

Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü

<http://kimelu.mdp.edu.ar/>

Licenciatura en Terapia Ocupacional

Plan de Tesis

2015

Encuentros musicales

Llona, Nadie Soledad

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/1115>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

“ENCUENTROS MUSICALES”

Llona- Massaro- Pernas

2015

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

PLAN DE TESIS PRESENTADO EN FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL

LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL

MAR DEL PLATA – BUENOS AIRES -ARGENTINA

INDICE

Índice.....	1
Dirección/ Asesoría Metodológica/ Tesistas.....	4
Introducción.....	6
PARTE 1: ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	
Estado actual de la cuestión.....	9
PARTE 2: MARCO CONCEPTUAL	
La vejez en la sociedad actual.....	16
El proceso de envejecimiento.....	17
El envejecimiento activo.....	21
Distintos modos de envejecer.....	23
La institución gerontopsiquiátrica.....	27
Tipos de instituciones.....	29
Salud.....	33
Promoción de salud.....	35

Promoción de la salud y Terapia Ocupacional.....	36
Concepción de lo grupal.....	38
¿Qué es un dispositivo grupal?.....	39
Los grupos dentro de las instituciones.....	40
Rol del coordinador en el proceso grupal.....	41
La modalidad de taller.....	44
La música como recurso técnico.....	46
PARTE 3: ASPECTOS METODOLÓGICOS	
Tema de investigación.....	51
Objetivos de investigación.....	51
Metodología.....	52
Diseño de investigación.....	52
Diagnostico poblacional.....	55
Población.....	60
Técnicas de recolección de datos.....	60
Procedimiento.....	61
Análisis de los datos.....	61

Taller de actividades Lúdico-Musicales.....	62
Objetivos del Taller.....	67
Fundamentación.....	67
Impacto y expectativas de logro.....	69
Localización.....	69
Periodo.....	69
Destinatarios.....	70
Modalidad.....	70
Frecuencia.....	70
Recursos humanos y materiales.....	71
Tipo de registro.....	72
Intervención y evaluación.....	72
Bibliografía.....	76
Referencias bibliográficas electrónicas.....	80

Directora:

- T.O. Mariana Soria


.....

Asesoramiento metodológico:

- Dra. en Psicología Deisy Krzemien
- Asignatura Taller de Trabajo Final. Departamento pedagógico de la Lic. en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNDMP.


.....

Autoras:

- Llona, Nadia Soledad

DNI 30.923.068


.....

- Massaro, Luciana

DNI 29.958.721

Reside en la ciudad de Laprida.

- Pernas, María Daniela

DNI 31.554.819

Reside en la ciudad de Lobería.

Esta investigación se ha regido por las "Normas de estilo en la redacción de trabajos académicos en Psicología. Resumen, selección, ejemplos y adaptación al español de normas APA" 6° edición. Agustín Romero Medina .Versión de Marzo 2013.[APA (2010). Publication Manual of the American Psychological Association, 6th ed. Washington, DC:American Psychological Association].

Introducción

El presente estudio surge a partir de la experiencia vivida en el marco de Práctica Clínica II, durante el periodo abril-julio 2014, con el fin de conocer la situación de vulnerabilidad de dicha población; la misma se desarrolló en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Municipal de la ciudad de Laprida, donde se encuentra ubicado el Asilo Municipal. Si bien la práctica clínica se correspondía al área de Discapacidades Físicas, a través de tal experiencia pudimos contactarnos con pacientes provenientes del Asilo Municipal que concurrían a dicho servicio.

La institución donde se llevó a cabo la sistematización fue en un Asilo Municipal. Este tipo de investigación se realizó mediante un diseño de Investigación Acción.

Nos propusimos, dentro de este contexto, implementar un dispositivo grupal bajo la modalidad de un Taller Lúdico-Musical, que propicie modos de envejecimiento más saludables, como estrategia de promoción de la salud. Al basarnos en un diagnóstico poblacional, se busca no solo hacer énfasis en las carencias, sino también en las capacidades y potencialidades de esta población en estado de vulnerabilidad, respondiendo a la necesidad detectada y teniendo en cuenta las fortalezas de cada uno de los residentes.

La demanda manifiesta por los residentes estaba orientada hacia un “hacer ocupacional” fuera de lo establecido institucionalmente, así como también la formación de un grupo que sirva como sostén afectivo.

Se pensó en un dispositivo grupal como un medio que propicie la formación de un espacio que irrumpa con la rutina institucional establecida. Permitiendo despertar

interés y motivación hacia la participación, y favorecer procesos de expresión y comunicación.

De esta forma se pudo crear un espacio de intercambio, de creación, de contención, de aprendizaje y transformaciones mutuas, de crecimiento, así como una experiencia rica y gratificante en cuanto a logros y vínculos creados.

Se presenta así, la experiencia transitada y la sistematización del proceso generado a partir del dispositivo grupal Lúdico- Musical, cuya finalidad ha sido la conformación del grupo, favoreciendo a un envejecimiento saludable desde la perspectiva de la promoción de la salud.

Más allá del lugar o situación y del rótulo o etiqueta, todos los sujetos poseen capacidades y potencialidades que puedan devenir saludables. En eso consiste nuestro desafío.

PARTE 1

ANTECEDENTES DE LA

INVESTIGACIÓN

Estado actual de la cuestión

La búsqueda y revisión de estudios previos relacionados con esta investigación, se realizó considerando las bases de datos nacionales e internacionales desde las disciplinas de Terapia Ocupacional, Gerontología, Psicología; se consultaron la Biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social y Biblioteca Central de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

En la línea de promoción de la salud Monchietti, Krzemien, (2002); y Silva Concha, (2004), presentan trabajos que muestran el análisis o adaptación del modelo psicosocial y su compatibilidad o incompatibilidad con las políticas del estado chileno hacia los adultos mayores. Efectuado el mismo, se describe una propuesta de trabajo para esta población a partir de la creación de un programa educativo, destinado a promover formas de envejecimiento saludables en la comunidad. Concluye que el modelo psicosocial resulta ser una buena opción para intervenir en el proceso de envejecimiento satisfactorio para el adulto mayor, a partir de la consideración de tres aspectos fundamentales: la autogestión, el rol activo del viejo, y una comunidad capaz de dar respuesta y acoger a la heterogeneidad de grupos de adultos mayores y, de modo particular, a aquellos que se encuentran en situación de vulnerabilidad.

En íntima consonancia con la línea de intervención plasmada en este trabajo, Monsalve Robayo, (2005) publica un artículo que muestra la importancia de plantear estrategias para el uso productivo del tiempo libre de personas mayores institucionalizadas a través del diseño de programas de animación sociocultural

que generen continuidad, sentido de pertenencia y autogestión. Se aplica inicialmente una lista de chequeo de intereses en donde se describen actividades educativas, culturales, de participación socio comunitaria y de ocio productivo. La presentación del programa tuvo lugar en un hogar gerontológico de Bogotá, Colombia e incluyó el desarrollo de la expresión, la participación cultural y artística, una vertiente comunitaria y asistencial, la motivación para la formación permanente, la dinamización de recursos y la educación en el tiempo libre. Concluye en su trabajo, que generar programas de este tipo es una responsabilidad para quienes trabajamos por el bienestar de los adultos mayores, reconociendo a su vez, la importancia de reflexionar minuciosamente sobre los intereses, valores, contextos, materiales, historia ocupacional, hábitos y motivaciones, como factores que garantizan la realización exitosa del programa a desarrollar.

Desde la Promoción de la salud en adultos mayores institucionalizados, Ramos Cordero, Larios González y cols. (2006) a partir de sus experiencias de abordaje grupal, aseguran que la prevención y la promoción de una vida saludable en los mayores alcanza hoy la necesidad de contemplar el ámbito residencial como un espacio idóneo para la intervención. Aportan, desde sus experiencias dentro del ámbito residencial, una serie de criterios a tener en cuenta, tanto en lo que se refiere a los procesos de adaptación, como a la optimización de las estrategias de atención, como un paso más en el objetivo de elevar el bienestar y la salud de los mayores; afirmando que la clave está en ofrecer modos de vida más cercanos a lo cotidiano, en contacto con la comunidad, con actividades organizadas por los

propios mayores, con presencia activa de las familias, con profesionales capaces de dejar desarrollar lo máximo posible sus capacidades desde una relación de ayuda, alejada del paternalismo, sin olvidar la prestación de todos los cuidados asistenciales que precise el anciano durante su estancia en la residencia.

Desde Terapia Ocupacional, a nivel local, existen trabajos de investigación en calidad de tesis de grado como antecedentes. Regueira, A & Herrera, M. E (2001) estudiaron la existencia de la percepción de la participación social como necesidad en la población de los adultos mayores beneficiarios del programa ASOMA que residen en esta ciudad; considerando fundamental este conocimiento para rescatar lo vivido y sentido por éstos sujetos en relación a la participación social y para plantear cualquier intervención que intente dar una respuesta adecuada al sentir comunitario. Este trabajo permitió, pensar en una intervención comunitaria ampliando las modalidades y posicionamientos de la práctica profesional en tercera edad e invitando a generar espacios que promuevan proyectos de intervención comunitaria focalizados en la promoción y prevención de la salud.

Logullo, Pedernera y Soldavila (2005), estudiaron las necesidades sentidas de los adultos mayores que concurren a un comedor de Centro de Jubilados así como las estrategias de satisfacción consideradas por los mismos. Se halla que la mayoría de los entrevistados refieren y consideran el concepto de necesidad como la falta o carencia. Respecto de las estrategias de satisfacción, se observa en gran medida que los adultos mayores entrevistados proponen la autogestión como modo de búsqueda de la satisfacción.

Albornoz, Crego y Escalada (2009), realizan una sistematización de su experiencia de campo, en una institución total, en el marco de la promoción de la salud, mediante el Proyecto “Comunicación Participativa: Estrategias de Inclusión y Promoción Humana”, en este se implementa un taller de capacitación en técnicas radiales, destinado a personas privadas de libertad, de la Unidad N° 15 de Batán, orientado a la promoción de la salud. El elemento de análisis en el trabajo es la comunicación educativa, describiendo de qué manera la misma permite un proceso colectivo de aprendizaje, la construcción de una actitud crítica y la democratización de la palabra y el saber deviniendo en promotora de sujetos libres, activos, participativos, comunicativos. Con esto se sientan antecedentes de acciones de gestión de promoción de salud desde Terapia Ocupacional en una institución cerrada.

Necco (2010) realiza una sistematización de su experiencia de campo, dentro del marco de la Promoción de la salud en adultos mayores institucionalizados, dicho trabajo lo llevo a cabo en una institución geronto psiquiátrica de esta ciudad, valiéndose de la música y el canto, para realizar un taller grupal con los residentes del lugar siendo el único criterio de inclusión para la participación en el mismo, la motivación voluntaria del sujeto en relación a acudir y permanecer en el espacio. Concluye que con las potencialidades intrínsecas de lo grupal y el recurso musical la estrategia de intervención seleccionada permitió que estos viejos exploraran y desplegaran sus aspectos y dimensiones más saludables, encontrando un espacio del cual se apropiaron fuertemente objetos de amor disponibles y ávidos de ser investidos.

Cabrero, Di Russo y Videla (2011), llevaron a cabo una sistematización de su experiencia, en dicha institución geronto psiquiátrica, en la cual diseñaron e implementaron un dispositivo grupal con 20 residentes, con modalidad de taller lúdico re-creativo, para propiciar modos de envejecimiento más saludables, promoviendo la construcción colectiva de un espacio en el que se revalorice la subjetividad de los sujetos participantes. Concluyeron que el taller se convirtió en un espacio de participación donde el juego posibilitó ensayar diversas situaciones y crear nuevas experiencias, generando el contexto donde los sujetos se permitieron, en el trabajo en equipo, abandonar una actitud tendiente a la pasividad para asumir un rol activo, comprometido y participativo. Lo cual se evidenció en un incremento en el pedido y la demanda de actividades que trascendieron el contexto del taller. Afirman que luego de esta experiencia, los sujetos lograron desarrollar diversas modalidades expresivas y comunicativas que les permitieron establecer nuevos vínculos y reforzar los ya existentes.

Rodríguez y Rodríguez Canitrot (2012), llevaron a cabo una sistematización de su experiencia en la misma institución, en la cual se diseñó e implementó un dispositivo grupal, con modalidad de taller basado en juegos de improvisación, como medio para promover el potencial de salud en los residentes, en el cual se revalorice la imagen de sí mismo y la del “otro”, logrando a su vez, una reconexión con la propia capacidad de ser y crear de los participantes. Concluyeron que la calidad de vida de los adultos mayores en general y en particular los residentes en instituciones mejora a partir del des-envolvimiento en actividades estimulantes, creativas y significativas que se generan en espacios grupales, por esta razón,

creen que la institución no debería ser sólo un lugar para vivir, sino que también ser un espacio de salud, desarrollo personal y grupal.

Wagner, Persico y Tumburrini (2013), realizaron una sistematización cuya finalidad ha sido la de potenciar el proceso creador y la participación social, mejorando así la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados. La experiencia realizada se basó en considerar a la vejez no como un período de tránsito hacia el fin caracterizado por la pasividad, la desvinculación y la improductividad, sino como una etapa colmada de posibilidades.

PARTE 2

MARCO CONCEPTUAL

La vejez en la sociedad actual

La Sociedad, en el orden de lo cotidiano, piensa y describe el término "viejo", a partir del conocimiento de un conjunto de construcciones culturales. Estas representaciones del imaginario social, instituyen y normatizan, una serie de atribuciones negativas (asexuales, incapaces, enfermos, dependientes, intolerantes y en términos opuestos a la juventud), no estrictamente validadas para el conjunto de sujetos en su totalidad. Pero además de describir como se supone que "es" un anciano, también normatiza como "debería ser" una persona vieja, definiendo socialmente aquellas conductas aceptadas por la sociedad, y qué conductas son inadmisibles en esta. Son estas representaciones las que conducen a justificar la progresiva exclusión social del anciano de los espacios y recursos comunes, que se acompaña y alimenta por una formación ideológica que da soporte racional y justifica moralmente aquel reemplazo como una negación de acceso atribuible a una supuesta incapacidad personal. Esto implica, en último término, la negación de sus atributos sociales de identidad personal.

Del mismo modo, desde la perspectiva del modelo médico hegemónico, se concibe a la vejez como un momento de la vida que está caracterizado por presentar un deterioro significativo en la dimensión biológica, y sin contemplar múltiples dimensiones que la constituyen: las experiencias individuales, grupales y particulares, su historia personal, las herramientas que fue creando y desarrollando, sus habilidades, capacidades, recursos, deseos, intereses, como así también sus pérdidas, enmarcadas en el momento socio-histórico-cultural en la

que tuvieron lugar, todos factores influyentes de su estado potencialmente saludable.

El proceso de envejecimiento

El enfoque del Curso Vital considera al envejecimiento como un proceso dinámico, destacando las trayectorias de vida (Dulcey-Ruiz, 2010). Así, atendiendo a cómo las distintas trayectorias de desarrollo ontogenético llegan a ser menos similares a medida que la persona se relaciona con su entorno y avanza en edad, cabe referirnos al concepto de envejecimiento diferencial, aludiendo a la heterogeneidad en la modalidades de envejecer (Lombardo y Krzemien, 2008).

La perspectiva de curso vital no solo contempla a la persona como una entidad orgánica que evoluciona biológicamente desde el nacimiento hasta la muerte, sino también a los diversos aspectos, dominios, y dimensiones del desarrollo (cognitivas, afectivas, psicológicas, sociales, históricas, culturales, familiares) y sus interrelaciones mutuas, donde se producen cambios continuos. (Dulcey-Ruiz & Uribe Valdivieso, 2003).

Esta teoría concibe al ser humano desde un punto de vista holístico, como un ser bio-psico-social-espiritual, pudiendo reconocer la diversidad de aspectos, dominios, estilos de personalidad en una interrelación compleja, con un potencial a realizar y desarrollar en cada momento del curso vital. Este enfoque recuerda que todos los momentos de la vida son potencialmente importantes para el desarrollo, aunque cada momento presente sus propios progresos, limitaciones, particularidades, sus propios procesos de cambios, todos suscitan en un continuo

desarrollo. De esta forma todos los momentos de vida plantean retos que el individuo deberá ir enfrentando y atravesando. La vejez forma parte de esos momentos, y al igual que los precedentes, presentan pérdidas, ganancias, beneficios, oportunidades y desafíos.

Esta teoría contempla a la vejez como un proceso dinámico, progresivo, continuo, comenzando con el nacimiento y culminando con su muerte, y a la vez diferencial porque por más que dos sujetos compartan un mismo momento histórico, social y cultural, el envejecimiento es subjetivamente singular: el sujeto es protagonista del mismo.

Desde esta perspectiva (Baltes, 1983; Baltes & Baltes, 1990; Baltes, Linderberger & Staudinger 1998/2006), se concibe al desarrollo humano como un “proceso ontogenético de adaptación transaccional”, un “proceso de cambios en la capacidad adaptativa de las personas”. El desarrollo se define en relación a las nociones de adaptación y transición que involucra relaciones entre la persona y los múltiples niveles de cambio del contexto, incluyendo la sociedad, la historia y la cultura donde el sujeto se desenvuelve. La perspectiva del desarrollo del Curso Vital se centra en el análisis de los efectos de estas transiciones en el funcionamiento adaptativo de la persona. Este paradigma vincula la implicancia de atravesar las transiciones críticas de la vida con las posibilidades de adaptación enfatizando la irrelevancia de la edad, los cambios permanentes, la multidimensionalidad, y la plasticidad, así como la importancia del contexto y la historia. Es importante introducir el concepto del modelo de optimización selectiva con compensación.

El modelo de Optimización Selectiva con Compensación (S.O.C) (Baltes & Baltes, 1990) postula que las personas están inmersas en un proceso continuo de adaptación a lo largo de toda la vida mediante tres componentes que interactúan entre sí: la selección, optimización y la compensación.

Selección: se refiere a la elección del individuo de determinadas metas o dominios de comportamiento como espacio de desarrollo.

Se pueden diferenciar dos tipos de selección:

-Selección electiva: cuando el individuo elige reducir su participación en algunos dominios, o dejar unas actividades por otras.

-Selección basada en pérdidas: ocurre cuando la disminución de la participación se debe a consecuencia de pérdidas de recursos personales o ambientales. Ambas pérdidas interfieren en las capacidades.

Optimización: permite explorar los recursos que disponemos a nuestro alcance para poner en marcha las mejores estrategias para lograr las metas.

Compensación: cuando el sujeto no posee los medios o recursos relevantes para alcanzar una meta, esta adquiere nuevos medios o recursos sustituyendo los que ha perdido o los que le faltan para alcanzar la meta. El sujeto supera dichas pérdidas compensándolas a través de otras capacidades.

Para este modelo (S.O.C) los individuos, a lo largo de su vida, buscan gestionar de manera exitosa las pérdidas y ganancias mediante estas tres estrategias básicas. Cuando los sujetos se enfrentan a la situación en la que sus recursos

van decreciendo debido a las pérdidas asociadas a la edad, estos pueden desarrollar procesos de selección de metas u objetivos que le permitan un ajuste entre las necesidades personales y sus preferencias, entre las demandas y los recursos. De acuerdo a esta teoría, el proceso de Optimización Selectiva con Compensación permite a los individuos envejecer exitosamente desarrollando una serie de tareas que son importantes para ellos, a pesar de las restricciones debido a la reducción de energía o funcionamiento. A esto se refieren los autores como los “procesos de adaptación selectiva” que van teniendo cada vez mayor importancia cuando algunos recursos disminuyen o se pierden (Freund & Baltes, 2000).

Esta metateoría destaca conceptos tales como “plasticidad adaptativa” y “potencialidad intraindividual”: La plasticidad se refiere a la “adaptabilidad”. Es el grado en que las características del organismo humano cambian o permanecen estables durante el desarrollo. El término plasticidad neuronal, también neuroplasticidad cerebral, es la propiedad que emerge de la naturaleza y funcionamiento de las neuronas y sus conexiones, y que modula la adaptación a los estímulos del medio interno y externo. Pascual-Leoné afirma que “la plasticidad no es un estado ocasional del sistema nervioso, sino el estado de funcionamiento normal del sistema nervioso durante toda la vida” (Pascual-Leoné y Tormos Muñoz, 2010, p. 306). Este concepto expresa la capacidad adaptativa del sistema nervioso para minimizar los efectos de las lesiones o pérdidas a través de modificar su propia organización estructural y funcional. A lo largo de la vida la persona varía en su capacidad de adaptación a su ambiente, que se observa por

ejemplo, en los cambios en su desempeño de las tareas cotidianas, en la respuesta a las situaciones de crisis, en el ajuste a las exigencias del entorno, en el uso de las habilidades instrumentales y de los recursos personales y culturales, en la adquisición y modificación de nuevas estrategias y esquemas cognitivos, y en la satisfacción en las relaciones interpersonales, en la valoración de los vínculos sociales, etc. Dicha capacidad adaptativa de reserva cognitiva se basa en la plasticidad que posee el cerebro (Rodríguez-Álvarez y Sánchez-Rodríguez, 2004). Considerando a Stern (2002), podríamos decir que la reserva cognitiva es un mecanismo cerebral potencial activo basado en la aplicación de los recursos adquiridos gracias a la educación, el entrenamiento, la profesión, la capacidad intelectual, etc., que se pone en funcionamiento cuando en el proceso de envejecimiento disminuyen ciertas habilidades cognitivas. Es decir, la reserva cognitiva se relaciona con los recursos cognitivos e intelectuales que la persona ha logrado acumular en su vida mediante sus conocimientos culturales, estudios académicos, participación en actividades intelectuales, lúdicas, de aprendizaje y de esparcimiento (lectura, escritura, aprendizaje de idiomas, cine debate, juegos intelectuales como el ajedrez, palabras cruzadas, etc.). En ella, por supuesto, influyen los factores genéticos y las capacidades innatas, en especial la memoria, la inteligencia general y el lenguaje; y también tienen efecto las actividades psicofísicas que hayan favorecido el desarrollo psicomotriz.

El envejecimiento activo

A medida que las personas envejecen, la calidad de vida se encuentra, en gran parte, determinada por su capacidad para mantener la autonomía e

independencia. Se define a la autonomía como la capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias. El concepto de independencia hace referencia a la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, es decir, vivir con independencia en la comunidad recibiendo poca o ninguna ayuda de los demás.

La conceptualización de envejecimiento activo fue adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) hacia finales de los años noventa con la intención de transmitir un mensaje más completo que el de "envejecimiento saludable" y reconocer los factores que junto a la atención sanitaria afectan la manera de envejecer de los individuos y poblaciones. Se basa en el reconocimiento de los Derechos Humanos de las personas mayores y en los principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos.

Se considera al envejecimiento activo como un proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Se aplica tanto a los individuos como a grupos poblacionales. El término "activo" hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas y no sólo a la capacidad para estar físicamente activo. Los adultos mayores que se retiran del trabajo, enferman o se encuentran en situación de discapacidad, pueden seguir contribuyendo activamente con sus familias, semejantes, etc. El envejecimiento activo trata de ampliar la esperanza de vida

saludable y la calidad de vida para todas las personas a medida que envejecen incluyendo aquellas personas frágiles, discapacitadas o que necesitan asistencia. Se trata de considerar al adulto mayor como un sujeto de derecho y no solamente como objeto de protección. Tienen la responsabilidad respecto de sí mismo, su familia y la sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones.

Distintos modos de envejecer

El envejecer es un proceso dinámico, gradual, natural e inevitable; sin embargo, este proceso que alcanza a todos los sujetos, impacta de forma diferente en cada uno de ellos. Esto se debe al complejo y singular proceso de construcción de la subjetividad a partir de los diferentes roles y relaciones vinculares que han establecido y de los múltiples intercambios con la sociedad y la cultura de la que forman parte.

Erikson desde su Teoría Epigenética (2000) postula la existencia de ocho fases del desarrollo que se extienden a lo largo del ciclo vital, desde el nacimiento hasta la vejez. Cada una de estas fases se da en un momento concreto, y cada fase comprende ciertas tareas o funciones que el individuo debe realizar, las cuales requieren por parte del sujeto de una adaptación activa a los cambios biológicos, psicológicos y sociales para su resolución satisfactoria. En la fase de la adultez o edad madura, Erikson describe la lucha que se produce entre la generatividad vs el estancamiento, donde la virtud resultante es el cuidado. La generatividad incluye actividades de producción, creatividad, de crianza y la orientación a los otros. No solo la maternidad o la paternidad hacen a la generatividad del sujeto (a

pesar de que es el ejemplo por excelencia del desarrollo de la misma) sino también la posibilidad de generar obras de trascendencia social y/o cultural. Creaciones que apunten tanto al cuidado de otros pero que también contribuyan al crecimiento y desarrollo de la sociedad e instituciones. Así también mantener, buscar, desarrollar relaciones amorosas o de amistad son actividades generativas y muy importantes que contribuyen al desarrollo psicosocial del sujeto.

Mc Adams (1998) dice que, los adultos muy generativos transmiten lo que él llama una “historia comprometida” en la cual el protagonista ha tenido la “bendición” que contrastará con el sufrimiento de otros. Los malos eventos que atraviesan su vida los transforman en buenos por esfuerzo personal. Miran al futuro con un radio de cuidado, se ponen y proponen objetivos de cuidar a otros, especialmente a la generación siguiente y contribuyen al progresivo desarrollo de la sociedad y sus instituciones. Los adultos generativos aceptarán los cambios normales que se producen en esta etapa. Tendrán una visión positiva de la vida, en general, asumiendo las pérdidas pero optimizando las ganancias y por supuesto no temerán a la siguiente etapa del desarrollo. En contraposición, aquellas personas que no lograron superar las etapas evolutivas de la generatividad entrarán en una etapa de estancamiento, regresando a una etapa anterior del desarrollo, detestando o no aceptando los cambios que se producen en dicha etapa. Según Jones “algunos individuos que se encuentran en la etapa de involución tienden a aceptar rápidamente las características de esta etapa, una vez que alcanzan la edad madura se sienten viejos. Pierden el entusiasmo por la vida, muestran una actitud derrotista hacia la vida en general, piensan que, puesto que han alcanzado

el mágico momento de la edad madura, ya no tienen nada que merezca la pena ofrecer a los demás; por esto muchos de ellos solo se dedican a compadecerse de sí mismos” .

En la última etapa del desarrollo, Erikson (2000) ubica a la vejez en donde la tarea primordial es lograr una integridad con un mínimo de desesperanza, desesperación cuya resolución es la sabiduría.

En concordancia, Salvarezza (1988) plantea que a medida que el sujeto envejece se produce un fenómeno denominado interioridad, el cual es un proceso intrínseco y universal que surge frente a los conflictos que se generan en la vejez como parte del proceso de envejecimiento normal. “Es una introspección que resulta en un balance vital en un intento de reevaluación del self; es un movimiento desde el mundo externo hacia el interno”. La interioridad puede tomar dos caminos: por un lado la integridad, la cual por medio de la reminiscencia nos habla de un proceso de envejecimiento saludable y por otro lado, la desesperación, que manifiesta un proceso de envejecimiento patológico a través de la nostalgia. Es posible cuando la persona puede mirar hacia atrás y se siente satisfecha, realizada por cómo ha llevado adelante su vida, pudiendo haber elaborado sus pérdidas. El viejo alcanza su integridad a través de la reminiscencia, logrando establecer una continuidad entre el pasado y el presente construyendo, de esta manera, un proceso de envejecimiento más saludable. El autor hace referencia a la reminiscencia como “actividad mental organizada, que posee una finalidad instrumental muy importante, le permitirle al sujeto reafirmar su autoestima cuando sus capacidades psicofísicas comienzan a perder vitalidad”. La reminiscencia le va a permitir al

sujeto reafirmar su identidad, su singularidad reconociéndose a pesar de los cambios y transformaciones que le van sucediendo. En contraposición a la integridad se encuentra la desesperación, en donde la interioridad no revestirá la forma de reminiscencia, en su lugar aparecerán recuerdos con tonalidades dolorosas, que el autor denomina nostalgia, llevando al sujeto a transitar por sus recuerdos, poniendo el énfasis en todo aquello que considera que ha perdido y que ahora siente que pertenece a otros (jóvenes), sintiendo que el tiempo que le queda es corto para intentar otros caminos alternativos, otra vida. Esta persona quedará anclada en su pasado, en donde todo ese tiempo pasado fue mejor, no podrá verse en el presente y tampoco podrá pensarse y proyectarse hacia un futuro.

La institución gerontopsiquiátrica

Las instituciones son formas de organización interna que los seres humanos creamos para poder subsistir en armonía entre nosotros y a las que atribuimos un significado, es decir que la institución propone un orden, legitima y proporciona valores. Las mismas sufren transformaciones a lo largo del tiempo, adaptándose a la realidad socio-cultural e histórica que las atraviesa, es decir, que se adaptan permanentemente a las necesidades actuales que la sociedad tiene para con ellas.

Castoriadis (1983) plantea que es la sociedad la que crea sus instituciones a partir de la encarnación de significaciones imaginarias sociales, “La organización propia de la sociedad –es decir, sus instituciones, y las significaciones imaginarias que portan estas instituciones- es la que plantea y define cada vez lo que es considerado información para la sociedad”. El imaginario social es un “magma de significaciones imaginarias sociales” encarnadas en instituciones, regulando la acción de los miembros de esa sociedad, en la que determina tanto las maneras de sentir y desear como las maneras de pensar. Son esas significaciones imaginarias sociales las que dan lugar no solo a las instituciones en sí, sino al sentido que atraviesa a éstas en un contexto histórico y social determinado. Esto existe a través de una dicotomía: “lo instituido” que encarna la estabilización relativa de un conjunto de instituciones, y “lo instituyente”, que representa la dinámica que impulsa su transformación. Las significaciones imaginarias sociales instituyen y crean un orden social a la vez que son instituidas y creadas por este mismo orden: es decir, que la sociedad genera transformaciones que luego

permanecen hasta que otras transformaciones sean necesarias. Por eso resulta conveniente hablar de lo “social-histórico” (Castoriadis, 1983). Este autor define a la institución como “una red simbólica en la que se combinan dos variables, un componente funcional y otro imaginario” y establece que en la misma se da “un juego de fuerzas en tensión constante, encontrando por un lado lo instituido, que estará dado por lo establecido, lo determinado y representa una fuerza que tiende a perpetuarse de un modo definido, conservador, resignado, en contra de todo cambio; y lo instituyente, que será aquella fuerza que (oponiéndose a lo instituido) será portadora de la innovación: el cambio y la renovación”.

Por otra parte, Kaes (1998) dice que “la institución nos precede, nos sitúa y nos inscribe en sus vínculos y sus discursos” y denomina al vínculo que se establece entre sujeto e institución vínculo instituido, definiéndolo como el “vínculo que se determina por efecto de una doble conjunción: la del deseo de sus sujetos de inscribir un vínculo en una duración y en una cierta estabilidad y la de las formas sociales que de diversas maneras reconocen y sostienen la institución de este vínculo.” Esto último es fundamental para comprender que las instituciones actúan, en gran medida como productoras de subjetividad. La institución es una formación social que se sitúa en la interacción del adentro y del afuera, ejerciendo una pluralidad de funciones. Por lo tanto, es potencialmente una instancia de articulación de niveles y formaciones psíquicas heterogéneas, y condición de identidad de quienes la integran. Allí se instala un contrato entre lo que el sujeto cede y lo que la institución le da, es por ello que se plantea que la institución actúa como un elemento que funciona disminuyendo la ansiedad de los sujetos.

Sujeto e institución en una relación paradójica planteada por una búsqueda de la autonomía y una necesidad de dependencia: es decir, que el sujeto renuncia a determinadas libertades a cambio de esa facultad identitaria que la institución le atribuye; esto en términos psicológicos es lo que Winnicott (1971) denomina zona de alivio: fenómenos transicionales, como zonas intermedias de experiencia entre la realidad psíquica interna y el mundo exterior. Esta zona de alivio, que disminuye la ansiedad y otorga identidad a los individuos, actúa como resguardo para muchos sujetos que integran las distintas instituciones que forman parte de nuestra sociedad, organizando su vida social, introduciendo valores, significaciones, es decir, formando las subjetividades de los mismos. Es este instituyente el que modifica a las instituciones para adaptarlas a lo que la sociedad requiere de las mismas, sea a nivel consciente o inconsciente, convirtiéndolas en zonas de alivio donde los sujetos no deban entregar su libertad definitivamente como "precio" por el cual sentirse resguardados.

Está claro entonces que, tanto lo instituido como lo instituyente, poseen una naturaleza dinámica, ya que uno ansía el lugar del otro; y es responsabilidad de los integrantes de las instituciones que esa naturaleza sea dinámica realmente.

Tipos de instituciones

Una clasificación antigua distingue a las instituciones en Abiertas y Totales, las primeras son aquellas que abarcan un sector de la vida de los sujetos que las componen, en tanto que las últimas son entendidas, según Goffman (1972), como "aquellas que funcionan como lugares de residencia y/o trabajo, donde un gran

número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria”.

Las mismas tienen una tendencia absorbente y totalizadora, con obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior. Según Ferrero (1998, p. 124) atributo central del funcionamiento de este tipo de instituciones es la ruptura de la lógica de la vida cotidiana: “todas las actividades se desarrollan en el mismo lugar, no existe separación espacial, una misma autoridad rige para todo, las personas están permanentemente acompañadas por otras personas, haciendo juntas lo mismo, las actividades están programadas y la secuencia de las mismas es impuesta a través de normas explícitas y del personal especializado; el plan de acción corresponde a los objetivos de la institución, sin discriminar de acuerdo a necesidades específicas y personales”. Esto último no es más que una expresión exacerbada de como el sujeto pierde la libertad dentro de la institución, no sólo obteniendo una identidad ligada a un rótulo (“el loco”, “el preso”, “el viejo”) sino viendo avasallada su subjetividad, expresando de esta forma el carácter dialéctico del vínculo “sujeto-institución” como una relación absolutamente asimétrica, donde lo subjetivo no encuentra vía de escape, pudiendo los sujetos solo reproducir lo institucional. En la actualidad siguen existiendo Instituciones Totales, las cuales continúan en funcionamiento, y donde éstas actúan como depósito de lo que no se adapta a sus estándares: lo que no produce y/o consume, no tiene valor para este sistema hegemónico, que no es solo económico sino cultural: es decir, que el “ser no productivo” está por fuera de la cultura y, por ese motivo, debe ser confinado en una institución que lo aisle de la misma. De esta manera, lo institucional no

sólo opera como una forma de clasificar a los sujetos que forman parte de una institución u otra, sino que la dinámica dentro de la misma institución va a estar determinada por lo que la sociedad espera de los sujetos: así como los sujetos productivos forman parte de instituciones que les demandan su fuerza de trabajo y les ofrecen a cambio un status identitario que satisfaga su deseo, las instituciones totales actúan accediendo a la demanda social de recluir del resto de la sociedad a los sujetos que, por diversas razones, no son capaces de sostener esa dinámica de trabajo y consumo.

Recordando que “el proceso de constitución del sujeto tiene lugar hasta el final de la vida y se entreteje en un entramado vincular con otros significativos, la necesidad del viejo de contar con quienes le sirvan de apoyo, de sostén de su identidad, halla en la realidad del viejo institucionalizado matices particulares, en tanto éste se encuentra transcurriendo su cotidianeidad en un contexto donde no sólo queda desdibujado en su subjetividad, sino donde además se estrechan los lugares habilitados para el encuentro de nuevos objetos de investidura, profundizándose considerablemente, la interioridad y el retraimiento existentes.”

Si bien la ciencia ha logrado avances exponenciales en los últimos años, aumentando en consecuencia la expectativa de vida, desde lo cultural, la sociedad continúa relegando a los viejos, quienes permanecen en el imaginario social como personas que no pueden aportar algo productivo; es por esto que se concibe como único lugar para ellos a las instituciones totales, que cuentan con un flujo cada vez mayor de sujetos que forman parte de ellas.

Zarebsky (1990) advierte que “los efectos de la institucionalización sobrepasan la privación sensorial, siendo la pérdida misma de la intersubjetividad lo que se afecta. La mayoría de los autores acuerda en que muchos de los síntomas atribuidos a los efectos de la institucionalización coinciden con aquellos que integran diversos cuadros psicopatológicos. Entre los mismos cabe destacar, el deterioro del funcionamiento independiente, la tendencia al aislamiento y la pasividad”.

Salud

Como primera medida se intenta realizar una aproximación respecto de las temáticas de salud y de promoción de salud, con el objeto de poder clarificar aquellos conceptos que guiaran esta investigación.

Se percibe que a lo largo de la historia ha habido cambios en las formas de entender al concepto de salud-enfermedad, si bien en el interior de cada sociedad y grupos sociales existen diferentes concepciones de Salud, es necesario precisar que en los distintos momentos históricos en todas las sociedades existen concepciones hegemónicas o dominantes de Salud. En este sentido, y dada la vigencia que todavía tiene el modelo biomédico en nuestra sociedad, resulta útil citar una de las concepciones de Salud que todavía tiene mucha vigencia en la cultura. De este modo, una primera acepción, hace referencia a la salud como “ausencia de enfermedad manifiesta”, es decir, como una condición opuesta a enfermedad. Por otro lado si tomamos el concepto de La Real Academia Española define la salud como “el estado en el que un ser orgánico ejerce normalmente sus funciones”. En ambos casos la salud se reduce a cuestiones biofisiológicas. Se considera que este es un enfoque reduccionista, en el que predomina una visión mecanicista. Esta concepción de salud se centra en aspectos físicos y tiene una visión estática y ahistórica de la vida y del individuo.

Posteriormente surge el concepto “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente ausencia de enfermedad” (OMS, 1948). Incluye el aspecto subjetivo: bienestar. Toma a la persona como un ser biopsicosocial. Si bien esta

definición es significativamente más integral que la definición anterior, e incluye distintas dimensiones de la salud, se puede inferir que la misma tiene algunas limitaciones. Es importante pensar que la salud - enfermedad no son puntos extremos de una recta. El ser humano no está totalmente sano o totalmente enfermo.

La salud-enfermedad podría considerarse como “diferentes grados de adaptación y transformación del hombre a su medio social, los modos y estilos de vida”. En este constante cambio y dinamismo, se habla de proceso salud-enfermedad, pues no hay un límite exacto entre ambos conceptos.

Citando la definición de salud-enfermedad de Floreal Ferrara (1985) ,sanitarista argentino, plantea “La salud tiene que ver con el continuo accionar de la sociedad y sus componentes para modificar, transformar aquello que deba ser cambiado y que permita crear las condiciones donde a su vez se cree el ámbito preciso para el óptimo vital de esa sociedad. El dinamismo del proceso salud-enfermedad, se trata de un proceso incesante, hace la idea de acción frente al conflicto, de transformación ante la realidad. La salud es un proceso incesante, cuya idea esencial reside en su carácter histórico y social”. Dicho de este modo se considera como “diferentes grados de adaptación y transformación del hombre a su medio social, los modos y estilos de vida”. En este constante cambio y dinamismo, se habla de proceso salud-enfermedad, pues no hay un límite exacto entre ambos conceptos. La salud es una construcción sociohistórica, sociopolítica, socioculturalmente, de carácter multideterminado y multidimensional. Esto último implica que la salud comprende distintas dimensiones: física, social, psíquica y

cultural (representaciones simbólicas) y que las mismas dimensiones se encuentran íntimamente relacionadas entre sí. Para concluir, se mencionara conceptos de Monchietti y Krzemien (2007) quienes definen a la salud como la “capacidad del sujeto de responder satisfactoriamente al entorno desplegando sus potencialidades, interviniendo diversos procesos biopsicosociales tales como el bienestar físico y mental, las relaciones con los demás, la creatividad, la productividad, la realización personal y social”. Se contemplan dos concepciones que pueden atribuirse a dicho concepto. Por un lado, la salud como calidad de vida referida a aspectos tanto objetivos del nivel de vida, como subjetivos, donde se incluyen aspectos sociales, físicos y psicológicos. La satisfacción vital de las necesidades psicosociales, son esenciales en el logro de la salud. Por otro lado, la salud entendida como la presencia de capacidades y atributos individuales positivos, referida al logro en múltiples áreas de la vida, como pueden ser; relaciones interpersonales, trabajo, resolución de problemas (Persico, Tamburrini, Wagner, 2013).

Promoción de salud

Bajo el lema “Salud para todos en el año 2000” la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, reunida en Ottawa en noviembre de 1986, entendió que la promoción de la salud consiste en “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. Siguiendo lo establecido en dicha conferencia “La promoción de la salud se centra en alcanzar la equidad sanitaria. Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y asegurar la igualdad de

oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial”.

En el campo de la Promoción de la Salud, se ha enfatizado en construir y promover opciones saludables para los sujetos y en favorecer la elección de comportamientos saludables. En esta perspectiva, lo saludable no es un estado perdurable, sino un tránsito permanente, un proceso. El análisis de la salud-enfermedad como proceso social implica su articulación con los procesos económicos, políticos e ideológicos de la sociedad. Considerando que, lo saludable debe entenderse en función de cierto contexto y no como realidad naturalmente dada. Lo que es saludable en una situación puede no serlo en otra. Lo saludable es un concepto relativo.

Una participación activa en la promoción de salud implica entre otras cuestiones: la creación de ambientes favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria y el desarrollo de capacidades personales. Necco expone en su tesis de grado (2010, p. 62) “nuestras sociedades son complejas y están relacionadas entre sí de forma que no se puede separar la salud de otros objetivos. Los lazos que de forma inextricable unen al individuo y su medio constituyen la base de un acercamiento socio-ecológico a la salud.”

Promoción de la salud y Terapia Ocupacional

La Terapia Ocupacional incluye campos de conocimiento y de intervención del campo social, educación y sanitario. A medida que en nuestra profesión se hicieron nuevas y mayores incumbencias en el campo social, surgieron y se

instalaron nuevas ideas y perspectivas que enriquecieron notablemente los desarrollos alcanzados en otras áreas. En el marco de la Terapia Ocupacional, según Albornoz, Crego y Escalada (2009) consideran a la promoción de la salud como un “Conjunto de acciones de educación, investigación y acción social, orientadas a la construcción de prácticas sociales horizontales, solidarias, comprometidas y participativas, que requieren el intercambio entre saberes de los agentes de salud y saberes de la población”. Desde este enfoque de la promoción de la salud, sería posible demorar la aparición de enfermedades o aliviar la sintomatología si se sigue un cierto estilo de vida. La promoción de la salud resulta un proceso en el que se interrelacionan varias disciplinas, entre ellas la Terapia Ocupacional; esta última facilita el crecimiento personal, la autoexpresión y el mejoramiento de la calidad de vida favoreciendo la creación de espacios significativos donde los Adultos Mayores puedan participar y lograr un envejecimiento lo más saludable posible. Se propone reforzar la autoestima y la identidad, favorecer la preservación de la autonomía y jerarquizar el autocuidado, construyendo de esta manera una mejor resiliencia además de facilitar la creación de hábitos saludables y una mejor calidad de vida en la vejez. En este sentido, podemos plantear que la Terapia Ocupacional como disciplina en el campo de la promoción de la salud, brinda la posibilidad de gestionar, diseñar y aplicar dispositivos grupales destinados a promover la salud, favorecer el funcionamiento psicológico, el bienestar, la participación social y prevenir la enfermedad.

Concepción de lo grupal

Lo grupal como fenómeno ha cautivado a diversas disciplinas de las ciencias sociales y al campo “psi” en particular, dando lugar a diferentes desarrollos teóricos en relación a sus dinámicas y modos de funcionamiento.

Entendemos al grupo como un “conjunto restringido de personas que interactúan compartiendo un espacio físico y un tiempo determinado. A través de la internalización recíproca se proponen, de manera explícita o implícita, realizar una tarea. Durante este proceso se produce un dinámico interjuego de roles y la construcción de un nosotros” (García, 1997, p.25).

Por otro lado E.S Kuzmin (1979, p.10) define el concepto de grupo como “un conjunto de personas unidas por fines comunes y que al alcanzar esos fines, quedan satisfechas las necesidades individuales de sus miembros”.

Según Pichón Riviere (1999, p. 62) “El hombre es un ser de necesidades que solo se satisfacen socialmente en relaciones que lo determinan. Nada hay en él que no sea resultante de la interacción entre individuos, grupos y clases”. El hombre se configura en una actividad transformadora, en relación dialéctica, y se modifica mutuamente con el mundo, entretejiendo vínculos y relaciones sociales que tienen como motor la necesidad. El sujeto es sano en tanto aprehende la realidad desde una perspectiva integradora y tiene capacidad para transformar esa realidad, transformándose a su vez el mismo. Está “activamente adaptado” en la medida que mantiene un interjuego dialéctico con el medio. En un grupo operativo la tarea es la dimensión fundante del grupo y permite entre otras cosas la elaboración de

ansiedades básicas, comunicación, aprendizaje y experiencias que favorezcan transformaciones individuales y colectivas. Aquí se adhiere a lo expresado por Pichón Riviere, cuando afirma que toda praxis de salud debe ser necesariamente colectiva. Pichón Riviere destaca que en todo acontecer grupal intervienen una serie de fuerzas, de vectores con un determinado sentido; estos pueden favorecer el cambio o la resistencia al mismo. Dichos vectores son pertenencia, cooperación, pertinencia, comunicación y aprendizaje.

El grupo es pensado, como una composición de singularidades, como un espacio que está siempre construyéndose, construyéndose con otros. Estos autores reconocen en lo grupal una potencia intrínseca, una potencia transformadora.

¿Qué es un dispositivo grupal?

Se entiende a un dispositivo grupal como un instrumento, un medio, una herramienta mediante el cual se lleva a cabo una acción, se logra un fin, provocando efectos y transformaciones.

Dependiendo de las circunstancias y la constitución del grupo, cada dispositivo grupal adopta un carácter particular, de acuerdo a las necesidades y objetivos de sus integrantes y a la tarea a la que se abocan (Montaño Fraire, 2004).

Según Del Cueto y Fernández (1983, p.18) “Tiempo, espacio, número de personas y objetivo, conforman un dispositivo”. El mismo busca generar y recuperar el sentimiento de pertenencia a un nosotros, tanto en los sujetos que no poseen un grupo de referencia como en aquellos que, por diversos motivos, han perdido dicho grupo. Cada dispositivo grupal toma un carácter particular en función de las

necesidades y objetivos de la grupalidad, el tipo de coordinación y la tarea a la que se avocan. Entendidos a su vez, como espacios tácticos donde se da la producción de efectos singulares e inéditos, los grupos no son islas, sino que existe una inscripción institucional real o imaginaria que los atraviesa; el contexto social e institucional lejos de ejercer una mera influencia- a modo de realidad externa- en la dinámica y los acontecimientos grupales, se impone como parte propia del texto grupal, parte misma de su dramática. Todo grupo posee una tarea convocante. El dispositivo grupal permite a los integrantes de un grupo desarrollar una modalidad expresión y escucha que de otro modo no tendrían. Es un aparato heterogéneo y complejo.

Los grupos dentro de las instituciones

Habitualmente cuando se habla de institución se hace mención a cualquier organismo o grupo social que, con unos determinados medios, persigue la realización de unos fines o propósitos. Sin embargo, dentro de la literatura económica, se utiliza el concepto "institución" como algo más genérico: la forma en que se relacionan los seres humanos de una determinada sociedad o colectivo, buscando el mayor beneficio para el grupo.

Kaminsky (1990, p. 13) dirá que en “las instituciones podemos ver grupos objeto y grupos sujeto. Mientras que los primeros están sometidos a las consignas instituídas (jerarquización institucional/verticalidad) su acción es lo que de ellos se espera, estén satisfaciendo o no las expectativas institucionales. Los segundos pueden desprenderse de la jerarquización, por lo tanto son más flexibles respecto

al interés personal. Estos grupos no pueden sostener una posición instituyente de forma permanente, pero tienen vocación de tomar la palabra, algo que los grupos objeto no pueden hacer, en tanto sólo se limitan a repetir al pie de la letra”.

Castoriadis (1983, p.230) dirá que la institución es “una red simbólica en la que se combinan dos variables, un componente funcional y otro imaginario”. Así, todas las instituciones poseen un juego de fuerzas en tensión constante. Por un lado encontraremos lo instituido que estará dado por lo establecido, lo determinado y representa una fuerza que tiende a perpetuarse de un modo determinado, conservador, resignado, en contra de todo cambio. Lo instituyente será aquella fuerza que oponiéndose a lo instituido, será portadora de la innovación, el cambio y la renovación. Tanto lo instituido como lo instituyente, poseen una naturaleza dinámica ya que uno ansía el lugar del otro. Esto último es fundamental para comprender que las instituciones actúan, en gran medida como productoras de subjetividad. La institución es una formación social que se sitúa en la interacción del adentro y del afuera, ejerciendo una pluralidad de funciones.

Rol del coordinador en el proceso grupal

El papel del coordinador, para Pichón Riviére, consiste en esclarecer, a través de señalamientos e interpretaciones, las pautas estereotipadas de conducta que dificultan el aprendizaje y la comunicación. Es decir que toda interpretación debe favorecer el nivel de operatividad de un grupo. Para ello deberá incluir siempre la lectura de los niveles horizontal y vertical del acontecer grupal, que permitirán la ruptura del estereotipo.

El coordinador, será pues, un facilitador de la comunicación y el aprendizaje, participando activamente con el grupo en la organización y el desarrollo de la tarea, en la construcción de nuevos conocimientos y en el desarrollo de la creatividad y la espontaneidad en la acción. Desde este lugar de participación activa, el coordinador de grupos debe correrse del lugar del saber absoluto, a decir lo que Ana M. Fernandez (1986) diría “renunciar al saber de la certeza”. Solo podrá puntuar algún sentido, interrogar alguna rareza, indicar alguna insistencia, pero no será quien descubra la verdad de lo que en el grupo acontece.

Entre las funciones del coordinador según Gonzalez Cuberes (1991, p.38) también podemos resaltar:

- * Crear, fomentar y mantener la comunicación.
- * Promover y proponer actividades que faciliten el vínculo y la tarea.
- * Detectar y señalar los obstáculos que se presenten en la tarea.
- * Promover la indagación y el descubrimiento de nuevos aportes.
- * Mantener y sostener el encuadre dentro del tiempo del grupo.
- * Detectar las situaciones emergentes.
- * Analizar la funcionalidad de los roles.
- * Ayudar al reconocimiento de necesidades y objetivos comunes.
- * Reflexionar acerca de las relaciones entre los integrantes entre sí y con la tarea.

- * Hacer explícito lo implícito de la actividad grupal.
- * Acompañar el aprendizaje grupal desde el campo afectivo al conceptual.

La modalidad de taller

Etimológicamente para Moliner (1983. p. 23), “la palabra Taller proviene del francés “atelier” que significa estudio, obrador, obraje”. Ya en la Edad Media, se da cuenta de la existencia de talleres, conformados sólo por maestros artesanos que eran miembros de un gremio. El maestro aceptaba en su taller un número determinado de aprendices a quienes a través de la práctica les transmitía su conocimiento. Luego, esta modalidad de trabajo se fue incorporando en diferentes áreas. La denominación Taller ha sido utilizada para diferentes actividades: espacios de formación ligados a lo artístico, expresivo, plástico y literario.

El taller ofrece una metodología participativa, ya que enseñar y aprender se da a través de una experiencia realizada conjuntamente, en la que todos están implicados e involucrados como sujetos/agentes. De esta forma el proceso de conocimiento es asumido por cada uno de los integrantes del grupo, siendo el coordinador facilitador, cooperativo y favorecedor del proceso. Se concibe al taller como una forma de aprender, mediante una tarea en común realizada colectivamente; un aprender que privilegia un hacer con otros.

Para Dora Gracia (1983, p. 21) “el taller puede convertirse en un lugar de vínculos, de participación, donde se desarrollan distintos estilos de comunicación y, por ende, un lugar de producción social de objetos, hechos y conocimientos”.

María Teresa González Cuberes (1991, p.38) hace referencia al concepto de taller como “tiempo - espacio para la vivencia, la reflexión y la conceptualización; como síntesis del pensar, el sentir y el hacer. Como el lugar para la participación y el

aprendizaje. En el taller, a través del interjuego de los participantes con la tarea, confluyen pensamiento, sentimiento y acción. El taller, en síntesis, puede convertirse en el lugar del vínculo, la participación, la comunicación y, por ende, lugar de producción social de objetos, hechos y conocimientos”.

La música como recurso técnico

“El verdadero poder de la música radica en el hecho de que puede ser fiel a la vida de los sentimientos de un modo en que el lenguaje no puede serlo”.

Susanne Langer

Shakespeare decía que “la música puede originar la percepción de un silencio cada vez más elocuente, y tan fascinador, en ocasiones, que dulcifique al triste, y al bueno, lo incline hacia el mal”.

A lo largo de la historia, muchas civilizaciones han reconocido la influencia que tiene la música en las personas y, más aún, han utilizado los sonidos del tambor para efectuar terapias de grupo. En cambio, el uso terapéutico de los sonidos, hoy en día, sigue unas pautas definidas que, según los expertos, permiten encontrar ritmos vitales y realizar interacciones creativas en grupo (para muchos terapeutas, la herramienta sonora más poderosa es el canto humano).

La música al utilizarse como recurso técnico es un elemento socializante por excelencia: facilita la participación, comunicación, relaciones, aprendizaje, el movimiento y la expresión. Tiene cualidades que la hacen especial en sí misma; es un arte flexible, tiene la capacidad de movilizar cuestiones internas y se puede combinar con otras artes. La música ha sido valorada como recurso técnico excepcional de autoexpresión y liberación emocional en tanto promueve y facilita la capacidad de evocar, asociar e integrar. Trae a la conciencia emociones profundamente arraigadas y proporciona una vía óptima para la descarga. La música permite que aflore lo latente de cada sujeto poniéndose de manifiesto en la

capacidad expresiva de la canción, la elección de determinados temas, los comentarios y asociaciones que surgen a partir de la expresión sonora.

Según Sainz de la Maza; el hombre se identifica con la música, a la cual puede dar su propia interpretación, logra identificarse con aquellas líneas melódicas, con aquellos ritmos musicales; supone la singularidad histórica de cada sujeto, en este sentido hay una historia musical que se inscribe en la historia personal. Por lo tanto ante determinada melodía, sobreviene en el sujeto la emergencia de ciertas ideas, pensamientos, imágenes que permiten la evocación de personas, experiencias y situaciones vividas, que tal vez no hubiesen sido recordadas de otro modo (la música manifiesta lo latente).

La música y/o sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) por sus bondades, puede ser utilizada por los trabajadores de la salud como instrumento valioso en un proceso creado para facilitar y promover la comunicación, las relaciones, el aprendizaje, el movimiento, la expresión, la organización y otros objetivos de interés. Cuando la música es utilizada con fines de promover procesos saludables, el interés no se está puesto en el alcance de un producto estético o adecuado a los cánones expresivos, sino en acompañar al sujeto en un proceso que mejore sus capacidades expresivas y le brinde un mayor conocimiento de sí mismo.

Citando a E.S Kuzmin (1979, p.25) “el grupo es un conjunto de personas unidas por fines comunes y que al alcanzar esos fines quedan satisfechas las necesidades individuales de sus miembros”. El taller de música pretende ser un

espacio socializante y saludable a partir del cual, los participantes puedan vivenciar experiencias gratificantes, con un clima de libertad, flexibilidad, donde puedan participar en un proyecto colectivo que les permita transitar por un proceso creativo convirtiéndolo en un quehacer significativo para cada uno de ellos.

La música como recursos posee la característica de ser adaptable a cualquier población y al tener en cuenta las peculiaridades de la población abordada con este dispositivo, la música favorecerá el emerger de la libertad, la independencia y el disfrute; el desarrollo de las capacidades expresivas, creativas y vinculares; la mejora de la autoestima, el incremento en la fluidez del movimiento; el compartir experiencias personales en grupo, la ampliación de formas de movernos, pensar, actuar y vincularse; activar la imaginación, el juego, la memoria y la concentración. La música para Vidret (2006) como recurso técnico resulta un medio efectivo para trabajar con adultos mayores y dentro de un marco de trabajo grupal escuchar música es traer a la conciencia escenas relacionadas con lo escuchado. Pero también escuchar música es tener la posibilidad de compartir con otros las vivencias que dicha música nos evoca, y recibir de los otros los recuerdos afines o diferentes a los propios que surgen entre los demás.

La música estimula el potencial creativo que cada adulto mayor tiene con el fin de favorecer el ejercicio del mismo y de esta manera mejorar su calidad de vida. Esta capacidad creativa se despliega a través del hacer, es decir, a partir de procesos creativos que tienen lugar en el marco de la exploración, la improvisación, la producción y la recreación con instrumentos musicales, con la voz y con el movimiento, contribuyendo de esta manera a activar simultáneamente los

mecanismos biológicos, fisiológicos, intelectuales, sociales y psicológicos, resultando ser la música una experiencia integral. Propicia además, nuevas formas de comunicación y la expresión de emociones, sentimientos y conflictos que son elaborados en un espacio de juego y creatividad.

Desde el punto de vista del envejecimiento activo, se consideran los factores de autonomía y conectividad como favorecedores de una mejor calidad de vida en la vejez. Así, las dinámicas que surgen en las experiencias de canto o escucha grupal; la consideración de contenidos reminiscentes subjetivos que contengan una melodía al ser cantada o escuchada; la posibilidad de exploración y creación por medio del sonido, operarán como elementos dinámicos tanto de las necesidades y conflictos emergentes como de las posibilidades de encuentro consigo mismo y con los demás, que permiten una experiencia musical significativa.

Se considera a la música como un recurso sumamente rico y flexible, que permite abrir puertas a las que sería más difícil acceder mediante otro tipo de medio.

PARTE 3

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Tema de investigación

Promoción de la Salud en adultos mayores institucionalizados en un Asilo Municipal a partir de un dispositivo grupal mediante la implementación de un taller de actividades lúdico-musicales.

Objetivos de investigación

Generales

-Sistematizar la experiencia de campo desarrollada a partir de la implementación de un Taller de actividades lúdico-musicales con residentes institucionalizados en un asilo municipal de la Ciudad de Laprida.

-Describir y analizar las potencialidades de un dispositivo grupal como estrategia de promoción de salud con adultos mayores institucionalizados en un Asilo Municipal.

Específicos

-Diseñar e implementar un dispositivo grupal de actividades lúdico-musicales como estrategia de promoción de la salud.

-Analizar la percepción que poseen los residentes respecto de la música y del grupo, previo a la implementación del Taller Musical.

-Describir el acontecer grupal y los procesos grupales, a partir de la implementación del Taller Musical.

Metodología**Diseño de investigación**

El presente trabajo de investigación se corresponde con la metodología denominada Sistematización de una Experiencia de Campo, de acuerdo a las normas establecidas por el artículo N° 1 de la OCA 753/99.

Los requisitos para la realización de la misma fueron aprobados en la sesión N°14799 del Consejo Departamental de Terapia Ocupacional.

La sistematización relaciona los procesos inmediatos con su contexto, confronta el quehacer práctico con los supuestos teóricos que lo inspiran. Se sustenta en una fundamentación teórica y filosófica sobre el conocimiento y sobre la realidad histórico-social. Crea nuevos conocimientos pero, en la medida que su objeto de conocimiento son los procesos y su dinámica, permite aportar a la teoría algo que le es propio. Explicaciones sobre el cambio en los procesos. No trata solo de entender situaciones, procesos o estructuras sociales sino que, en lo fundamental trata de conocer cómo se producen nuevas situaciones y procesos que pueden incidir en el cambio de ciertas estructuras (Sandoval Avila, 2001:114).

El eje de la sistematización de la experiencia está ubicado en el aspecto vivencial de la práctica, siendo parte fundamental la lectura singular de los sujetos involucrados sobre los hechos de su realidad cotidiana. De esta forma, se reivindica como fuente de conocimiento el saber de las personas, expresado mediante los pequeños relatos, las narraciones sencillas y las opiniones diarias (Arruabarrena et al., 2008).

Esta modalidad de investigación está basada en la producción y generación de nuevos conocimientos a partir de experiencias prácticas que no se presentan de forma natural, sino mediante una intervención en un contexto social específico. Entre ambos, el conocimiento y la experiencia, se establece una constante interrelación, en la cual el saber fundamenta la experiencia y ésta, a su vez, nutre al conocimiento (Arruabarrena et al., 2008).

En términos generales, su propósito es aprender para compartir, partiendo de una experiencia particular para obtener un conocimiento que pueda extenderse y trasladarse a otros contextos, comunicando y transmitiendo las riquezas de dicha experiencia a otras personas.

Utilidad de la sistematización:

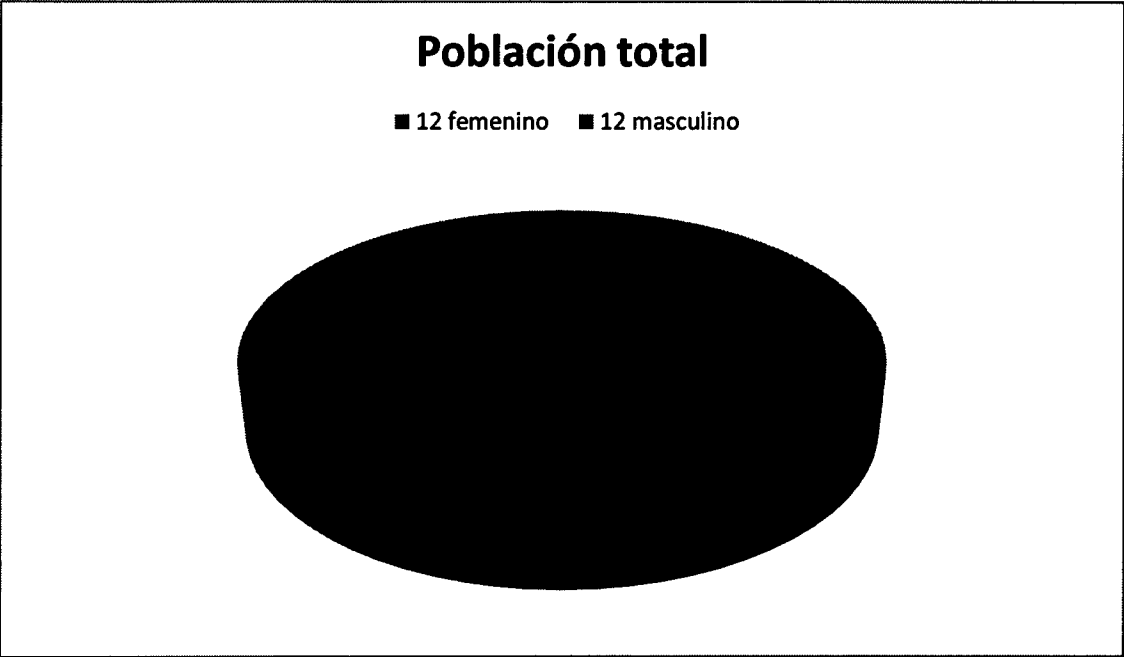
- Posibilita la comprensión integral y la reflexión sobre la propia experiencia.
- Aporta una herramienta de aprendizaje para todos los involucrados: desde los beneficiarios, los profesionales (en este caso de la salud) y hasta las instituciones.
- Ayuda a la producción de nuevos conocimientos a partir de la práctica.
- Contribuye a mejorar las estrategias, enfoques y metodologías.
- Retroalimenta las intervenciones de los equipos y de la institución y permite introducir correcciones.
- Favorece el desarrollo profesional de los equipos y de la institución.

- Aporta documentación al sistema de información integral de la institución.

Desde la Terapia Ocupacional, este tipo de investigación contribuye a la producción de nuevos conocimientos y conceptualizaciones a partir de la experiencia de campo, enriqueciendo nuestra práctica profesional junto a los protagonistas/destinatarios de la experiencia, invitándonos a reflexionar y construir nuevos y creativos modos de intervención.

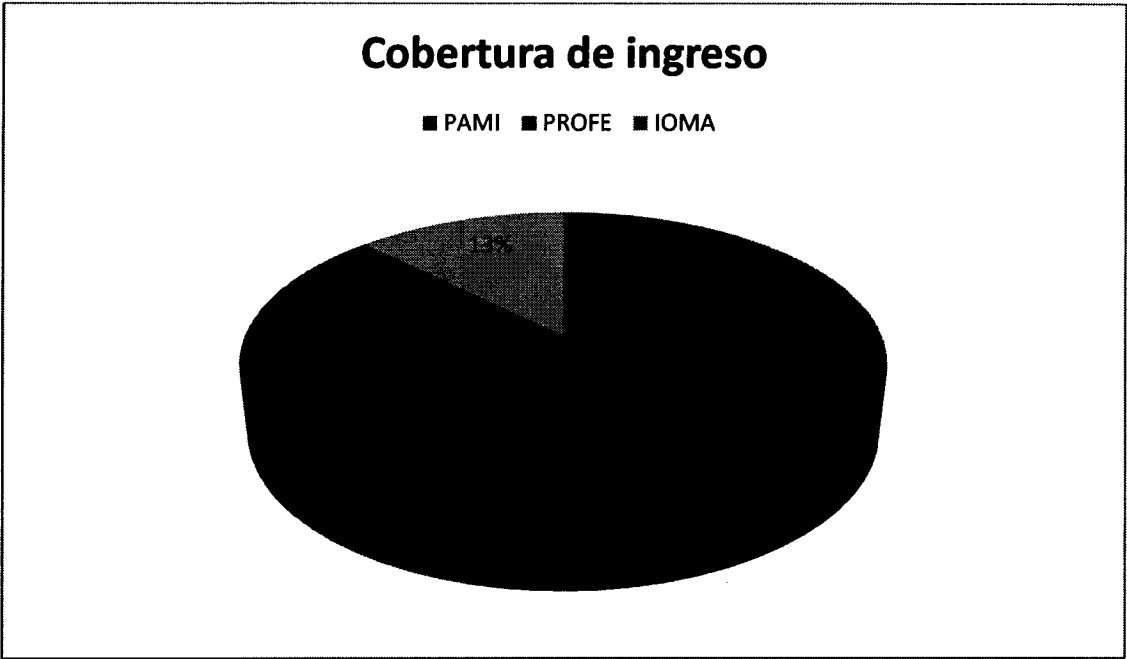
Diagnostico poblacional

El Asilo se compone por una población total de 24 adultos mayores.



La edad promedio de dichos residentes oscila entre los 50 y 90, de los cuales 12 de ellos son de sexo masculino y 12 de sexo femenino.

Dentro de esta población se puede determinar que, 15 de ellos cuentan con cobertura social de PAMI, 6 de ellos con cobertura de PROFE y 3 residentes con IOMA.



La institución admite adultos mayores independientes, semi-independientes y con limitaciones severas. Del total de la población se puede observar que, 4 son independientes, 9 residentes son semi-independientes y 11 presentan limitaciones severas.

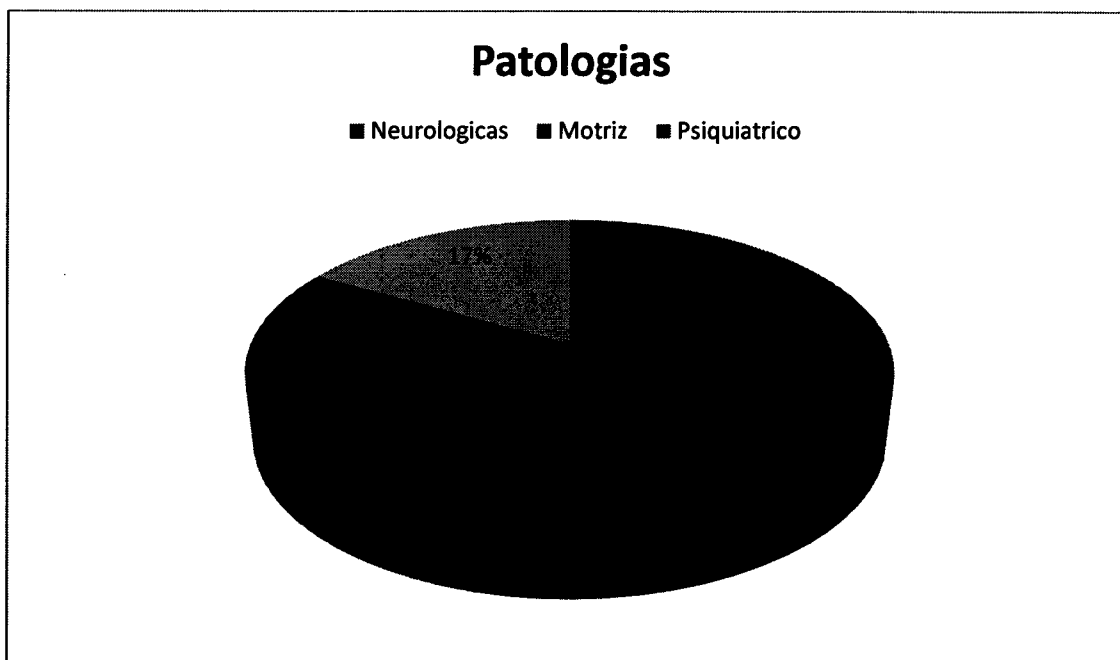


La institución se caracteriza por presentar diversidad de patologías, tales como: motrices, neurológicas y psiquiátricas. Según diagnóstico médico al momento del ingreso son:

-Neurológicos: 14 residentes.

-Motriz: 6 residentes.

-Psiquiátricos: 4 residentes:



Del total de la población, 21 residentes cuentan con familiares cercanos domiciliados en Laprida, y 2 de ellos no cuentan con referentes familiares en esta ciudad sino en ciudades aledañas o se domicilian en otras provincias. Con respecto a las visitas recibidas por parte de sus familiares y/o algún referente afectivo, se puede inferir que un número elevado de residentes mantiene contacto con sus familiares. Seguidamente se detalla la frecuencia con que reciben visitas en la institución:

De un total de 24 residentes se puede observar que: 4 de ellos recibe visitas en la institución diariamente, 8 recibe visitas semanalmente, 5 residentes recibe visitas cada quince días y 6 recibe visitas una vez al mes.

Cabe aclarar que 1 residente no posee ni familiares ni referentes afectivos, y por lo tanto no recibe ninguna visita.

Por otra parte 2 adultos mayores cuentan con un permiso especial (otorgado por el familiar responsable) teniendo la posibilidad de salir frecuentemente de la institución.



Es necesario aclarar que los datos mencionados anteriormente con respecto a las visitas es estimativo (por lo tanto pueden variar).

Cabe mencionar que de los 24 residentes 9 de ellos concurren al Servicio de Rehabilitación que se encuentra dentro del Hospital Municipal, debido a limitaciones físicas.

Población

La población que reside en la institución está constituida por 23 adultos mayores, en un rango etario promedio entre 60 y 90 años. La misma se caracteriza por presentar diversidad de patologías, tales como: motrices, neurológicas y psiquiátricas.

Se realizó un diagnóstico poblacional en el cual se obtuvieron los siguientes resultados: la gran mayoría de los residentes se encuentran transitando un proceso de envejecimiento patológico. La población no se encuentra consagrada como grupo y en general se observan conductas de aislamiento y repliegue hacia sí mismos, falta de iniciativa y búsqueda de participación. La relación es disfuncional ya que solo comparten un tiempo y un espacio y no un objetivo en común (grupal). La comunicación es unidireccional entre los residentes. En su mayoría presentan una realidad en la cual existen débiles lazos familiares y sociales, característica que aumenta la vulnerabilidad de los residentes.

Técnicas de recolección de datos

Las técnicas de recolección de datos son:

- Observación participante, en donde el investigador comparte con los investigados su contexto, experiencia y vida cotidiana, para conocer directamente toda la información que poseen los residentes sobre su propia realidad, es decir, conocer la vida cotidiana de un grupo desde el interior del mismo. Se incluyó aspectos y variables relevantes de acuerdo a los

siguientes indicadores: pertinencia, pertenencia, cooperación, comunicación y aprendizaje.

- Entrevistas grupales, con el fin de conocer los intereses, ocupaciones, actividades que los residentes realizaban previo al ingreso de la institución.
- Cuaderno de campo, registros recabados de las experiencias grupales en el taller. El mismo describe detalladamente cada encuentro, que actividades se realizaron y como respondió el grupo a las mismas.

Procedimiento

Primeramente mediante aplicación de las técnicas mencionadas, se propuso detectar la necesidad y el interés sociocultural de la población objeto durante el periodo de julio y agosto de 2014. Luego, a partir de los datos obtenidos en este diagnóstico se acordó con los residentes la implementación de un Taller lúdico-musical durante el periodo septiembre de 2014 y febrero de 2015.

Análisis de los datos

Para el análisis de los datos se realizó un análisis cualitativo teniendo como referencia a los indicadores de la evaluación que resultan ser la temática fundamental de la observación grupal (observación participante y no participante). Cabe aclarar que los datos según dichos indicadores fueron recolectados durante todo el proceso en el cual se implementó el taller. A través de la observación, descripción y análisis de los mismos, ha sido posible cumplimentar con los objetivos de esta sistematización.

Taller de actividades Lúdico-Musicales

Modalidad de intervención y actividades

El taller se desarrolló durante los meses de Septiembre del 2014 a Febrero del 2015, con una frecuencia semanal y una extensión diaria de una hora, aproximadamente.

Las coordinadoras del taller invitaban a los residentes a participar del mismo. Ubicándose en el punto de encuentro (espacio físico de la institución, comedor). Posteriormente se iniciaba al taller.

El taller constaba de tres momentos:

Primer momento:

Caldeamiento

Se realizaron ejercicios de movilización corporal y vocalización, destinados a predisponer el cuerpo y la voz.

Actividades propuestas para este primer momento:

-Ejercicios de relajación (inhalación-espирación) acompañado de movimientos globales de las diferentes partes del cuerpo; utilizando un tema musical acorde a la situación planteada.

-Se les pidió a los residentes que repitan los siguientes movimientos “el juego de las muecas”.

-Ejercicio de presentación: saludo grupal, mediante un sonido cada residente debía nombrarse.

-Se ofrecieron diversas tarjetas con imágenes de animales, las mismas debieron ser expresadas con sus respectivos sonidos. Cada residente debió representarlo y el resto del grupo adivinarlo.

-Juego del “teléfono descompuesto”: un participante comenzaba diciendo “nombre de un cantante o título de una canción” al oído de su vecino quien a su vez la repetía igualmente a otra, y así sucesivamente. El último debía decir en voz alta la frase que oyó.

Segundo momento:

Actividades propiamente dichas

Se llevaron a cabo actividades programadas, espontaneas (sin perder de vista el eje temático del dispositivo grupal), actividades lúdicas/recreativas y expresivas.

Previo a la puesta en marcha del dispositivo se los interrogó respecto de los ritmos e intérpretes predilectos.

Actividades propuestas para este segundo momento:

-“Adivinar al interprete”: se colocaron diversas tarjetas dentro de una bolsa con nombres de diferentes intérpretes. Se le solicitó a un miembro del grupo que tome una tarjeta sin mirarla y con ayuda del coordinador se la colocó sobre su cabeza. El resto del grupo debía observar la tarjeta, y comenzar a dar pistas de ese

intérprete musical, ya sean características propias o melodías relacionadas hasta que el jugador adivine al cantante.

-“Juego del paquete”: se colocaron varias cajas, una dentro de la otra (simulando un regalo). En cada envoltorio se colocó una pregunta de interés general. Al compás de la música se pasó el paquete y al interrumpir la misma, quien se quedaba con el paquete en la mano debía sacar el envoltorio y responder la pregunta.

El objetivo final del juego es que en su contenido había una sorpresa para compartir entre todos los residentes.

-A partir de un tema musical, previamente escuchado, se les entregó a cada uno de los residentes una copia de la letra musical a cantar, a continuación se seleccionó al azar un residente el cual debía interpretar una estrofa de la canción expresando diferentes emociones (llanto, alegría, tristeza, miedo).

-Luego de la selección de un tema musical, se propuso a los residentes recordar e intercambiar información respecto de la historia personal del autor. Análisis y reflexión de la letra como así también al entregarle cada copia las mismas contendrán espacios en blancos para completar adecuadamente el párrafo recordando la letra.

-Bingo musical: previo a la explicación del juego se dividió a los residentes en dos grupos. La actividad consistió en escuchar diversos temas musicales reconocer su título e intérprete. Quien primero respondió era el grupo ganador (para responder se debían tocar una campana).

-Música de películas, publicidades y programas televisivos actuales y de su época las cuales debían reconocer.

-Confección de los distintos instrumentos musicales. Estos serán elementos que complementaron con diversas actividades.

-A partir de un tema musical distinguieron y luego evocaron los distintos instrumentos percibidos.

-Lotería de la canción: se armaron grillas diferentes con nombres de canciones que, les resultaran conocidas (tangos, folklore, etc.). Se confeccionaron tarjetas con nombres de las canciones que se encuentran en todas las grillas, y se sacaron de a una como en la lotería o bingo. Quienes tuvieran esa canción en su grilla, debían tratar de cantar un pequeño fragmento de su música.

-En un primer momento se mostraron las tarjetas con los diferentes instrumentos musicales y se les hizo pronunciar su nombre. Una vez que asociaron el instrumento con su nombre, se dividieron en dos grupos. Al mismo tiempo se repartieron los instrumentos en dos. Fueron mezcladas las tarjetas con el nombre de y las imágenes de los instrumentos. Ganaba el grupo que identificó cada instrumento con su nombre.

-Guerra de canciones. Se dividió a los residentes en dos grupos, los cuales uno de ellos debieron comenzar cantando una canción, en un momento determinado se interrumpió esa estrofa, el grupo contrario comenzó a cantar una canción que comenzó con la última letra del tema musical.

-A partir de un tema musical escuchado, los residentes debieron dibujar y pintar aquello que les resultó representativo del tema.

Tercer momento:

Cierre

Se expresaron sensaciones y emociones que se manifestaron en los residentes durante el transcurso de la actividad.

-Se aportaban sugerencias.

-Conclusiones respecto de lo sucedido en cada encuentro.

-Vivencias grupales.

-Situaciones de aprendizaje.

Objetivos del Taller

Generales

- Posibilitar un espacio recreativo abierto a todos los adultos mayores institucionalizados en el Asilo Municipal de la ciudad de Laprida, para promover la conformación de un grupo de pertenencia.
- Diseñar e implementar un taller de actividades lúdico-musicales para favorecer el envejecimiento saludable de los residentes.

Específicos

- Facilitar la participación en el Dispositivo Grupal mediante diversas propuestas musicales y de esta manera disminuir la pasividad.
- Incrementar la permanencia en el taller.
- Facilitar la comunicación entre los adultos mayores institucionalizados.
- Promover la cooperación de los residentes en la construcción y desarrollo del taller de actividades lúdico-musicales.

Fundamentación

A través de los datos obtenidos durante el proceso de observación, nos permitió inferir que la dinámica institucional acentúa, en los residentes características antagónicas a la concepción de la Promoción de la Salud en la vejez, generando así mayor aislamiento, repliegue hacia sí mismos, falta de iniciativa y búsqueda de participación. Es por esto que se utilizó la modalidad Taller, con el objetivo de

propiciar un espacio para el pensar, sentir y el hacer. El taller en síntesis puede convertirse en el lugar del vínculo, la participación, la comunicación y, por ende, lugar de producción social de objetos, hechos y conocimientos.

La música se presenta como una herramienta que permite acercar a los miembros del grupo entre sí, conseguir que el residente sea capaz de manifestar sus emociones mediante la música, evitar el aislamiento y favorecer su relación con otros residentes, promoviendo estados de relajación y disminución de la agitación y la ansiedad, aumento de la autoestima y permite ofrecer contención emocional.

Tiene cualidades que la hacen especial en sí misma; es un arte flexible, tiene la capacidad de movilizar cuestiones internas y se puede combinar con otras artes. La música ha sido valorada como recurso técnico excepcional de autoexpresión y liberación emocional en tanto promueve y facilita la capacidad de evocar, asociar e integrar. Trae a la conciencia emociones profundamente arraigadas y proporciona una vía óptima para la descarga. La música permite que aflore lo latente de cada sujeto poniéndose de manifiesto en la capacidad expresiva de la canción, la elección de determinados temas, los comentarios y asociaciones que surgen a partir de la expresión sonora.

La música instalada como recurso en un marco grupal, favorece la socialización entre pares; permite compartir estilos musicales, generacionales, seleccionar melodías significativas y que los identifique como grupo.

Se escogió a la música como recurso, por su característica de ser adaptable a cualquier población y al tener en cuenta las peculiaridades de la población

abordada con este dispositivo, la música favorecerá el emerger de la libertad, la independencia y el disfrute.

El taller lúdico-musical pretende ser un espacio en donde los participantes puedan vivenciar experiencias gratificantes, con un clima de libertad, flexibilidad, donde puedan participar en un proyecto colectivo que les permita transitar por un proceso creativo convirtiéndolo en un quehacer significativo para cada uno de ellos.

Impacto y expectativas de logro

Mediante la implementación del taller lúdico-musical se pretende construir un espacio donde se fomente el encuentro del sujeto con un otro, propiciando el intercambio de saberes, emociones, contactándose con su historia personal. Se pretende también, la adquisición de nuevos lazos y la constitución y fortalecimiento de las redes de contención intersubjetivas dentro del ámbito institucional. Las cuales funcionan como sostén para afrontar y adaptarse a los cambios propios del curso vital que los sujetos atraviesan. Posibilitando así que las conductas y vínculos puedan devenir más saludables

Localización

Asilo Municipal de la ciudad de Laprida (por razones de confidencialidad se mantendrá reservada la identidad de la institución).

Periodo

El taller se implementó durante los meses de Agosto del 2014 a Febrero del 2015.

Destinatarios

En el taller participaron adultos mayores de ambos sexos residentes en el Asilo Municipal. Concurrieron en forma espontánea y voluntaria a partir de la convocatoria de las tres coordinadoras. Pero también fueron contemplados a los sujetos que intervinieron de manera pasiva, aquellos que si bien no compartieron el espacio de trabajo, solían contactarse antes-durante-después con la actividad propuesta en el taller.

Modalidad

El dispositivo grupal que se llevó a cabo mediante la implementación de un taller de actividades lúdico-musicales, cuya modalidad se caracterizó por ser de un encuadre abierto, asistiendo al mismo aquellos residentes que libremente desearon participar.

Frecuencia

El taller se llevó a cabo con una frecuencia semanal y una extensión diaria de una hora, aproximadamente.

Recursos humanos y materiales

Recursos humanos:

-Coordinadoras del taller: tres estudiantes avanzadas de la carrera de Lic. Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

-Lic. en Terapia Ocupacional del Asilo Municipal.

Recursos físicos: Comedor del Asilo Municipal de la ciudad de Laprida.

Recursos materiales:

-Televisor.

-Equipo de música.

-PC.

-Cancioneros.

-Cartulinas, lápices, temperas, etc.

-Material visual (imágenes)

-Juegos de mesa.

-Pendrive.

Recursos económicos: financiamiento a cargo de las autoras del proyecto y de la institución.

Tipo de registro

- Cuaderno de campo: Se realizaron registros en forma semanal de aspectos relevantes de la dinámica grupal en función de los objetivos del Taller.
- Cámara de fotos/filmadora: Nos permitió registrar el acontecer grupal en algunos de los encuentros.

Intervención y evaluación

Para el análisis de los datos se tendrán en cuenta una serie indicadores de evaluación mencionados tal como fueron definidos operacionalmente en el marco teórico los cuales son: pertenencia grupal, cooperación, pertinencia, comunicación y aprendizaje.

Estos indicadores son los ejes de observación grupal (observación participante), considerados para la descripción de lo acontecido en la experiencia que aquí se sistematiza. Vale destacar que tales indicadores surgen de datos empíricos recolectados durante el proceso transitado en estos meses de trabajo.

Se considera que a través de la observación, descripción y análisis de los mismos, será posible cumplimentar los objetivos que se persiguen en esta investigación: describir y analizar las potencialidades del dispositivo grupal propuesto como estrategia de promoción de salud y los procesos de cambio acontecidos durante la implementación del mismo.

Los indicadores de evaluación serán:

- **Pertenencia grupal:** En relación a aquellos sentimientos que experimentan los miembros del grupo al identificarse con lo que acontece en el espacio y tiempo grupal, sentimientos de integración, donde puedan verse a sí mismos como parte de determinada cuestión. Para que podamos hablar de pertenencia deberá haberse desarrollado una mutua representación interna a través de la construcción de imágenes interiores que se juegan dentro del propio sujeto que interactuando entre sí, se organizan y constituyen el Grupo Interno. Los miembros del grupo a partir del conocerse y trabajar juntos pueden crear un ambiente favorable al diálogo y arribar a acuerdos sobre su propio comportamiento. Este indicador será evaluado a través de:

-Toma de decisiones en forma conjunta en cuanto a: elección y selección de temas musicales, denominación del Taller, realización de actividades lúdico-musicales, por medio de estas actividades se fomentara el sentimiento de grupalidad.

- **Cooperación:** Colaboración que se da entre los miembros del grupo y que desplaza la rivalidad entre ellos. Es el aporte individual que hace a la tarea en su conjunto, facilita la tarea grupal. Este indicador será evaluado a través de:

-Colaboración en el armado del espacio.

-Colaboración en la convocatoria de los compañeros.

-Colaboración con aportes y sugerencias respecto de realización de la tarea.

-Motivación de exponer ante sus pares posibilidades individuales.

- **Pertinencia:** La capacidad que muestra el grupo para centrarse en la tarea convocante. La calidad de la pertinencia viene determinada por el grado en que se acepta la tarea, la creatividad grupal y la receptividad que muestra el grupo. Asistencia, permanencia, respeto del encuadre, atención, concentración, disposición hacia la tarea, etc. Este indicador será evaluado a través de:

-Asistencia al taller

-Respeto del encuadre.

-Respeto y escucha entre compañeros.

-Respeto turnos.

-Manifestación de recuerdos, vivencias personales, expresión de emociones generadas por la música.

- **Comunicación:** como vehículo de interacción y de procesos para armar vínculos en sus formas verbal y no verbal. Sugerencias, comentarios solicitudes, interacción, lenguaje corporal, gestos, actitudes, discurso cotidiano, transmisión y recepción de mensajes, disposición a relacionarse con el otro. Para que realmente haya comunicación deben existir códigos comunes. El emisor al emitir un mensaje lo hace desde un código determinado que pretende ser comprensible, al recibirlo el receptor y

contestar, retroalimenta el circuito. Este indicador será evaluado a través de:

- Establecer comunicaciones entre compañeros.
- Recepción y escucha de pares.
- Compartir comentarios, sugerencias, intereses y saberes propios.
- Las actividades y consignas propuestas colaboran al intercambio entre pares.
- Aprendizaje: Implica la capacidad de los miembros del grupo y del grupo como conjunto de apropiarse de la realidad para transformarla. Internalizando, resignificando y haciendo propios los conceptos trabajados, reflexiones y discusiones sobre un campo de la realidad, para luego operar sobre ella y transformarla. Es en el mismo proceso de aprendizaje donde se opera la transformación de la realidad interna primero y externa después. La transformación es un indicador de aprendizaje. Este indicador será evaluado a través de:

- Aprendizaje de ejercicios de relajación y movilización corporal.
- Aprendizaje de letras musicales.
- Aprendizaje de construcción y uso de instrumentos musicales.

Bibliografía

- ALBORNOZ, L., ESCALADA, P. & CREGO, A., "Construyendo una propuesta horizontal en salud y educación", Tesis de grado para la Lic. en Terapia Ocupacional de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMDP. Argentina. 2009.
- BALTES, P.B., "Psicología evolutiva del ciclo vital: algunas observaciones convergentes sobre historia y teoría". Psicología evolutiva 1. Teorías y métodos. Ed Alianza. Madrid. 1983.
- BALTEZ, P.B & BALTES, M.M. "Psychological perspectives on successful ageing: The Model of selective optimization with compensation. 1990.
- CABRERO, A., DI RUSSO, L. & VIDELA, L., "Promoción de la salud con adultos mayores institucionalizados: Experiencias lúdicas re- creativas." Tesis de grado para la Lic. en Terapia Ocupacional de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMDP. Argentina. 2011.
- "Carta de Ottawa para la promoción de la salud". 1986.
- CASTORIADIS, C., "La alienación y lo imaginario: La institución imaginaria de la sociedad". Vol.2, El imaginario social y la institución. Ed. Tusquets. Barcelona. 1983.
- DEL CUETO, A. M. & FERNÁNDEZ, A. M., "El dispositivo grupal". En lo grupal 2. Ed. Búsqueda. Buenos Aires. 1983.
- DULCEY RUIZ, E & URIBE VALDIVIESO, C., "Psicología evolutiva del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana". Revista latinoamericana de psicología. 2002.

- ERIKSON, E., "El ciclo vital completado". Ed. Paidós. Barcelona.2000.
- FERRERO, G., "Envejecimiento y vejez". Nuevos aportes. Ed. Atuel Buenos Aires. Argentina. 1998.
- GARCIA, D. El grupo: métodos y técnicas participativas. Buenos Aires: Espacio. 1997.
- GOFFMAN, E., "Internados". Ed. Amorrortu. 1972.
- GONZÁLEZ CUBERES, M. "El taller de los talleres: aportes al desarrollo de talleres educativos". Bs.As: Estrada. 1991
- KAES, R., "Sufrimiento y psicopatología de los vínculos institucionales". Grupos e Instituciones. Ed. Paidós. Buenos Aires. Argentina. 1998.
- KAMINSKY, GREGORIO, "Sagas institucionales", en: Dispositivos institucionales. Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales, Lugar Editorial, Buenos Aires, 1991.
- KRZEMIEN, D LOMBARDO, E. "Espacios de participación social y salud en la vejez femenina". Estud. interdiscip. Envelhec. Porto Alegre, v.5. 2003.
- KUZMIN, E.S. "Fundamento de la psicología social". Leningrado.1979.
- LOGULLO, M. L, PEDERNERA, S, SOLDAVILA, C. "La tercera no es la vencida... hay revancha. Terapia Ocupacional en Gestión de un Programa Social en Adultos Mayores a partir de sus necesidades". Tesis de grado Lic. en Terapia Ocupacional de la Fac. de Cs. de la Salud y S.S., UNMDP, Mar del Plata, Argentina, 2005.

- MC ADAMS, D.P., “The anatomy of generativity. Generativity and adult development: How and why we care for the next generation”. Washington. DC. 1998.
- MOLINER, M. Diccionario de uso del español. Madrid: Grases; 1983.
- MONCHIETTI, A., KRZEMIEN, D. “Vínculo, participación y salud mental en la vejez: el aporte teórico de René Kaës”. Revista Geriatria Clínica, 1(4). 2007.
- NECCO, C., “Terapia Ocupacional en tercera edad: Cartografías de una clínica”. Tesis de grado para optar a la Lic. en Terapia Ocupacional de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMDP. Argentina. 2010.
- PICHÓN RIVIERE, E. “El Proceso Grupal”, Bs.As: Nueva Visión; 1999.
- PERSICO, M; TAMBURRINI, S; WAGNER, E. Tesis de Grado “Proceso creador, música y calidad de vida en Adultos Mayores institucionalizados”, Fac. Cs de la Salud y Servicio Social, UNMDP. 2013.
- REGUEIRA, A., HERRERA, M.E., “Participación y Vejez”; Tesis de grado para la Lic. en Terapia Ocupacional de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, UNMDP. Mar del Plata. Argentina. 2001
- RODRIGUEZ, L. & RODRIGUEZ CANITROT, G., “Jugar, Crear, Improvisar: Sistematización de una experiencia en Promoción de la Salud desde Terapia Ocupacional”. Tesis de grado para optar a la Lic. en Terapia Ocupacional de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMDP. Argentina. 2012

- SALVAREZZA, R., "El concepto del narcisismo en la vejez y su conexión con las depresiones, un Estudio preliminar". Psicogeriatría, Teoría y Clínica Buenos Aires. Ed. Paidós. 1998.
- WINICOTT, D., "Realidad y Juego". Ed. Gedisa. Barcelona, España. 1971
- ZAREBSKY De ECHENBAUM, G., "Lectura teórico- cómica de la vejez". Ed. Tekné. Buenos Aires. Argentina. 1990

Referencias bibliográficas electrónicas

- LARIOS GONZÁLEZ, O; RAMOS CORDERO, P y cols. “Prevención y Promoción de la salud en el anciano institucionalizado (La Residencia como espacio de Convivencia y de Salud)”. Servicio de promoción de la salud. Instituto de Salud Pública. Madrid; 2006.
<http://www.imfersomayores.csic.es/documentos/documentos/ramos-prevencion-01.pdf>
- “MODULO 1.SEDE FLACSO.PARTE 1. El concepto de Salud. Evolución histórica. Aceptaciones actuales”.
<http://salud.ciee.flacso.org.ar/files/flacso/pdf/Modulo1.pdf>
- MONCHIETTI, A., KRZEMIEN, D. “Envejecimiento femenino: participación social significativa y salud.” Psiquiatría.com Revista Electrónica de Psiquiatría. ISSN 1137-3148. Mallorca (I. Baleares): InterSalud. Vol. 6, Nº 1. 2002
<http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/918>
- MONSALVE ROBAYO, A., "El Uso productivo del Tiempo Libre vivenciado desde la Animación Sociocultural con personas mayores". Revista Chilena de Terapia Ocupacional. Nº5. Noviembre 2005
<http://www.revistas.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/101/84>
- SILVA CONCHA, L., "Modelo psicosocial y envejecimiento, análisis, reflexividad y posibilidades en programas y políticas de la tercera edad". Revista Chilena de Terapia Ocupacional. Nº4, Noviembre 2004.

http://web.uchile.cl/vignette/terapiaocupacional/CDA/to_completa/0,1371,SC

<ID=14190%26SID=498,00.html>



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
D. FUNES 3350 – TEL/FAX: 0223- 4752442.

Título:

Tesista/s (alumno – profesional) Perras - Llano - Hassaro

Jurados Titulares: TO Soriz

..... Lic. Mastromarino

..... Lic. Herres

Fecha de defensa: 16 / 12 / 15

Calificación: 9 (nove)