico sino que recae sobre los familiares. Aumentando de esta manera el valor relativo a la familia, ya que deviene un lugar de poder efectivo sobre los residentes (Iacub, 2001, párr. 49).

Otra de las etapas de diagnóstico que atañe a los psicólogos, según Iacub (2001), es averiguar si hubo o no otro psicólogo, que hizo, cuál fue su historia, siendo cuidadosos de saber qué y cómo se hizo, si falló o sirvió su trabajo.

Puede que todo esto nos abra un campo de posibilidades o puede que haya un campo virgen o que no fue bien utilizado y en ese sentido debemos rastrear con los propios residentes cuáles serían las vías facilitadas.

Una vez realizados los pasos anteriormente mencionados el psicólogo tendrá que ir diseñando una oferta de posibilidades desde lo que se oiga de la queja, no solo de las personas mayores sino también desde todos los grupos de la institución. La oferta que se propondrá tendrá que contar con una planificación en la que nuestra ubicación (ligada al rol) irá variando tanto como las demandas que se establezcan, es decir, lo que se requieren en diversos momentos, lo cual hará nuestra posición más o menos activa según sea necesario para los objetivos propuestos. Recordemos que el principal será producir un cambio, modificaciones subjetivas en los sujetos, en especial en su atravesamiento institucional. La posibilidad de que la palabra circule dentro y fuera del geriátrico, que se oiga ante los jefes y entre los congéneres, que se reconozcan como válidos, implica ya un fuerte cambio de posicionamiento, donde puede resultar una confrontación probable, de un llamado y un pedido por un lugar propio.

Entonces, retomando todo lo dicho, será necesario intervenir desde una propuesta. Apuntando a las demandas que se establecen, a las interpretaciones de los hechos sociales internos y externos, a los modos de poder entre las jerarquías y los residentes. Por esta vía, siempre particular, debemos contar, en lo posible con la permeabilidad propia del geriátrico ya que muchas veces es posible desatar tensiones que no siempre devienen en un salto sino en un estrellamiento. Las intervenciones implican abrir una dimensión del síntoma en lo institucional y para ello debemos ubicarnos con un pie en la institución y otro afuera de ella, o sea, debe ser un lugar donde se pueda cuestionarla, lo cual implicaría privacidad y un secreto necesario.

No está de más aclarar que el rol del psicólogo, en particular y el resto del equipo interdisciplinario no debe dejar de tener en cuenta los efectos subjetivos en los residentes, derivados de los discursos que crearon y sostienen las instituciones geriátricas.

Ahora bien, con todo lo dicho hasta aquí, la pregunta es cómo llevar a cabo intervenciones de este tipo en instituciones donde la prioridad esta puesta, como bien antes se dijo, en la enfermedad y no en el sujeto. En donde las instituciones no solo se ven atravesadas por los prejuicios y estereotipos previamente analizados sino que poseen un modelo biomédico que tiende a la pérdida de autoestima, al desempoderamiento y a

diversas clases de violencias que hacen que los sujetos que están en ellas queden sin capacidad de encontrar salidas y un propósito vital.

Iacub (2012) explica al respecto, diciendo que es necesario apuntar a una intervención que se oriente a romper con el “viejismo” que tenga como eje a los adultos mayores y el respeto por su autonomía, que se preste atención al potencial de salud existente entre ellos, que no se los prejuzgue ni se los descalifique. Que se redescubran espacios novedosos y creativos que les brinda el tiempo libre y los nuevos encuentros sociales; que se rompa el marco de lo esperable supondrá definir una nueva forma de actuar creativamente.

El objetivo es volver a recuperar un sentido de vida personal y positivo, que el adulto mayor se empodere (que se fortalezca, se potencie), lo cual implica ayudar y hacer posible a las personas a ganar, a volver a conseguir y a mantener el poder y el control sobre sus vidas. Se tenderá a mejorar la capacidad de apropiación de poder y a una modificación positiva de su autoconcepto.

Este tipo de intervenciones, centradas en el empoderamiento, implican comprender cómo fue establecido un determinado discurso o idea de la realidad, para volverlo a construir desde otro lugar. Conlleva un:

Proceso de reconstrucción de la identidad que supone, como antes se dijo, la atribución de un poder, de una sensación de mayor capacidad y competencia para promover cambios en los aspectos personales y sociales de cada sujeto. Esta toma de conciencia de sus propios intereses y de cómo estos se relacionan con los intereses de otros produce una nueva representación de sí y genera la dimensión de un colectivo con determinadas demandas comunes (Iacub, 2012, p.29).

Dentro de esta concepción encontramos 3 dimensiones:

1- la personal: que supone el desarrollo de la confianza y la capacidad individual, así como la posibilidad de deshacer los efectos de la opresión interiorizada por los sujetos. Para ello resulta necesario tomar conciencia de las dinámicas de poder que operan en el contexto vital y promover habilidades y capacidades para lograr un mayor control sobre sí. 2- Relaciones próximas: se refieren al desarrollo de la capacidad de negociar e influir en la naturaleza de la relación entre los sujetos y de las decisiones que se toman dentro de ella. 3- Colectiva: implica el trabajo conjunto para lograr un impacto más amplio del que podrían haber alcanzado los sujetos individualmente. (Iacub, 2012, p. 29)

El objetivo último del empoderamiento es que el sujeto se lea desde un sistema de creencias e ideas distinto y constituya una de las piezas que permitan su transformación identitaria. Como psicólogos, afirma Iacub (2012), “se posibilitará que las personas mayores vivan de una manera que maximice sus habilidades para desarrollarse de manera autónoma, positiva y con estilos de vida satisfactorios” (p. 29). Para ello, la participación como derecho humano universal jugará un rol preponderante, ya que les garantizará la transformación de lo cotidiano, la incidencia del sujeto sobre aquello que le afecte y le importe será el punto de partida. Es importante señalar que este tipo de intervenciones se encuentran bajo un nuevo paradigma denominado “vejeces” entendiendo, de esta manera la singularidad de las distintas formas de envejecer.

En este contexto, las estrategias dirigidas a la participación se asocian y están estrechamente vinculadas con las dimensiones del empoderamiento que se mencionaron anteriormente. Iacub (2012) expone que:

Desde una perspectiva personal, implica promover la autonomía, entendida como la capacidad de decidir y actuar libremente, evitando la injerencia no deseada o la falta de estima de los otros, la promoción de recursos para elaborar proyectos y

desempeñarlos adecuadamente; el control sobre los cambios que se produzcan en el envejecimiento, entre los que se destacarán el manejo de la salud y el cuidado de sí. Desde la perspectiva de las relaciones interpersonales se considera que los ámbitos familiares o de las relaciones próximas son espacios de inclusión de alta gravitación

que requieren estrategias que aumentan la capacidad de decisión frente a seres queridos, evitando así el control del otro. Esto implica fortalecer las redes de apoyo a través de otros que puedan ser relevantes, ya sean amigos, parejas, o grupos. Por último y desde la perspectiva de las relaciones comunitarias, la participación implica el no abandono de espacios valorados socialmente, la inclusión en nuevos espacios para personas de la misma edad o no abrirán diversas posibilidades (p. 31). La participación, dice Iacub (2012):

Se articula claramente con la noción del empoderamiento ya que representa un soporte real y efectivo a partir del que un sujeto constituye o pierde poder. Así como las miradas prejuiciosas y estereotipadas sobre el envejecimiento desempoderan a los adultos mayores, las diversas formas de empoderamiento y participación reescriben los modos de ser y vivir esta etapa vital (p. 32).

Las diversas estrategias psicológicas que plantea el autor para el empoderamiento apuntan a “comprender cuáles son los temores y las preocupaciones que atañen a los mayores, que pueden implicar crisis y resoluciones que afectan a la identidad de la persona. Se trata también de poder ir comprendiendo y darse cuenta de las oportunidades y las limitaciones en los distintos dominios de funcionamiento (social, psicológico y biológico) y actuar en consecuencia, ya sea construyendo y potenciando metas logrables o cambiando de objetivos, acomodándose así a nuevas posibilidades” (p.35).

Esto se denomina optimización y significa poder ir mejorando ciertas habilidades y destrezas. La compensación se referirá a la posibilidad de equiparar pérdidas diseñando alternativas centradas en superar dichas mermas, sin necesidad de cambiar las metas. Otro punto a comprender es la autoeficacia, esto es, la creencia en las propias capacidades para alcanzar con éxito un determinado logro. Por último, tener proyectos y proyecciones que le den sentido a la existencia constituye un punto de vital importancia ya que brindan vitalidad y el deseo de un mañana. El sentido vital se define como el conocimiento de un orden que otorga coherencia y propósito a la propia existencia, persiguiendo objetivos y metas que brinden una sensación de valor y promuevan una mayor satisfacción vital y autoestima. El sentido y sus prácticas permiten al sujeto desarrollar proyectos en la actualidad, a través de nuevos contextos que promuevan posibilidades de desarrollo a partir de la transmisión a otros o incluso a partir de la trascendencia. El proyecto o proyección de sí durante el envejecimiento es una apuesta de sentido cuando ya nadie nos demanda, de manera obligatoria, como trabajar, atender a nuestros hijos, etc. Es allí donde cada uno debe acompañar la apuesta por el más puro deseo, entendiendo la importancia de que en algún momento de la vida, uno haga lo que se le dé la gana, para lo que solo hacen falta el sostén de la actitud, el compromiso y la continuidad (Conde Salas, 2012).

## **Conclusión**

Con todo lo desarrollado podemos decir que la investigación bibliográfica pretendió conocer cómo afecta la medicalización y patologización de la vejez en el trabajo del psicólogo en instituciones gerontológicas. Para ello, se inició este trabajo esclareciendo la

diferencia entre los conceptos de vejez y proceso de envejecimiento, ya que resultan imprescindibles para comprender el posterior desarrollo. Entendiendo “la vejez” como una construcción social, histórica y cultural es como se desembocó indudablemente en el análisis de los prejuicios que rodean este concepto, ya que los mismos se encuentran y atraviesan las instituciones gerontológicas actuales y muchas veces obstaculizan el trabajo del psicólogo en las mismas.

A través de dicha elaboración se observa cuán arraigado se encuentra el discurso médico hegemónico y la biomedicalización de “las veces” que en ellas habitan. Es por esto que resulta necesario no solo su análisis sino también ir más allá de los estereotipos y esquemas presentes en este tipo de instituciones, esto nos permitirá redescubrir nuevos espacios de manera creativa y novedosa

De esta manera y considerando lo desarrollado, hay que tener en cuenta la perspectiva del curso de vida que supone un abordaje integrador e interdisciplinar que posibilita la convergencia entre los diversos marcos de pensamiento. Se intentará ir más allá del “viejismo” aquí expuesto, comprendiendo que la vejez es diferente en cada sujeto, y entendiendo a “las vejeces” desde el paradigma de la complejidad, propiciando de esta manera, lo derechos de las personas mayores, su autonomía, su empoderamiento, y una mejor escucha y contención de los mismos.

Repensar las representaciones que nos rodean (muchas de ellas hegemónicas, establecidas) y que muchas veces se encuentran tan naturalmente arraigadas, es una herramienta útil ya que nos posibilita un abordaje más amplio. De lo que se trata, como se dijo previamente, es de generar un cuestionamiento continuo que permita y posibilite el cambio, para ello, es necesario propiciar el surgimiento de espacios que promuevan estas “las vejeces” y los procesos singulares de cada persona que envejece, teniendo en cuenta su autonomía y sus derechos.

Es con este objetivo que resulta imprescindible poder reflexionar el peso discursivo que conllevan las instituciones geriátricas hoy en día y los distintos modelos que las rodean. Ponerlos a la luz y analizarlos ya es en sí mismo una elaboración que rompe con lo instituido que en ellas se encuentra.

Como psicólogos, no siempre resulta fácil este trabajo ya que la realidad muchas veces es más compleja y los contextos dinámicos, pero de lo que se trata es de acompañar esta apuesta desde el más puro deseo, teniendo como eje la actitud, el sostén, el compromiso y la continuidad. Se trata de mantener abierto el diálogo con otras disciplinas, de tener paciencia, tacto y e interés, tanto con los adultos mayores como con el equipo de trabajo. Se debe prestar atención al potencial de los adultos mayores sin caer en las estereotipias sociales o prejuicios generalizados que si bien todos sabemos que existen y circulan, muchas veces los mismos terminan perjudicando, no solo a los mismos sujetos sino también el abordaje integral de ellos, considero que teniendo todo esto en cuenta y el deseo como motor principal toda intervención y cambio, tanto a nivel institucional como subjetivo, es posible.

Para finalizar, nos gustaría tomar a Simone De Beauvoir (1970) cuando dice “No sigamos trampeando; en el futuro que nos aguarda está el sentido de nuestra vida; no sabemos quiénes somos si ignoramos lo que seremos: Reconozcámonos en ese viejo, en esa vieja” (p.12).

## **Referencias bibliográficas**

Binney, E., y Estes, C., (1991). La biomedicalización del envejecimiento: peligros y dilemas.

- Recuperado de  
[http://www.clasesatodahora.com.ar/examenes/uba/psicologia/psicovejez/psicovejez2009r\\_esbiomedicalizacion.pdf](http://www.clasesatodahora.com.ar/examenes/uba/psicologia/psicovejez/psicovejez2009r_esbiomedicalizacion.pdf)
- Conde Sala, J., (1999). Las personas mayores: ¿Objetos o sujetos de intervención? *Revista tiempo. El portal de la psicogerontología*, 2, 1-6. Recuperado de:  
[https://www.researchgate.net/publication/235992391\\_Las\\_personas\\_mayores\\_Objeto\\_o\\_sujetos\\_de\\_la\\_intervencion](https://www.researchgate.net/publication/235992391_Las_personas_mayores_Objeto_o_sujetos_de_la_intervencion)
- Davobe, M., (2000). Derecho a la ancianidad y bioética de las instituciones geriátricas. *En: Homenaje a Dalmacio Vélez Sarsfield*, T.III (pp. 3-10). Córdoba: Academia nacional de Derecho y Ciencias Sociales editores.
- De Beauvoir, S. (1970). *La vejez*. Buenos Aires: Editorial sudamericana. Goffman, E. (2001). *Internados Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Salvarezza, L. (1994). Vejez, medicina y prejuicios. *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*, 1, 4-6. Recuperado de: <http://area3.org.es/Uploads/a3-1b-vejezLSalvarezza.pdf>
- Iacub, R (2012). *El poder en la vejez. Entre el desempoderamiento y el empoderamiento*. Pami: Buenos Aires. Recuperado de <https://comunidad.pami.org.ar/wp-content/uploads/2021/05/el-poder-en-la-vejez-copy.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (1946). Preámbulo de la constitución de la asamblea mundial de la salud, adoptada por la conferencia sanitaria internacional, Nueva York, 19-22 de junio. Recuperado de [http://apps.who.int/gb/bd/s/s\\_index.html](http://apps.who.int/gb/bd/s/s_index.html)
- Organización Mundial de la Salud (1986). Carta de Ottawa (Canadá). Primera conferencia internacional de promoción de la salud. Ontario. Disponible en:  
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>