



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**

**CENTRO DE ESTUDIOS DE EDUCACIÓN SUPERIOR**

**“MANUEL F. GRAN”**

**SISTEMATIZACIÓN FORMATIVA PARA UNA  
LONGEVIDAD SATISFACTORIA DESDE LA UNIVERSIDAD  
DEL ADULTO MAYOR**

**Tesis presentada en opción al grado científico de**

**Doctor en Ciencias Pedagógicas**

**Autor: MC. Clemente Couso Seoane**

**Santiago de Cuba**

**2010**



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**CENTRO DE ESTUDIOS DE EDUCACIÓN SUPERIOR**  
**“MANUEL F. GRAN”**

**SISTEMATIZACIÓN FORMATIVA PARA UNA**  
**LONGEVIDAD SATISFACTORIA DESDE LA UNIVERSIDAD**  
**DEL ADULTO MAYOR**

**Tesis presentada en opción al grado científico de**

**Doctor en Ciencias Pedagógicas**

**Autor: MSc. Clemente Couso Seoane**

**Tutores: Dr. C. Homero C. Fuentes González**

**Dra. C. Eneida C. Matos Hernández**

**Santiago de Cuba**

**2010**

## **AGRADECIMIENTOS**

**A todos aquellos que de una forma u otra contribuyeron a la terminación de este trabajo.**

## **SÍNTESIS**

El envejecimiento, un reto originado por la aspiración de todo ser humano a una vejez feliz, no se alcanza espontáneamente. El análisis de los indicadores de salud de muchos países incluido Cuba, permiten identificar insuficiencias en el proceso valorativo para potenciar un envejecimiento saludable, en relación con el desarrollo de prácticas de vida acordes al contexto social y ecológico, lo que limita un comportamiento adecuado de salud en los sujetos ancianos. Se presenta una investigación cuyo objeto es el proceso educativo para una longevidad satisfactoria, y el objetivo elaborar una estrategia de formación permanente para un envejecimiento saludable sustentada en un modelo de sistematización formativa para un envejecimiento saludable que se dinamiza entre la valoración flexible de los cambios en el contexto y la autoafirmación educativa en prácticas de vida saludables, lo que constituye el aporte teórico de la investigación. Del modelo referido, emergen dimensiones que se relacionan, y sustentan los indicadores que responden al desarrollo de la estrategia propuesta. La estrategia se aplicó a un grupo de alumnos de la Universidad del Adulto mayor de Santiago de Cuba. Se destaca el papel formativo e integrador de la formación permanente para un envejecimiento saludable.

## ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1	11
CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO EDUCATIVO PARA UNA LONGEVIDAD SATISFACTORIA	
1.1.	12
Caracterización epistemológica del proceso educativo para una longevidad satisfactoria y la sistematización pedagógica para un envejecimiento saludable	
1.2.	32
Caracterización de los antecedentes históricos del proceso educativo para una longevidad satisfactoria y la sistematización pedagógica para un envejecimiento saludable	
1.3.	42
Caracterización del estado actual del proceso de sistematización pedagógica para un envejecimiento saludable en la Universidad del Adulto Mayor en Santiago de Cuba	
Conclusiones del capítulo 1	47
CAPÍTULO 2	49
CONSTRUCCIÓN TEÓRICA Y PRÁCTICA DE LA SISTEMATIZACIÓN FORMATIVA PARA UN ENVEJECIMIENTO SALUDABLE	
2.1.	50
Bases teóricas del modelo de sistematización	

	formativa para un envejecimiento saludable	
2.2	Modelo de sistematización formativa para un envejecimiento saludable	53
2.3	Estrategia de formación permanente para un envejecimiento saludable	71
	Conclusiones capítulo 2	91
CAPÍTULO 3	VALORACIÓN Y CORROBORACIÓN CIENTÍFICA DE LOS RESULTADOS INVESTIGATIVOS	93
3.1	Valoración de la factibilidad de los aportes fundamentales de la investigación a partir de la realización de un taller de socialización con especialistas	93
3.2	Corroboración científica de la aplicación parcial de la estrategia de formación permanente para un envejecimiento saludable en un grupo de alumnos de la Universidad del Adulto Mayor en Santiago de Cuba	100
	Conclusiones capítulo 3	112
	CONCLUSIONES GENERALES	114
	RECOMENDACIONES	117
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
	ANEXOS	

## INTRODUCCIÓN

El incremento en la proporción de personas mayores de 60 años obedece a tres causas fundamentales: la reducción de la natalidad, el aumento de la esperanza de vida al nacer y los movimientos migratorios, y alcanzó dimensiones significativas durante la segunda mitad del siglo XX. El análisis de los indicadores revela que el proceso de envejecimiento poblacional continuará acentuándose, pero este análisis no expresa en su totalidad las profundas repercusiones que tendrá en un futuro. (OPS, 2002); (U.N., 2002); (Albala, 2006).

El estudio del envejecimiento muestra resultados relevantes, según Wong (2005), Millán Calenti (2006) y Barros (2005), pero queda mucho por recorrer para develar todas sus aristas, y mucho por hacer para solucionar sus retos.

Cuba, exhibe cifras de envejecimiento poblacional semejantes a las de los países del primer mundo y al cierre del año 2009 la tasa de envejecimiento poblacional en el país se encontraba en 17,4 %, según los datos de la Oficina Nacional de Estadística (ONE), lo que sitúa al país en la categoría de “Vejez Demográfica”.

Desde el punto de vista sicosocial, el envejecimiento representa un reto originado por la aspiración de todo ser humano a una vejez feliz y plena, que no se alcanza espontáneamente debido a la complejidad del proceso, al estar relacionado con elementos de muy diversa índole, como el orden socio – económico, educativo, la reducción proporcional de la fuerza de trabajo en la población, el incremento en la demanda de servicios y recursos de uso predominante entre ancianos, la salud, el transporte y la arquitectura. Landrove (2005); Giraldo (2007); Vega (2004)

Los cambios orgánicos que aparecen como consecuencia del envejecimiento, reducen la capacidad adaptativa e incrementan el riesgo de muerte, sin embargo, las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas al envejecimiento y las discapacidades, tienen el mayor peso en la disminución de la calidad de vida en la vejez, según Álvarez Sintés (2004); García González (2001); Rojas (2006).

Una serie de estudios efectuados con la participación del autor de esta investigación en la Universidad Médica de Santiago de Cuba, desde 1996 hasta el 2010, permite precisar que la población de adultos mayores del territorio no dispone de los conocimientos mínimos necesarios para alcanzar la adaptación a los cambios que trae consigo el paso de los años, ni ha quedado establecida una estrategia para alcanzarlo. Existe además, la tendencia entre los ancianos, a medicalizar su salud, adoptando una actitud pasiva ante sus problemas.

El resultado de un análisis tendencial de los indicadores de salud de casi cualquier país, incluyendo Cuba, (CELADE, 2009); (Huenchuan, 2009), permite afirmar que existe una coincidencia entre envejecimiento y enfermedades crónicas no transmisibles y su consecuencia directa: las discapacidades. Esta relación es tan constante que existe un criterio erróneo, pero extendido, de que la vejez está necesariamente asociada a las enfermedades y las discapacidades. Aunque se realizan esfuerzos constantes en el trabajo de educación para la salud, (CEPAL, 2009) los resultados son pobres debido a esa asociación entre envejecimiento y enfermedades crónicas. (MINSAP, 2002); (OMS, 2005); (Ordúñez, 2006)



Por otra parte, el resultado de la aplicación de entrevistas efectuadas a 25 alumnos y 27 profesores de la Universidad del Adulto Mayor en Santiago de Cuba en el período correspondiente a los cursos 2008 y 2009, hizo posible identificar que existen como manifestaciones externas:

- Escasos conocimientos de los conceptos actuales de la salud en la vejez,
- Dificultades en el reconocimiento de recursos personológicos para desarrollar una vida social activa en la vejez, en su medio natural.
- Una limitada comprensión de las capacidades de los ancianos para solucionar las dificultades cotidianas y que les permita interpretar los cambios que se producen en su contexto.

Este diagnóstico realizado permite revelar como problema científico de la investigación: **insuficiencias en el proceso valorativo para potenciar un envejecimiento saludable, en relación con el desarrollo de prácticas de vida acordes al contexto social y ecológico, lo que limita un comportamiento adecuado de salud en los sujetos ancianos.** Ello conlleva a precisar como **contradicción epistémica inicial** la relación entre **la apropiación valorativa del proceso de envejecimiento saludable y la sistematización de prácticas de vida acordes al contexto social y ecológico.**

En el pasado siglo, se efectuó una serie de estudios en poblaciones de centenarios (Leaf, 1982) que confirmaron la existencia de grupos de longevos sanos, quienes a pesar de pertenecer a lugares distantes, poseían como características comunes: un bajo nivel de estrés, una estrecha y activa vinculación

con la vida social y laboral, un elevado nivel de autoestima y una visión optimista de la existencia, todo ello asociado a una ingestión calórica promedio relativamente baja. Estos resultados han sido corroborados recientemente (CELADE, 2006)

Estos y otros estudios, permitieron a Rowe (1987) proponer su paradigma de: “Envejecimiento Exitoso” caracterizado por una vejez en la cual sólo es posible identificar cambios relacionados con el menoscabo fisiológico de las funciones, contraponiéndolo al modelo, predominante hoy, de “Envejecimiento Usual”, marcado por enfermedades crónicas y discapacidades. A pesar de su clara identificación, la longevidad satisfactoria, como norma, es sólo una aspiración.

La posibilidad de optar por el envejecimiento exitoso, apoyándose en el aprendizaje y la formación permanente, es una de las vías fundamentales para promover salud en la vejez y permite identificar como ruta para ello el desarrollo de los aspectos gerontológicos de la cultura en la población mediante un proceso educativo que tome en cuenta los principales aspectos relacionados con el envejecimiento desde una mirada totalizadora, y la educación del anciano como gestor de la solución de los problemas que le plantea el diario vivir. (Cerqueira, 2006); (Bermejo, 2006); (Alonso Galbán, 2007).

Desde una **valoración causal del problema científico revelado** se precisa por tanto, que existen: limitaciones en la concepción del proceso educativo para una longevidad satisfactoria al significar categorías y conceptos sesgados por las representaciones sociales de la vejez, insuficiencias en el proceso educativo para

una longevidad satisfactoria al estar marcado esencialmente por un enfoque de prevención de enfermedades sin alcanzar con profundidad el desarrollo integral del sujeto y limitaciones en el tratamiento sistematizado e integrador de teorías y metodologías para la educación permanente dirigida al logro de una longevidad satisfactoria. Por todo ello se propone como **objeto**, en la presente investigación:

**El proceso educativo para una longevidad satisfactoria.**

Un envejecimiento exitoso es un envejecimiento saludable (Ballesteros, 2007) que conduce a una longevidad satisfactoria, es decir, a una existencia larga y plena. Salud es, en concordancia con el concepto emitido por la Organización Mundial de la Salud, el resultado de una serie compleja de condiciones, que incluye aspectos inherentes al individuo, y a la interacción de éste con su grupo y contexto natural. Al asumir esta concepción de salud integral, toda referencia futura a este término, en la presente investigación, va más allá de un criterio de ausencia o existencia de enfermedades diagnosticables, para referirse a un concepto holístico, que abarca el quehacer humano en armonía con todas las funciones y actividades en su contexto social y ecológico. (Sanabria, 2004- 2006)

El concepto de salud es evaluado en los ancianos a través del principio de la Capacidad Funcional. Desde este punto de vista, la **funcionalidad** se manifiesta en la ejecución o no de determinadas actividades, pero omite algunos aspectos actitudinales que son esenciales para hacer efectiva esa funcionalidad, que deviene así en **Capacidad Resolutiva**. Dicha evaluación se basa en un modelo que centra su atención en las limitaciones de capacidades y su asistencia, pero no se concreta en la promoción de las posibilidades de actuación del anciano. Esto

determina que en las acciones educativas subsista una visión paternalista, de la cual se derivan acciones “protectoras” que contribuyen a limitar a la persona anciana y dificultan la comprensión del proceso educativo en edades avanzadas como una verdadera inversión, no sólo útil para el anciano si no también para la sociedad. (Hdez. Mojena, 2003); (Menéndez, 2005)

La capacidad funcional no es una cualidad que surge espontáneamente a través de la vida, si no que constituye el resultado de un largo proceso de aprendizaje iniciado en la infancia, que no debe concluir hasta el mismo fin de la existencia. En la práctica clínica es común encontrar pacientes con una capacidad funcional aceptable, que muestran un marcado desequilibrio entre estos resultados y la decisión efectiva del sujeto para el ejercicio de su capacidad resolutive. Sin embargo, aún la comprensión de la diferencia entre funcionalidad y resolutive, no se argumenta suficientemente en el proceso educativo para una longevidad satisfactoria, pues existen sesgos teóricos y metodológicos para sistematizar su apropiación pedagógica en diversos momentos de la existencia. Ello se connota entonces, como la **fisura epistémica** de esta investigación.

En esta investigación se determina por tanto, como **campo de acción**: la sistematización pedagógica para un envejecimiento saludable y como **objetivo de esta investigación**: La elaboración de una estrategia de formación permanente para un envejecimiento saludable, sustentada en un modelo de sistematización formativa para un envejecimiento saludable.

El carácter pedagógico de este objetivo se expresa en su aplicabilidad en un proceso educativo escolarizado, en la práctica clínica del ejercicio médico, en cada persona que intenta asumir su envejecimiento, o en el trabajo de intervención dirigido a modificar las representaciones sociales de la vejez, mediante la interacción corresponsable entre las personas implicadas y su contexto. El proceso estará dirigido a desarrollar las potencialidades del sujeto para promover su propia capacidad gestora y satisfacer así las necesidades de desarrollo personal integral que abarcan aspectos anatómicos funcionales, sociales, espirituales y de intercambio con el contexto en el cual está inmerso y con el que interactúa. (CREFAL, 2009)

La satisfacción de estas necesidades sólo es posible si se propicia un ejercicio a través del cual se da respuesta a las necesidades de su mundo interior y de su relación con el contexto (Umstadtd, 2007). Entre estas dos grandes líneas de desarrollo del hombre queda entonces, establecida una contradicción básica integrada por los aspectos relacionados con el mundo interior del sujeto y sus relaciones con el contexto. Ello hace posible identificar como **brecha epistémica**: la necesidad de significar a la sistematización formativa para un envejecimiento saludable desde promover y desarrollar la resolutividad del sujeto como aspecto esencial en el proceso pedagógico para la longevidad satisfactoria.

Esta orientación epistémica permitió gestar como **hipótesis de esta investigación** que: Si se elabora una estrategia de formación permanente que haga posible el desarrollo de un envejecimiento saludable, sustentada en un modelo de su sistematización formativa que tenga en cuenta la contradicción

dialéctica entre **la autogestión formativa del sujeto que envejece y la sistematización pedagógica para su integración social mediante prácticas de vida saludables**, será posible perfeccionar el proceso educativo para una longevidad satisfactoria en cada persona que envejece.

Para el desarrollo de la investigación se realizaron las siguientes tareas científicas:

- Caracterizar desde el punto de vista epistemológico el proceso educativo para una longevidad satisfactoria y la sistematización pedagógica para un envejecimiento saludable.
- Caracterizar los antecedentes históricos del proceso educativo para una longevidad satisfactoria y la sistematización pedagógica para un envejecimiento saludable.
- Caracterizar el estado actual de la sistematización pedagógica para un envejecimiento saludable en una muestra de los alumnos de la Universidad del Adulto Mayor en Santiago de Cuba.
- Elaborar el modelo de sistematización formativa para un envejecimiento saludable.
- Elaborar una estrategia de formación permanente para un envejecimiento saludable.
- Valorar la pertinencia científica y metodológica del modelo y la estrategia a través de un taller de socialización con especialistas.
- Corroborar la aplicación parcial de la estrategia propuesta en un grupo de ancianos de la Universidad del Adulto Mayor de Santiago de Cuba.

Para la realización de estas tareas se tuvo en cuenta la utilización de los siguientes métodos y técnicas de investigación:

**Teóricos:**

- El método histórico lógico para la caracterización de los antecedentes históricos del proceso educativo para una longevidad satisfactoria y la sistematización pedagógica para un envejecimiento saludable. Transitó además, por toda la lógica investigativa.
- El método de análisis síntesis que recorre toda la lógica del proceso investigativo.
- El método holístico dialéctico que se utilizó para la modelación de la sistematización formativa para un envejecimiento saludable.
- El método sistémico estructural para la elaboración de la estrategia propuesta.
- El método de estudio de casos clínicos para la aplicación parcial de la estrategia.
- Se utilizó además el método hermenéutico dialéctico que transitó a través de toda la lógica de la investigación en los procesos de comprensión, explicación e interpretación del proceso educativo para una longevidad satisfactoria.

**Empíricos:**

- Observación y entrevistas a profesores y alumnos para la determinación del problema científico de esta investigación, para la caracterización del estado actual

del proceso de sistematización pedagógica en la Universidad del Adulto Mayor en Santiago de Cuba y para la corroboración de los principales resultados científicos.

**Estadísticos:**

Se utilizaron para el procesamiento e interpretación de los datos obtenidos de la aplicación de las técnicas empíricas.

**El aporte teórico** está en el modelo de sistematización formativa para un envejecimiento saludable, y el **aporte práctico** en la estrategia de formación permanente para un envejecimiento saludable. La **significación práctica** Se concreta en el impacto sobre la transformación en la formación del sujeto para el envejecimiento saludable, lo cual evidencia su necesidad ante la expansión que ha tenido el proceso de envejecimiento en la población.

La **novedad de la investigación** está en revelar la lógica integradora del proceso educativo para un envejecimiento saludable como expresión de la transformación del adulto mayor en un sujeto resolutivo desde una práctica pedagógica corresponsable de todos los sujetos implicados en ello, lo que se expresa en las relaciones de sistematización de la apropiación formativa en salud integral contextualizada y en la formación gerocultural sistematizada en prácticas de vida saludables.



## **CAPÍTULO 1.**

# **CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO EDUCATIVO PARA UNA LONGEVIDAD SATISFACTORIA**

## **CAPÍTULO I. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO EDUCATIVO PARA UNA LONGEVIDAD SATISFACTORIA**

### **Introducción**

En este capítulo se caracteriza epistemológica y praxiológicamente el proceso educativo para una longevidad satisfactoria y la sistematización pedagógica para un envejecimiento saludable. A partir de un análisis epistemológico se valoran sus referentes teóricos esenciales. Se establecen los principales antecedentes históricos de dicho proceso a través del análisis histórico-tendencial. Se caracteriza además, el estado actual del proceso en un grupo de 52 alumnos y profesores de la Universidad del Adulto Mayor de Santiago de Cuba, de este modo se profundiza en las principales limitaciones existentes en él y se confirma el problema científico planteado.

La aspiración de toda persona a una vida razonablemente prolongada y exenta de circunstancias que limiten su disfrute, ha sido conceptualizada por la gerontología como longevidad satisfactoria. Esta meta se alcanza a través de la vida, mediante un proceso de envejecimiento saludable, es decir, mediante un proceso de transformación armónica originado por los efectos del paso del tiempo que, aunque disminuye paulatinamente la capacidad de respuesta a las demandas del diario vivir, no origina enfermedades diagnosticables ni da lugar a discapacidades.

## **1.1 Caracterización epistemológica del proceso educativo para una longevidad satisfactoria y la sistematización pedagógica para un envejecimiento saludable**

El proceso de educación para el envejecimiento como problema social complejo, surge a partir de la existencia de grupos crecientes de sujetos que durante su envejecimiento, poseen necesidades, y posibilidades de desarrollo personal y el interés de seguir participando de manera activa dentro de sus grupos sociales, en contradicción con el imaginario social de la vejez, y tiene sus antecedentes en la educación del adulto.

La educación del adulto ha sido trabajada desde diversas posiciones epistemológicas. Márquez (1998) lo considera como la disciplina educativa que trata de comprender al adulto(a), desde todas las aristas del ser humano. Alcalá (2000), sostiene que es la ciencia y el arte que, siendo parte de la Antropogogía y estando inmersa en la Educación Permanente, se desarrolla a través de una praxis fundamentada en los principios de Participación y Horizontalidad, orientada por el facilitador del aprendizaje, que permite incrementar el pensamiento, la autogestión, la calidad de vida y la creatividad del participante, con el propósito de proporcionarle una oportunidad para que logre su autorrealización. En otro trabajo el propio autor, señala que es un conjunto de acciones, actividades y tareas que al ser administradas aplicando principios y estrategias adecuadas, hace posible el proceso de aprendizaje en el adulto, y considera que la Andragogía constituye el espacio para que el adulto que decide aprender, participe activamente en su propio aprendizaje e intervenga en la planificación, programación, realización y

evaluación de las actividades educativas en condiciones de igualdad con sus compañeros participantes y con el facilitador; y todo ello, con un ambiente de aprendizaje adecuado.

Lanzel, Roth y Niggermann (1983) declaran, como elementos básicos en la educación al adulto: que debe ser un proceso de formación masiva, se debe planificar a largo plazo y debe crearse un sistema de educación abierta, capaz de alentar las innovaciones y la disposición en el alumno de cambiar su actitud dentro de la sociedad y reconocer que el progreso está ligado a constantes cambios de trabajo y de vida. Esta afirmación guarda una relación estrecha con el postulado de José Martí de educar para la vida, implica un trabajo educativo de carácter permanente, y ha sido tratado recientemente por Wolff (2001), en relación con la actividad de las Universidades de la Tercera Edad. Es por ello, que a juicio del investigador de esta tesis, se asume al proceso educativo para una longevidad satisfactoria enmarcado dentro del proceso de educación de adultos.

Cazau (2002) define la pedagogía para el desarrollo del adulto como el conjunto de teorías, metodologías, técnicas y estrategias que orientan la enseñanza y aprendizaje individual y social del adulto, considerando, en primer lugar, el desarrollo de sus potencialidades como persona: su autoestima, sus valores, su relación con el ambiente natural y urbano, con las distintas fuerzas sociales, y con sus deberes y derechos como ciudadano.

Si se tiene en cuenta las características que diferencian al anciano del resto de la población adulta, resulta fácil comprender que desde el punto de vista pedagógico

también posea elementos distintivos, y se requiera un tratamiento educativo diferente para él. Ello establece la necesidad de elaborar estrategias no claramente definidas aún, para promover una formación del sujeto anciano, que responda a su realidad y a sus necesidades de aprendizaje. Esta investigación reconoce por tanto, la necesidad de ofrecer un espectro amplio de opciones, para cubrir las necesidades y demandas de un grupo poblacional muy diverso. La **participación social** cobra vital importancia para el anciano (Huenchuan, 2009-A) que ha sido visto, y aún lo es, con una connotación de receptor de las acciones del grupo, lo que reduce sus posibilidades de actuación dinámica en aquel (Wetle, 2008). La visión del anciano como sujeto pasivo, disminuye su espacio para alcanzar un envejecimiento saludable. Para garantizar esa participación será necesaria una educación consecuente con dichos sujetos, entre los que priman acentos personales, derivados de sus largas historias de vida (Pamies, 2002).

El aprendizaje es un proceso personal mediante el cual cada sujeto desarrolla sus potencialidades y satisface las necesidades que surgen en el transcurso de la vida. Este proceso de desarrollo conduce a un determinado nivel de madurez e implica un cambio de conocimientos, de conductas y de experiencias socio-afectivas, como resultado de una necesidad interna o de una demanda del contexto. Esto es válido en la tercera edad, en la cual, como en cualquier otra etapa de la vida el sujeto posee intereses e inquietudes cognitivas inherentes a su condición de persona y debido a los cambios asociados al envejecimiento, identifica nuevas y diferentes necesidades que demandan satisfacción. Es muy diferente, la expectativa del grupo social en relación con el sujeto anciano al cual

no se le confía, por lo común, el aprendizaje como tarea para facilitar **proyectos y prácticas de vida** acordes con su condición de persona capaz de dar solución a problemas (D'Angelo, 2003).

Prevost (1947), señala que aprender es incorporar en sí mismo hechos, verdades y sensaciones que antes eran externas y hasta desconocidas, es convertir en sustancia intelectual o sensitiva propia lo que anteriormente no pertenecía a ella, es ensanchar la vida y es el medio esencial del crecimiento interior. Estos conceptos son válidos también para el anciano, que por el hecho de serlo, no cesa de incorporar nuevas experiencias vitales que constituyen la fuente de su crecimiento interior.

Considerando los criterios anteriores, es posible afirmar entonces, que el aprendizaje es necesario para envejecer satisfactoriamente (Burton, 2001). El crecimiento personal es la esencia misma de la vida humana que se expresa en el cambio constante, ya sea físico o subjetivo, y el anciano sigue siendo un ser humano hasta el último instante de su existencia. Negar al anciano su derecho al aprendizaje es negar su derecho al crecimiento. De hecho es negar su derecho a la vida, que en sí misma es actividad y crecimiento permanente.

Según Díaz Díaz (2000), el aprendizaje ocurre cuando la persona está preparada para aprender, pues el conocimiento se construye a partir de lo que ya se sabe y depende tanto del propósito y del interés personal, como del grado alcanzado en el desarrollo de las capacidades intelectuales. Así, el aprendizaje comienza cuando surge un problema, una respuesta inconclusa o un estado de confusión e

incertidumbre; comienza también cuando se acepta el reto de lo desconocido, de lo controvertible y se busca soluciones.

El anciano sano posee características particulares, dadas por la existencia de una historia de apropiación de conocimientos, que pueden constituir referentes o barreras para el aprendizaje y además, se enfrenta a circunstancias plenas de respuestas inconclusas y de incertidumbre, dadas por la novedad de su situación actual dentro del grupo en el que alcanzó la vejez, por lo que es posible afirmar que cumple las condiciones antes propuestas para que se produzca el aprendizaje, aunque el conocimiento previamente adquirido constituya un elemento facilitador o entorpecedor para construir nuevas experiencias. El anciano no siempre mantiene la actitud de búsqueda de soluciones, lo que resulta explicable si se considera que está inmerso en un medio social en el cual se le adjudica un papel poco dinámico, a veces en contra de su propia voluntad (Casado, 2001).

El desarrollo de potencialidades en el anciano está limitado por la misma razón por la cual restringe su búsqueda de soluciones, pero además, es necesario destacar que se advierte cierta pobreza teórica en cuanto a la orientación de la enseñanza y el aprendizaje individual y social del sujeto adulto mayor en el cual, tanto las limitaciones en su autoestima, como en su relación con las fuerzas sociales, enturbian la definición perfecta de sus derechos y deberes en muchas partes del mundo y entorpecen sus posibilidades de desarrollo como ser social, para que pueda relacionarse con el otro, trabajar en equipo, conocer el mundo, participar de la igualdad de derechos entre la mujer y el hombre, comprometerse con el

bienestar propio de aquellos con quienes comparte la existencia con mentalidad abierta a la reflexión y al cambio, ante las nuevas circunstancias; para que satisfaga sus propios intereses, actúe de acuerdo con la misión de las instituciones a las que se vincule en la sociedad y participe en un intercambio con el medio natural al que pertenece y en el que se desenvuelve (Soria Bousy, 2003).

En contra de ciertos mitos populares, el adulto mayor también está creciendo, y son características de la tercera edad las nuevas experiencias que llegan a constituir retos, lo cual es necesario tener en cuenta para entender cómo es el aprendizaje en la ancianidad. Las características especiales del aprendizaje en el adulto mayor dependen en gran medida de la psicología propia de esta edad evolutiva en la cual el sujeto, aunque marcado por el imaginario social es plenamente capaz de: alcanzar un concepto de sí mismo como ser capaz de tomar decisiones y auto dirigirse, jugar un papel social, que conlleva responsabilidades desde el punto de vista económico y cívico, y actuar independientemente en su vida (Álvarez, 2003); (Ramírez Benítez, 2005).

La familia como célula básica de la sociedad, debe jugar un rol en ese crecimiento y en su seno, el anciano debe promoverse y ser promovido (Fernández Ballesteros, 2001); (Keller, 2001); (Orosa, 2003). A pesar de los mitos que consideran a todos los adultos mayores como personas imposibilitadas, los estudios de poblaciones ancianas demuestran que predominan los ancianos sanos y capaces que pueden mantener una vida independiente.



Es criterio comúnmente aceptado, que los mejores estudiantes adultos son aquellos que de temprana edad tuvieron que resolver sus propios problemas y superar sus dificultades, lo que permite un desarrollo del aprendizaje con mayor autonomía. Ello resulta válido a través de una **sistematización formativa** para un envejecimiento saludable, en el sentido de promover y desarrollar la conservación de actividades relacionadas con el quehacer anterior de cada anciano como vía para reinsertarlo en el aprendizaje, además constituye un aspecto a considerar para alcanzar una longevidad satisfactoria, cuya construcción no depende sólo de las acciones aplicadas en el sujeto ya anciano si no que debe considerar **la formación desde edades tempranas y durante toda la vida** (Jara, 1994); (Ghiso, 2001). No se encuentra en la literatura revisada, sin embargo, una propuesta teórico metodológica que defina el proceso educativo para la longevidad satisfactoria como un **proceso pedagógico sistematizado a través de toda la vida**.

La sistematización como concepto ha sido comprendida en dos sentidos: la organización de un sistema, acepción no utilizada en esta tesis y como proceso de apropiación y recuperación de una práctica formativa determinada, que permite a las personas implicadas comprender y explicar las circunstancias, significados y sentidos inherentes a una situación dada, de modo que sea posible la transformación de sus acciones comunitarias a través de una propuesta educativa. (Murga, 2002); (Iovanovich, 2003); (Rodríguez, 2007).

Se reconoce en esta investigación por tanto, a la **sistematización** como "...una categoría pedagógica que define un proceso formativo con carácter de continuidad

y consecutividad, que se dinamiza en estadios de desarrollo cualitativamente superiores en la apropiación del contenido sociocultural y que conlleva a la recreación y creación de la cultura...”, criterio asumido de Fuentes González (2009).

El proceso educativo para una longevidad satisfactoria, valorado desde su sistematización pedagógica en los sujetos que envejecen, no puede ser enfrentado por tanto, mediante la utilización de los métodos tradicionales que se han desarrollado generalmente para el proceso de enseñanza aprendizaje, teniendo en cuenta la diversidad y la complejidad del propio proceso de envejecimiento y la existencia de conceptualizaciones negativas e imprecisas del mismo, que condicionan la existencia de barreras generadas por el rechazo que manifiesta una gran parte de las personas en la aceptación de dicho proceso en sí mismos, además reconociendo la diversidad de escenarios en que debe desarrollarse ese proceso educativo resulta evidente que el mismo requiera por tanto, de su **especificidad pedagógica**.

La sistematización del proceso educativo para una longevidad satisfactoria debe por tanto dinamizarse, desde la actividad cotidiana con los distintos aspectos que caracterizan al sujeto como ser humano, es decir desde su morfo fisiología, su subjetividad, su carácter social y su interacción con su contexto social y ecológico en el cual se desarrolla el proceso pedagógico, y del que debe ser copartícipe.

Fainholc (1999) expresa que el adulto quiere respuestas que se relacionen directamente con su vida y adapta las probabilidades mediante estimaciones

cualitativas que le permitan hacer nuevas consideraciones. Participará en las actividades educativas, si puede obtener conocimientos de utilidad inmediata para él, de lo contrario, desistirá. Estas características relacionadas con una visión pragmática de la existencia se acentúan en el anciano que conoce o presiente la brevedad relativa de su futuro y apuesta por actividades de utilidad inmediata, sabiendo que el presente es el único tiempo en el cual tiene verdadero sentido vivir. Los adultos mayores están motivados a aprender en la medida que ese aprendizaje satisface sus necesidades y sus intereses. La orientación al aprendizaje estará centrada en su vida, por lo tanto las unidades apropiadas para el aprendizaje del anciano deben estar estrechamente vinculadas a su realidad. No todos los adultos mayores han acumulado las mismas experiencias, que son el recurso más rico del aprendizaje del adulto mayor, de hecho las diferencias individuales entre las personas se incrementan con la edad.

En opinión de Knowles (1990), los adultos tienen una necesidad profunda de auto dirección, por lo que el rol del gestor educativo es comprometerse a un proceso mutuo de indagación, en lugar de transmitir su conocimiento y evaluar según este. Agramonte y otros autores (2001), consideran que en los ancianos esta necesidad de **auto dirección** está marcada además de lo ya expresado, por las propias dudas acerca de sus capacidades para el aprendizaje y por los conceptos del grupo, por lo cual el proceso educativo debe iniciarse con la cautela necesaria para promover la participación de los ancianos a partir de un reconocimiento de sus posibilidades.

En el proceso educativo de los ancianos, el que aprende posee tanto o más que decir que el propio gestor educativo y los roles se intercambian constantemente durante el desarrollo de la actividad educativa. El hecho de que el adulto mayor sea diferente en su aprendizaje, permite comprender la existencia de un momento propicio para que se apropie de conocimientos que, comúnmente, no se incorporan en etapas anteriores de la vida. Este momento llegará cuando la persona necesite de un conocimiento o técnica que lo ayude a resolver algún problema vital, y no existe duda de que las circunstancias propias de la vida de un anciano plantean problemas peculiares relacionados con sus características y con las circunstancias que le ha tocado vivir (Lidia, 2007).

Algunos de los rasgos esenciales de los ancianos como alumnos son:

- Forman grupos heterogéneos en motivación, experiencia y aspiraciones.
- El papel de estudiante es colateral y no constituye el centro de su quehacer.
- El interés gira en torno al bienestar, la salud o la autoestima.
- Sus objetivos son concretos, elegidos y valorizados.
- Los logros y éxitos así como los fracasos serán vivenciados intensamente y aún con ansiedad.
- Es común la susceptibilidad e inseguridad ante las críticas.
- A menudo arrastran el peso de experiencias de aprendizaje frustrantes que le convencen de que no son capaces de adquirir conocimientos nuevos.

- Sus fuentes de conocimiento previo son heterogéneas, a veces contradictorias.
- El aprovechamiento del tiempo en clase tiene un sentido más práctico que en los jóvenes.
- Necesitan alternancia y variabilidad durante el proceso educativo, por su relativa limitación en la capacidad de un esfuerzo intelectual prolongado.

El adulto mayor tiene un rico bagaje histórico, cultural y social como consecuencia de pertenecer a un ámbito temporal determinado, pero se encuentra integrado en unas formas de vida establecidas por el grupo social, y en un entorno marcado por la huella del hombre, que no siempre se corresponden con sus deseos e intereses y cada participante construye su propio conocimiento con ayuda del facilitador y de sus compañeros de aprendizaje, por eso, es necesario que el gestor del proceso educativo en el anciano sea un incentivador del aprendizaje.

Otras características que inciden en el modo de aprender del adulto mayor son las siguientes: se fatigan más rápido; una vez estimulados debidamente están más motivados; comúnmente no tienen hábitos de tomar notas ni de estudio; son más responsables, son más exigentes, les gusta participar y disponen de tiempo para ello.

Es importante la demanda del estudiante de cualquier edad, tanto si aspira al certificado como si se contenta con enriquecer su vida mediante el estudio. Por lo tanto, es evidente que los medios para el aprendizaje del adulto son, a su vez, distintos de los que se emplean para el aprendizaje escolar y deben ser los

propios de una educación abierta, en la cual cada sujeto, de manera autónoma, sea capaz de aprender y de diseñar su propio currículo. Estos aspectos cobran importancia en los adultos mayores, quienes generalmente aspiran a incrementar sus conocimientos con finalidades no vinculadas a una certificación académica.

Las características morfo-funcionales de los ancianos, determinan la necesidad de adecuar los medios a utilizar, toda vez que la percepción de estímulos generados en el aula se modifica con los años, lo que es comprensible si se tiene en cuenta la disminución en la eficiencia de los órganos sensoriales, y el eventual retardo en el procesamiento de dichos estímulos en las personas que, sin estar enfermas, se sitúan en esa ancha franja que separa lo normal de lo patológico en la tercera edad. De ello se deriva la necesidad de prestar a los medios una especial atención para que cumplan el fin con el cual se emplean. El estudiante adulto mayor tiene rasgos de autonomía y responsabilidad que son ventajosos, pero que al mismo tiempo implican una mayor complejidad en lo que respecta a los objetivos y al funcionamiento de la clase (Díaz, 2003); (Barton, 2001).

Asumiendo los criterios de Petriz (2003), muchos de los principios propuestos para el adulto en general resultan válidos para los ancianos, si se deja a un lado el imaginario social, aún prevalente, acerca de la vejez y se considera a los adultos mayores como individuos capaces de participar de modo activo, en su vida personal y social. Es de destacar, que al organizar un proceso de sistematización educativa para una longevidad satisfactoria se tomará en cuenta los requerimientos específicos de cada etapa de la vida, desde la consideración de los

cambios que se producen a partir de dicha etapa y que dan lugar a los rasgos característicos de la vejez

Desde el punto de vista pedagógico, es de suma importancia considerar en los adultos mayores una serie de factores subjetivos que ejercen influencia en el proceso educativo, entre los cuales se pudiera considerar: los prejuicios heredados del imaginario social de la vejez, que interfieren en su disposición al aprendizaje, la existencia de conocimientos previos que pueden constituir puntos de apoyo o barreras para un proceso educativo, según sean agónicos o antagónicos con el mismo, las habilidades adquiridas a través de la vida, las motivaciones que mueven su interés de aprender, su potencial de reacción ante el proceso educativo en el cual se involucran, el estrés que genera en ellos el rol de estudiante y su capacidad de adaptarse a él, sus experiencias previas en el proceso educativo, el tono afectivo y en particular su autoestima, la eventual presencia de enfermedades crónicas y discapacidades que limitan el ejercicio del aprendizaje, los cambios fisiológicos propios del paso de los años y la valoración que le concede a sus conceptos acerca de la salud en la vejez (Scaglia, 2001-2002); (Meltzer y otros, 2001); (Lievre, 2008).

Todos estos aspectos pudieran originar modificaciones en el proceso educativo del adulto mayor y facilitar o entorpecer el desarrollo de sus potencialidades según como sean instrumentados. Desde el punto de vista objetivo, cabe entonces citar algunos elementos relacionados con dicho proceso, que es necesario tomar en cuenta debido a los cambios comunes en el anciano, como son:

- Las condiciones del local en el cual se desarrollan las actividades, tales como iluminación y acústica.
- La utilización de mediadores adecuados.
- La claridad de la dicción e intensidad de la voz del docente;
- El diseño curricular flexible que responda a los intereses de los alumnos.
- Una acertada elección de los métodos atendiendo a las características sico-sociales de los ancianos.
- La utilidad práctica concreta e inmediata del proceso formativo.
- El ritmo y velocidad del proceso educativo, que responda a la realidad del anciano. El período de duración de cada encuentro que tome en cuenta la necesidad del anciano de movilizarse para cambiar de posición.

La influencia del elemento motivacional en el proceso formativo justifica su análisis. Un anciano está motivado al aprendizaje por razones diversas, que pueden coexistir, cuya esencia influye en el proceso formativo. Tales razones pudieran ser clasificadas en:

- **Estéticas** si persigue el goce de la belleza como es el caso de los estudios artísticos
- **Utilitarias**, si pretende emplear lo aprendido para obtener nuevos ingresos monetarios u otros bienes materiales.
- **Recreativas** si intenta encontrar en la actividad educativa un medio para emplear el tiempo libre.



- **De continuidad**, en aquellos ancianos de intensa vida intelectual previa, que buscan un espacio para seguir vinculados a su actividad científica.
- **De supervivencia**, cuando se persigue el enriquecimiento de la salud personal.

Havigurst, citado por Lowe (1976), plantea que la motivación y la elección de temas de estudio están en relación con la etapa alcanzada en el ciclo de vida y el papel social que el sujeto está llamado a desempeñar. El criterio expuesto debe constituir una guía esencial para el desarrollo del proceso educativo para una longevidad satisfactoria. Este criterio exige un análisis del papel social del anciano, que está bien definido en el mundo occidental para las etapas de la niñez, la juventud y la adultez media, a las cuales corresponden, respectivamente, el aprendizaje, el desarrollo y la conservación de la cultura del grupo social con el cual interactúan.

En la opinión de Lehr (1999), los ancianos quedan en una posición poco definida con relación a los otros grupos de edades. Esta pobre definición de su papel social tiene su génesis en los conceptos de la cultura occidental, que asigna al adulto mayor una actitud pasiva, receptora de beneficios que por lo tanto, es poco compatible con el aprendizaje y con la elaboración de proyectos personales (Batista, 2006). Es por eso que el proceso formativo para la longevidad satisfactoria debe tomar en cuenta un desempeño social en el cual, el Adulto Mayor ocupe un lugar preponderante como promotor de la identidad, continuidad,

estabilidad, y de salud social y espiritual del grupo al cual pertenece y con el cual debe interactuar. Ello define su papel social y se resumen en su **resolutividad**.

Lowe (1976) identifica tres grupos de factores que condicionan la no participación de los ancianos en programas educativos: factores personales, fundamentalmente el miedo al ridículo, la inseguridad, el sentimiento de inferioridad social, la falta de gusto por la escuela, la incertidumbre en cuanto a la utilidad del estudio, y las limitaciones físicas o mentales, factores domésticos relacionados con la oposición de la familia, y factores externos como dificultades con el transporte o la fatiga originada por otras tareas.

La aptitud para el aprendizaje es un aspecto de la educación en la vejez ya estudiado. Los resultados de Owens (1966) demuestran una reducción en la velocidad de reacciones, en la capacidad de solucionar problemas y en las aptitudes motrices, así como el incremento de la fluidez verbal y de la comprensión. Este mismo autor verificó que a mayor nivel educacional inicial, más altos son los resultados del aprendizaje obtenidos tardíamente en la vida, y que la aptitud para aprender se mantiene con el ejercicio intelectual regular.

Lowe (1976) cita a Huberman, quien afirma "...lo que pierde el anciano en rapidez y percepción lo gana en experiencia, sabiduría y conocimiento previo...", siempre que se mantenga la estimulación mental. Este último factor parece ser decisivo en la conservación de las funciones superiores del anciano por lo cual, la pérdida de los órganos de relación, en particular la visión y el oído, se traducen en un rápido deterioro de la esfera cognitiva.

Eisdofer (1967) obtuvo en sus investigaciones acerca del aprendizaje en los ancianos algunos resultados entre los que señala que los ancianos en comparación con los jóvenes, están más estimulados al aprendizaje, bajo condiciones de calma, presentan respuestas menos inhibidas y tienen un desempeño más eficiente en los procesos estímulo – respuesta, además tienden a ser más susceptibles a los efectos fisiológicos producidos por los estímulos que generan ansiedad, y esos efectos duran más. Teniendo en cuenta las experiencias personales, la primera opinión no siempre es aplicable a los ancianos como grupo, sin embargo, las dos últimas afirmaciones están más presentes en la práctica educativa. Es necesario insistir en el carácter singular del proceso de envejecimiento, por lo que el establecer líneas generales de carácter absoluto en sus peculiaridades como grupo, está sujeto a error.

Robertson y Shonfield (1966) señalan que el proceso de aprendizaje dividido en adquisición, retención y recuerdo se ve dificultado en los ancianos en el proceso de recuperación de la memoria, sin embargo, esta afirmación no explica el porqué los ancianos son capaces de relatar con precisión recuerdos muy antiguos, lo cual pudiera estar más en relación con la adquisición que con el recuerdo en sí mismo. En general, no existe un consenso en cuanto al mecanismo de dicho proceso y sus afectaciones en el anciano, por lo que sigue siendo objeto de investigaciones (Duarte y otros, 2006); (Yonelinas) y otros, 2007); (Peters, 2008).

En el adulto mayor, el aprendizaje está más estrechamente vinculado que en ningún otro sujeto a un complejo proceso de selección y eliminación de conceptos previamente incorporados, que pueden constituir barrera para la adquisición de

nuevos conocimientos. Esta realidad exige un proceso de desaprendizaje que ha sido trabajado por Sánchez Arias (2004) y constituye una de las mayores fuentes de resistencia interna del individuo. Una de las experiencias más dolorosas del adulto mayor es desaprender lo adquirido a lo largo de su vida. La sistematización educativa para un envejecimiento saludable debe considerar este factor.

Para llevar a cabo el desaprendizaje, el ser humano debe verse a sí mismo como el poseedor de un punto de vista sobre cualquier aspecto y desarrollar la conciencia de la existencia de otros puntos de vista que pueden ser tan o más válidos que el percibido por él. Esto exige postergar el juicio propio, lo cual no es una costumbre arraigada en la mayoría de los adultos mayores, mucho menos cuando éstos poseen un alto nivel intelectual, pues cuanto más se ha invertido en aprender cierta información, mayor compromiso existe en defenderla ante otra diferente. Es recomendable por esto, lograr que los adultos mayores, cuestionen sus supuestos y abran su criterio hacia lo que ha de desarrollarse, obteniendo de esta manera las bases para que el mensaje que se desea transmitir sea comprendido y retenido. Es pues, en el desaprendizaje, que el adulto mayor encuentra su "segunda oportunidad" para que el compartir familiar y la acción ciudadana sean nutridas por ideas nuevas y estimulantes.

No es la cantidad de instrucción, lo que determina el desarrollo del modelo de envejecimiento exitoso, que está mediado por un fuerte componente actitudinal. Es su capacidad **resolutiva** ante la vida lo que permite al sujeto asumir su papel como actor en la solución de los problemas del diario vivir. Estos elementos orientan hacia la necesidad de una sistematización educativa durante el

envejecimiento, es decir, **a través de toda la vida**, y hacia la concepción de un proceso pedagógico de carácter permanente caracterizado por la adquisición, estructuración y reestructuración de conocimientos, habilidades y valores a través de un continuo aprendizaje y de una auto crítica que posibilite la incorporación de nuevas realidades y la modificación de conceptos que debe tomar en cuenta las características y necesidades del anciano que alcanzó la etapa final del envejecimiento como proceso, y además promover su participación en la sistematización misma de dicho proceso en el cual, él tiene tanto qué aprender como qué enseñar, y puede planificar y convertir en acciones productivas y aportes sociales muchas de sus potencialidades, si se interioriza como sujeto activo ante su propia existencia, en interacción con el grupo y el contexto natural y más o menos urbanizado en el cual vive (Barrios, 2001); (Támer, 1995).

Por otra parte, el momento adecuado para iniciar un proceso formativo con el fin de alcanzar una vejez saludable, no es la propia vejez, cuando ya las características particulares de esa etapa están definidas. La formación debe comenzar cuando se inicia el establecimiento de hábitos y estilos de vida y quizás con mayor intensidad, cuando se alcanza la madurez y cada sujeto comienza a cuestionarse acerca de su propio envejecimiento que comienza a dejarse sentir, de ahí **la necesidad de significar a la sistematización formativa para un envejecimiento saludable como un proceso pedagógico de carácter permanente.**

Este proceso educativo por tanto, merece un análisis especial en la prejubilación. Es necesario encaminar los intereses del individuo hacia aquellos aspectos que

deben ocupar el espacio del trabajo, cuando éste no constituya la primera actividad para garantizar el sustento, y llevarlo a comprender lo conveniente de decidir la jubilación antes de que se establezca como solución desesperada. El cese brusco y no preparado de antemano de la actividad laboral dejará un vacío en quienes no sean capaces de identificar como primera razón de la vida, su propia existencia (Kitaj, 2008); (EBRI, 2008); (Topa, 2009).

El adulto mayor debe ser orientado con un trabajo más profundo, complejo y que requiere mayor madurez, sin embargo, los cambios iniciados en esta etapa tienen menos resultados, por la existencia de patrones morfo funcionales y conductuales fuertemente arraigados y por la resistencia al cambio característica de los adultos mayores. Se reconoce así, la importancia de la significación que deben adquirir los mensajes en la sistematización del proceso educativo para un envejecimiento saludable a través de toda la vida, para lograr que se modifiquen los criterios, y a través de ellos, el comportamiento de los sujetos, que aún no satisface una acción social consecuente con el aumento actual de la proporción de personas ancianas. Esta modificación es alcanzable desde **un proceso de sistematización formativa que se significa por su valor pedagógico de transformación sociocultural.**

En este proceso de sistematización pedagógica para un envejecimiento saludable emerge también la necesidad de valorar los conceptos que son aprendidos primero en el contexto familiar y luego en la escuela, reforzados por la educación a través de la acción social, que constituyen integrantes de las representaciones sociales de la vejez.

En esta sistematización se deben resaltar entonces, dos factores esenciales: aquellos **aspectos inherentes al sujeto en sí mismo** y los factores que caracterizan **su relación con el contexto socio cultural y ecológico desde su integración social, expresada en prácticas de vida saludables, enfatizando el papel del grupo, y la relación de la persona que envejece y su contexto social y ecológico.**

Responder a las necesidades que les plantea la nueva situación, exige de un aprendizaje, que en general se lleva a cabo de modo empírico. Es erróneo asumir que el aprendizaje durante las primeras décadas de la vida resulta válido y suficiente para dar respuesta satisfactoria a todas las interrogantes que plantea la vida al hombre y la mujer que envejecen y si resulta clara la necesidad de prepararse durante la infancia para la adultez, debe ser también necesaria la preparación para la vejez, que es, en esencia, una etapa diferente.

## **1.2 Caracterización de los antecedentes históricos del proceso educativo para una longevidad satisfactoria y la sistematización pedagógica para un envejecimiento saludable**

Para caracterizar la evolución histórica del proceso educativo para una longevidad satisfactoria y de la sistematización pedagógica para un envejecimiento saludable, es preciso considerar que dicho proceso, tiene sus inicios en la década de los años setenta del pasado siglo, y no es posible, establecer tendencias históricas porque en su existencia breve, no ha sufrido modificaciones sustanciales como objeto de investigación. Se identifica, sin embargo, antecedentes que guardan

relación con la educación al adulto y que sentaron sus bases, de conjunto con la promoción de la salud en la tercera edad.

Para esta caracterización de los antecedentes históricos del objeto y el campo investigado se utilizaron **fuentes teóricas** que se concretaron en la revisión crítica bibliográfica y se determinaron como **criterios e indicadores valorativos**:

- Presupuestos epistemológicos que sientan las bases del proceso educativo para una longevidad satisfactoria:
  - ✓ Teorías principales que constituyen la plataforma epistemológica del proceso educativo para una longevidad satisfactoria.
  - ✓ Conceptos y categorías esenciales para la caracterización del proceso educativo para una longevidad satisfactoria
- Tratamiento científico-metodológico que fundamenta la sistematización pedagógica para un envejecimiento saludable:
  - ✓ Principales formas, vías y estrategias educativas que sustentan la sistematización pedagógica para un envejecimiento saludable.

El término andragogía fue utilizado por el maestro alemán Alexander Kapp, en 1833 para describir la teoría educativa de Platón. A principios del siglo XX, se vuelve a mencionar este concepto por Eugen Rosenback, para referirse al conjunto de elementos propios de la educación de adultos, como son: profesores, métodos y filosofía. Es apenas hacia finales de los años cincuenta cuando se inician los esfuerzos de sistematización, articulación y difusión de teorías específicas acerca del aprendizaje del humano adulto así como de estrategias y



métodos capaces de expresarse en términos de una didáctica apropiada para un aprendiz que no es niño ni adolescente: el adulto. Hasta la década de los sesenta se utiliza este concepto en Europa y en América del Norte, con el fin de designar a los métodos, técnicas, fines y al currículum para la educación integral en la población adulta.

Los años sesenta y setenta contemplan un importante desarrollo en esa línea de investigación y se aprecia una consolidación del ámbito de la educación de adultos. Se deslinda, no sin dificultades, el campo de la andragogía como espacio alternativo a las prevalecientes formas pedagógicas, hasta entonces esencialmente dirigidas a la atención de niños y adolescentes. Se evidencia un notable desarrollo en cuanto al estudio de la problemática del estudiante adulto y aparecen trabajos que aluden aspectos aplicables a la educación del adulto mayor, como los de Adam (1972). Los esfuerzos para sistematizar este cuerpo conceptual resultan relativamente recientes.

El envejecimiento psicológico constituye un componente insoslayable en la educación para el envejecimiento saludable y es interpretado hoy como una etapa del desarrollo humano. Weschler (1958) da a la luz sus investigaciones en relación con la inteligencia y evalúa los efectos de la edad sobre la misma, en la segunda mitad de la década de los 50, y con ello abre un camino a las propuestas del proceso educativo con los ancianos. Los trabajos de Erickson (1993), en los que se identifica la trascendencia como formación psicológica característica de este período de la vida, constituyen aportes esenciales para establecer la educación dirigida a lograr una longevidad satisfactoria. Las concepciones de Erickson fueron

discutidas por Peck (1978) quien precisa tres elementos específicos: la satisfacción del sujeto, alcanzada por su condición como persona tanto como a través de sus roles familiares u ocupacionales; el equilibrio y auto aceptación logrados en cuanto a su salud física y los cambios que se producen con la edad; y la obtención de placer mediante la remembranza y a través de la aceptación de posibilidades en su existencia actual (Obregón, 2003).

Es de interés considerar el valor fundamental que tiene para cada hombre, el sentido de su propia existencia haciendo énfasis en el presente como único momento realmente posible de ser vivido. Es importante tomar en cuenta la esencialidad del sentido de finitud de la vida, como condición necesaria para un desarrollo acorde con las realidades del sujeto que envejece, pero además, como factor imprescindible para el desarrollo en el continuo devenir de la especie.

El desarrollo personal y colectivo implica una continua reasignación de valores y una constante actualización de conocimientos y habilidades en consonancia con las demandas de las condiciones de cada momento, que encuentra respuesta en el principio de educación para toda la vida y más aún *a través de toda la vida y de forma permanente*. Es entonces de utilidad, una concepción personalizada del envejecimiento. Esta concepción integraría, desde una visión holística, las características anatómicas, fisiológicas, subjetivas y sociales, que se dan en un contexto determinado, y que se concretan en un proceso contextualizado e individual de educación para el envejecimiento, que guarda relación con los criterios de Ballesteros (2001) acerca del envejecimiento saludable, concepto recientemente utilizado por Tate (2003); Li y otros (2006).

A través de la historia ha sido tendencia común, el atribuir al hombre que envejece cualidades tales como el conocimiento, la sabiduría. Sin embargo, éstas no son características que afloran como resultado espontáneo del paso del tiempo, porque son la consecuencia de un aprendizaje en las circunstancias que debe atravesar cada hombre. Es posible entonces contribuir al desarrollo de dichas cualidades mediante un proceso educativo. Las pérdidas marcan inevitablemente a los mayores, y en nuestra cultura occidental se relacionan, según González Ceinos (2005), con cierta tendencia a la reducción de la autoestima y a la depresión, que a menudo conduce al suicidio (Alarcón,2004).

Las teorías sico sociales del envejecimiento constituyen un aporte fundamental a la construcción de un cuerpo teórico que sustente el proceso educativo para una longevidad satisfactoria, aunque no hacen referencia directa a éste. En sus trabajos de 1961 y 1964, Cumming expone la Teoría de la Desvinculación Social, que confiere un valor causal al grado de inserción del individuo en la vida comunitaria. En ella se interpreta el envejecimiento como una pérdida de contacto entre el sujeto y el grupo social en el que se desenvuelve. Su posición, discutible, ofrece de todas maneras nuevos elementos al estudio integral del hombre anciano. No queda claro en esta teoría quién inicia la desvinculación, si el grupo o el anciano, además es común comprobar la existencia de ancianos que disfrutan sus vínculos sociales y no muestran interés en transferir su estado actual al pasado personal. Estos sujetos continúan brindando su aporte a la sociedad, sin desvincularse de ella ni despojarse de su condición de personas envejecidas.

En 1963 aparece la Teoría de la Actividad de Havigurst, con una mirada opuesta a la anterior. Su autor defiende un modelo de comportamiento social que promueve, la inserción social de los ancianos sin considerar diferencias con los sujetos de mediana edad. Esta teoría sugiere vías para conservar la actividad en la vejez y en ello está su valor, Es innegable, sin embargo, la evidente reducción de funciones que se establece con los años, y resulta necesaria la aceptación de estas limitaciones, que tienen un carácter individual, tanto por parte del anciano, como del grupo que lo rodea, para aproximarse a una longevidad realmente satisfactoria.

La Teoría de la Continuidad de Neugarten (1964), toma en cuenta la complejidad del proceso de envejecimiento, reconoce la significación del carácter individual del mismo, amplía el espectro de posibilidades adaptativas para el sujeto dentro de su grupo social, y reconoce la potencialidad presente en una amplia gama de reacciones posibles. Esta teoría hace un válido intento por considerar, desde el punto de vista social, la enorme riqueza del proceso educativo en su totalidad y de cada hombre que envejece de modo individual.

Al hombre como ser social le son propias las características de su época, su entorno, y el legado de épocas pasadas, así como las potencialidades del desarrollo futuro, y dentro de la sociedad progresa mediante un proceso de aprendizaje inscrito según la teoría de Vigotsky (1956). Es de destacar que en 1990, aparece el concepto de Comfort: el **envejecimiento sociogénico**, que alude a los efectos adversos de la acción los grupos sociales sobre el hombre que envejece y es una llamada a la educación de la sociedad en relación con el

envejecimiento. Aunque este autor sólo hace énfasis en los aspectos sociales y no en los educativos, la influencia de las representaciones sociales de la vejez marca de modo negativo las aspiraciones de cada sujeto a una longevidad satisfactoria y deben ser tenidas en cuenta al elaborar una estrategia educativa para lograrla.

La **visión totalizadora del envejecimiento como proceso**, es una aspiración más completa, pero también más compleja. Esta mirada integradora, defendida por Anzola Pérez y otros (1989), permite estudiar al anciano en sus múltiples manifestaciones como un todo y aunque no lo hace explícito, deja abierta una brecha epistémica en relación con la educación para una salud integral que debe moverse desde lo multidisciplinario hacia lo interdisciplinario para alcanzar la transdisciplinariedad.

Butler y Lewis establecen en 1982 sus criterios acerca de las tareas fundamentales en la vejez, que son: el desarrollo de un sentido de satisfacción con lo vivido, el ajuste necesario ante sus limitaciones, y la preparación para la muerte. Estos conceptos han sido profundizados por Charness (2008).

La conciencia de la necesidad de una preparación para el envejecimiento es de reciente adquisición para el ámbito de la ciencia y nace de los movimientos de promoción para la salud en el anciano, desde la educación para la salud, concebida con una visión epidemiológica, en la cual se tienen en cuenta aspectos esenciales en los contenidos de un proceso educativo para la longevidad satisfactoria, representados por autores como Ysern de Arce (2002); Casado y Cruz (2002); Sánchez Caro (2002); Fercigla (2002); Rodríguez Cabrero (2002);

Guzmán (2002); Regalado (2002); Leichsenring (2004); Elosua (2005); Pérez-Castejón y otros (2007); Gonzalo(2002); IMSERSO (2002) y CREFAL (2006).

En relación con la educación al anciano aparecen recientemente términos como geragogía, geriagogía o geragogía, este último empleado por la escuela italiana de gerontología. La geragogía ha sido conceptualizada como un esfuerzo particular en el ámbito de la medicina y dirigido a la promoción de salud, aunque toma en cuenta los aspectos pedagógicos propios del sujeto anciano (Scaglia, 2001). Es posible encontrar además el término gerontología educativa con algunas diferencias conceptuales en cuanto a la educación acerca de los principios generales del envejecimiento como proceso (Sánchez Martínez, 2001). El concepto de gerontagogía nace en la esfera educativa y dirige sus esfuerzos fundamentalmente al proceso de enseñanza–aprendizaje del anciano, a partir de sus características y adaptando a ellas los principios generales válidos para el proceso educativo (Bedmar, 2004); (Fernández Portero, 1999). En la presente investigación se sostiene, siguiendo a García Simón (2007) que estos términos expresan una misma voluntad educativa, aunque haya sido vista desde aristas diferentes, y sus acciones vinculadas y enriquecidas, contribuirían a una mejor comprensión del envejecimiento, su aprendizaje y el ejercicio pedagógico dirigido a ese fin, con un mayor beneficio para quienes en realidad constituyen el objetivo principal: los ancianos (Zolotow, 2002). Es de señalar, sin embargo que no es posible identificar en estos conceptos una concepción pedagógica lo suficientemente abarcadora como para proyectar el proceso formativo a través de toda la vida, con una visión del adulto mayor como **sujeto realmente resolutivo**.

Una de las modalidades que se propone dar salida a la educación para una longevidad satisfactoria es la Universidad del Adulto Mayor (Orosa, 2005) (CUAM, 2006). Conocida internacionalmente como Universidad de la Tercera Edad, esta actividad surgida en la Universidad de Toulouse bajo el impulso de Pierre Vellas (Lemeux y Vellas, 1986) con los objetivos de abrir la Universidad a los retirados y facilitarles el acceso a la herencia cultural de la humanidad, contribuir a la prevención del declinar psico sociológico, contribuir a la investigación científica sobre la vejez, formar a la población mayor para su reinserción social y participación comunitaria, y contribuir a un nuevo arte de vivir en la tercera edad, tiene hoy representación en diversas partes del mundo; y en la Asociación Internacional de Universidades de la Tercera Edad, se reúnen cerca de 2 000 entidades agrupadas bajo ese nombre (AIUTA, 2000). El inicio de esta actividad en el año 1973, marca el comienzo real de la educación dirigida a la tercera edad, por su importancia y repercusión en la educación para el envejecimiento (García Martín, 2002); (De Miguel, 2001).

No existe sin embargo, entre las Universidad de la Tercera Edad un patrón educativo uniforme, y es posible identificar una **marcada pluralidad de objetivos y modalidades que van desde una concepción dirigida al empleo del tiempo libre de los ancianos mediante su inserción en programas recreativos, hasta estudios curriculares que egresan profesionales de diversas carreras universitarias**. Extendidas más ampliamente en el mundo occidental, representan un esfuerzo por otorgar al anciano un espacio y un papel dentro del grupo social. Este loable empeño muestra algunos puntos débiles que conspiran contra la

aspiración de una longevidad verdaderamente satisfactoria, entre los cuales es posible identificar en ocasiones, la programación de actividades en función de un objetivo dirigido a **satisfacer intereses inmediatos, dejando a un lado el sentido desarrollador de esta actividad, sin un contenido formativo que haga posible la consolidación su papel social como sujeto activo que participa y es capaz de trazar su propio desarrollo** (EAFIT, 2004); (Arequipa, 2003); (Alicante, 2004); (Valparaíso, 2002); (Martínez Pérez, 2004) y (Figueroa, 2004).

Otra modalidad educativa concebida para el envejecimiento son las escuelas de jubilación, ya comentadas, en las que se obtienen pocos resultados (RCS, 2008).

**El empleo de los medios masivos de comunicación** es un potencial poco explorado aún, y sus mensajes se limitan, en muchos casos a exponer criterios acerca de las cualidades que el sujeto que envejece no debe poseer, sin profundizar lo suficiente en la importancia de una relación activa entre el hombre que envejece, y su contexto. La inclusión de aspectos relacionados con una actitud resolutiva por parte del anciano contribuiría a mejores resultados.

La práctica clínica ha sido también un espacio abierto a los profesionales de la salud para desarrollar un proceso educativo relacionado con el envejecimiento, pero exige un conocimiento del proceso pedagógico que a menudo está ausente.

Se revela por tanto, desde la valoración de los principales antecedentes históricos del objeto y campo de acción de esta investigación, que:

- Se necesita aún significar categorías pedagógicas que le otorguen la especificidad teórica y metodológica al proceso educativo para una longevidad



satisfactoria desde formar y desarrollar la resolutiveidad del sujeto que envejece en relación con su integración social como expresión de prácticas de vida saludables, con carácter formativo permanente.

- Aún son insuficientes las vías, métodos, formas y estrategias que potencien el proceso de sistematización pedagógica para un envejecimiento saludable al estar marcadas esencialmente por sesgos generalizadores para la educación de adultos, o de carácter médico, que no particularizan en las especificidades de este proceso para el sujeto que envejece, desde su autogestión educativa y desde procesos pedagógicos corresponsables para su integración social.

### **1.3 Caracterización del estado actual del proceso de sistematización pedagógica para un envejecimiento saludable en la Universidad del Adulto Mayor en Santiago de Cuba**

Desde sus inicios, ha transcurrido un período de 10 años en el cual el proceso educativo para una longevidad satisfactoria implementado en la Universidad del Adulto Mayor de Santiago de Cuba, mantiene su actividad con grupos de personas adultas mayores en cursos que tienen un año de duración (CUAM, 2005).

El resultado de las entrevistas efectuadas a 25 alumnos y 27 profesores de la Universidad del Adulto Mayor en el período correspondiente a los cursos 2008 y 2009 hizo posible realizar un diagnóstico que conllevó a identificar que persisten: escasos conocimientos de los conceptos actuales de la salud integral en la vejez, dificultades en el reconocimiento de los recursos personológicos para desarrollar una vida social activa en la vejez, y una limitada comprensión de las capacidades

de los ancianos para solucionar las dificultades cotidianas y dificultad para interpretar y aceptar los cambios que se producen en su contexto (Anexos 1 y 2).

Desde una valoración causal de este problema científico revelado se precisa por tanto, que existen: limitaciones en la concepción del proceso educativo para una longevidad satisfactoria al significar categorías y conceptos sesgados por las representaciones sociales de la vejez, insuficiencias en el proceso educativo para una longevidad satisfactoria al estar marcado esencialmente por un enfoque de prevención de enfermedades sin alcanzar con profundidad el desarrollo integral del sujeto y limitaciones en el tratamiento sistematizado e integrador de teorías y metodologías para la formación permanente dirigida al logro de una longevidad satisfactoria

En el mismo proceso investigativo donde se fue corroborando este problema científico y se determinaron estas causas esenciales que inciden en él y permitieron definir el objeto y el campo de esta investigación, se asume entonces, como criterio científico por el investigador de esta tesis, **seleccionar la misma muestra y técnicas científicas** utilizadas para caracterizar el estado actual del campo específico de esta investigación dirigido a viabilizar un proceso de sistematización investigativa.

Se sustenta además por el autor de esta tesis, la necesidad de concebir coherentemente, desde el inicio de la lógica de esta investigación, un proceso de sistematización valorativa integradora que permita expresar las relaciones lógico-metodológicas en el **sistema de indicadores** para la realización del diagnóstico

fáctico en la caracterización del estado actual del campo de acción, para la caracterización de los antecedentes históricos del objeto y campo investigado, y para la corroboración científica del impacto alcanzado en la aplicación parcial de los principales resultados investigativos revelados.

Ello conlleva a revelar **los nexos científicos** que se establecen entre estos estadios de desarrollo del proceso investigativo y que se constituyen a su vez, en criterios valorativos comunes para estos estadios, los cuales son:

- Valor científico-pedagógico de los recursos teóricos y metodológicos utilizados en el proceso de sistematización pedagógica para un envejecimiento saludable.
- Niveles de desarrollo alcanzados en el proceso de sistematización pedagógica para un envejecimiento saludable en los sujetos corresponsables de este proceso.

Esta interpretación integradora permitirá valorar la coherencia en el análisis científico realizado durante la lógica de la investigación desarrollada y corroborar cómo los principales resultados científicos propuestos contribuyen a perfeccionar el proceso investigado.

Los indicadores de análisis específicos seleccionados para realizar entonces, esta caracterización del estado actual del campo de acción de esta investigación fueron:

- Recursos teóricos y metodológicos utilizados en la sistematización pedagógica para un envejecimiento saludable.

- Recursos personológicos utilizados por los sujetos ancianos para sistematizar, desde su autogestión educativa, su integración social, expresados en prácticas de vida saludables.
- Interacción pedagógica entre los gestores educativos, la familia y los sujetos ancianos para la sistematización pedagógica que contribuya a un envejecimiento saludable.

Se determinaron como técnicas científicas la aplicación de entrevistas a los 25 alumnos y 27 profesores seleccionados para el diagnóstico del problema científico y la observación a 16 actividades del proceso pedagógico (Anexos 3 y 4).

Mediante la observación desarrollada y la valoración crítica de las entrevistas realizadas en la Universidad del Adulto Mayor fue posible identificar que el proceso educativo está dirigido de forma limitada a los ancianos y no hacia toda la sociedad, por lo que se puede precisar que el trabajo de integración, desarrollo y difusión de los aspectos gerontológicos de la cultura en el seno de la sociedad aún es insuficiente, de lo que se precisa que no es posible identificar en ella un proceso educativo a través de toda la vida que promueva una longevidad satisfactoria.

Se revela además, que los recursos teórico-metodológicos utilizados se sustentan esencialmente en:

- Desarrollo de conferencias expositivas, que promueven insuficientemente la participación activa de los sujetos ancianos.

- Explicación de contenidos relacionados con la salud desde la concepción de esta como presencia o ausencia de enfermedades.
- Empleo de estrategias educativas convencionales que no están concebidas a partir de las especificidades morfo-funcionales, subjetivas, y sociales que caracterizan al adulto mayor.
- No se explota suficientemente la riqueza de un aula heterogénea en cuanto a la escolaridad previa y a las experiencias de vida personales de los participantes.

Los recursos personológicos utilizados por los sujetos ancianos para sistematizar, desde su autogestión formativa, su integración social, expresados en prácticas de vida saludables se evidencian en:

- Una limitada autoestima.
- Un pobre aprovechamiento de sus experiencias previas de vida.
- Limitaciones para despojarse de criterios preestablecidos que dificultan la apropiación de nuevos conocimientos.

En el análisis valorativo realizado, también se evidenció que existen insuficiencias en el proceso de interacción pedagógica entre los gestores educativos, la familia y los sujetos ancianos para la sistematización pedagógica que contribuya a un envejecimiento saludable. Ello se expresó en:

- Conflictos intergeneracionales que dificultan la comunicación.

- Escasa comprensión de la familia de la significación del proceso educativo para el adulto mayor.
- Limitada preparación científico-metodológica de los gestores educativos para la sistematización pedagógica para un envejecimiento saludable.

### **Conclusiones parciales del capítulo I**

- Las limitaciones epistemológicas existentes en las teorías actuales sobre la caracterización del proceso objeto de investigación, evidencian la necesidad de una reconstrucción teórica que lo perfeccione desde superar el sesgo predominante en la comprensión de la diferencia entre funcionalidad y resolutivez en el proceso educativo para una longevidad satisfactoria.
- La existencia de limitaciones en la conceptualización del proceso educativo para una longevidad satisfactoria entorpece el desarrollo de estrategias dirigidas a modificar el modelo predominante de envejecimiento usual, caracterizado por enfermedades crónicas y discapacidades y vinculado a una actitud poco participativa de los senescentes, por lo cual se carece de una lógica integradora de las relaciones que dinamicen la sistematización pedagógica de dicho proceso, a pesar de que existen investigaciones previas acerca del tema.
- Se ha podido constatar a través de la literatura, la persistencia de representaciones sociales del envejecimiento con una connotación negativa que pueden modificarse mediante el proceso de su sistematización formativa.
- Las acciones educativas desarrolladas hasta ahora resultan poco pertinentes para la formación de un adulto mayor resolutivo.

- En la interpretación científica desarrollada en esta investigación, mediante la sistematización de categorías esenciales que emergen del análisis de los presupuestos teóricos y praxiológicos valorados, se identifican los rasgos del proceso de sistematización pedagógica para un envejecimiento saludable, y se revela como supuesto teórico la unidad dialéctica que debe **dinamizarse entre la autogestión educativa del sujeto anciano y la sistematización pedagógica para su integración social en prácticas de vida saludables.**

## **CAPÍTULO 2**

# **CONSTRUCCIÓN TEÓRICA Y PRÁCTICA DE LA SISTEMATIZACIÓN FORMATIVA PARA UN ENVEJECIMIENTO SALUDABLE**



## **CAPITULO II. CONSTRUCCIÓN TEÓRICA Y PRÁCTICA DE LA SISTEMATIZACIÓN FORMATIVA PARA UN ENVEJECIMIENTO SALUDABLE**

### **Introducción**

Como resultado de la caracterización epistemológica del proceso educativo para una longevidad satisfactoria y la sistematización pedagógica para un envejecimiento saludable, del análisis de los antecedentes históricos de los mismos y de la caracterización del estado actual de dicho proceso en la Universidad del Adulto Mayor en Santiago de Cuba; y considerando la hipótesis planteada, se fundamenta el modelo de sistematización formativa para un envejecimiento saludable, el cual contiene las relaciones esenciales que se establecen en el proceso que se estudia.

Las relaciones aportadas por el modelo propuesto sustentan la elaboración de una estrategia de formación permanente, como expresión de las relaciones esenciales reveladas entre sus configuraciones, que expresan el movimiento del objeto a través de sus dimensiones. La estrategia elaborada es expresión de la dinámica de dicho modelo.

El modelo toma en cuenta el modo en que cada persona valora los aspectos inherentes a la sociedad en que envejece, los vínculos entre ellos y los aspectos relacionados con el desarrollo individual de la propia persona.

## **2.1 Bases teóricas del modelo de sistematización formativa para un envejecimiento saludable**

El modelo parte de reconocer la vinculación del hombre a los aspectos socio-culturales inherentes a la sociedad en la que envejeció, lo que implica una contextualización respetuosa del quehacer del sujeto como ser social. Expresa además a la sistematización formativa a través de un proceso de autoformación, y se fundamenta en el desarrollo de la educación para un envejecimiento saludable, como proceso que conduce a una longevidad satisfactoria, atendiendo a las categorías esenciales de ésta como etapa final de la existencia. Ello implica la identificación de los principios de la salud integral en la tercera edad y su vinculación con el proceso educativo en los adultos.

Se asume como base pedagógica la categoría de **sistematización formativa** de Fuentes González (2009), ello sustenta la naturaleza dinámica del modelo, su carácter totalizador y permite revelar su principal regularidad, para interpretar el comportamiento del proceso, lo que posee una profunda significación para la sistematización formativa dirigida a un envejecimiento saludable tanto en el aula como fuera de ella, con carácter de continuidad y consecutividad en la instrumentación de vías metodológicas en la praxis educativa.

Se asume **la vinculación del individuo con su contexto social** a partir de las ideas del enfoque histórico cultural de Vigotsky (1956), como aspectos categoriales que sustentan esta propuesta, lo que implica la comprensión de las experiencias e historia de vida de cada sujeto, como elementos que personalizan

su contexto actual, lo que resulta necesario para lograr una contextualización de los conocimientos relacionados con el envejecimiento como proceso sicosocial y con la vejez como etapa propia de cada individuo.

Así mismo, desde el modelo de las etapas del desarrollo de Erickson, se identifica la vejez como una de esas etapas y se asume las neo formaciones planteadas por ese autor, aunque se considera que el anciano no sólo se caracteriza por la auto trascendencia, y que múltiples elementos de un elevado contenido pragmático en **su aquí y ahora**, juegan un papel determinante en su modo de asumir el contexto circundante y sus relaciones con ella.

A su vez, las teorías sicosociales del envejecimiento de Cummings, Havigurst y Neugarten constituyen elementos esenciales para la comprensión y desarrollo de las categorías incluidas en el modelo propuesto, como elementos integradores de la sistematización formativa para un envejecimiento saludable, toda vez que permiten establecer la importancia de algunos aspectos relacionados con el modo de inserción del anciano y del adulto que envejece en un contexto social cambiante y constantemente renovado, al ofrecer diversas modalidades para una interpretación de la influencia que ejerce la relación entre el sujeto y el grupo social en el cual se desenvuelve, durante el proceso de envejecimiento.

La sistematización formativa para un envejecimiento saludable está influida por las concepciones establecidas para la educación al adulto, es por ello que se toma en cuenta sus principios como práctica orientada a los problemas característicos de la educación de adultos.

Para esta modelación, se asumen además, concepciones sobre el proceso educativo dirigido a los ancianos: la geragogía, la gerontagogía, y la gerontología educativa, que de acuerdo con la concepción de esta investigación, constituyen con algunas diferencias, aristas de una sola realidad: el proceso formativo dirigido a lograr un envejecimiento saludable y pleno, que conduce a la longevidad satisfactoria.

Se asumen además, las concepciones de la educación materialista al reconocer el desarrollo de los sujetos bajo la influencia de la educación y el medio social en que se desenvuelven, y al entablar, por medio de sus actividades productivas, relaciones históricas concretas entre sí y con los medios de producción. Se reconoce por tanto, que la sistematización formativa para un envejecimiento saludable, debe ser gestionada en la búsqueda de la transformación cualitativa del desempeño del propio individuo que envejece y a través de toda su vida.

Estas bases teóricas referidas sustentan la necesidad de revelar una lógica para la sistematización formativa, concretamente dirigida al desarrollo de un proceso de envejecimiento saludable, que permita alcanzar una longevidad satisfactoria a través de la cual, el anciano se desempeñe de manera exitosa y se inserte en la sociedad en la cual ha envejecido.

## **2.2 Modelo de sistematización formativa para un envejecimiento saludable**

Del análisis efectuado en el capítulo anterior, se desprende que no es la longevidad satisfactoria el resultado de un envejecimiento exento de esfuerzos y de reflexión profunda; ella nace de la educación constante y sólo es alcanzable

mediante el aprendizaje a través de toda la vida. Es consenso generalmente aceptado, que una adultez plenamente acorde con lo mejor de su tiempo, sólo es posible a través de un proceso de formación desarrollado durante la infancia y la juventud. Siguiendo esta línea de pensamiento se puede afirmar entonces, que un anciano pleno en sus condiciones como sujeto integral, también necesita un proceso formativo en el cual, por sus peculiaridades, interviene como un componente determinante, la autoformación educativa, que debe ser facilitada mediante una gestión pedagógica pertinente.

Es posible también afirmar que nadie vive su ancianidad en un contexto semejante a aquel en el cual desarrolló su infancia y juventud, debido a los constantes cambios del contexto social y cultural, además hoy cobran relevancia los cambios climáticos, a los que se añaden las modificaciones en la estructura de la ciudades y los avances tecnológicos que modifican el vivir cotidiano, por lo que para lograr una inserción social plena en la vejez, es necesario mantener una actitud de apertura y flexibilidad alcanzable mediante un proceso permanente de adquisición, estructuración y reestructuración de conocimientos, habilidades y valores a través de un continuo aprendizaje y una auto crítica, que posibilite la incorporación de nuevas realidades y la modificación de conceptos que facilitarán la constante re inserción del sujeto a un contexto rápidamente cambiante, que exige para su comprensión de una actitud dinámica y participativa, lo que conduce a una sistematización formativa capaz de modificar el modelo clásico del anciano como sujeto receptor de beneficios, en un nuevo modelo de anciano, concebido como

persona capaz de dar respuesta a sus necesidades de modo integral ante los problemas cotidianos.

Con el envejecimiento se producen necesariamente pérdidas y su procesamiento adecuado requiere de un sistema de compensaciones cuyo aprendizaje no tiene lugar espontáneamente. Un proceso de formación continua a través de toda la vida será pues, requisito indispensable para una longevidad satisfactoria. Estos puntos de vista permiten afirmar que también es necesaria la educación en la vejez, al concebir ésta como una etapa más del desarrollo.

La educación para contribuir a la formación de un anciano capaz de dar solución a las demandas que le plantea el diario vivir, no es el resultado de un proceso de corta duración y de la misma manera que las características biológicas de un anciano son el producto de la herencia, modificada por los hábitos y estilo de vida a través de toda su existencia, también el logro de la experiencia, la sabiduría, la funcionalidad y la resolutividad lleva implícito el tiempo transcurrido a través de la vida, unido a las modificaciones que introduce el aprendizaje logrado durante la existencia; es por ello que se sostiene el criterio de que la educación para una longevidad satisfactoria no debe iniciarse en la tercera edad si no mucho antes, aún desde la infancia, en ella se debe relacionar el crecer y el envejecer, y hacer énfasis en lo positivo que trae consigo el alcanzar la vejez, sin negar las dificultades de esa etapa.

Es de vital importancia destacar la realidad de que ciertos valores sólo se alcanzan a través de lo vivido y que es esto lo que confiere a los ancianos su

carácter distintivo como depositarios de la identidad cultural del grupo y su dignidad particular. Entre los adolescentes, es necesario promover su responsabilidad para el desarrollo de una relación armónica, lo cual va mucho más allá que el equilibrio de fuerzas antagónicas entre las generaciones. Es bien sabido el carácter de rebeldía emancipadora que caracteriza a los adolescentes, y los adultos mayores por su parte, deben comprender la efervescencia de la juventud, y evitar confrontaciones violentas y generalmente estériles. El adolescente deberá interiorizar el proceso de envejecimiento como una realidad de su propia existencia que es necesario tener en cuenta, y cuyo éxito implica el aprendizaje de determinados principios de salud tanto en el orden biológico como espiritual y social. El adulto joven debe ser iniciado ya en los elementos esenciales de la salud integral en la vejez y dejar el mensaje de que la madurez se alcanza a través del envejecimiento.

Para alcanzar una longevidad satisfactoria desde edades tempranas, se debe aproximar al sujeto a las cualidades positivas de la ancianidad y al respeto a los ancianos como sujetos valiosos, que poseen, entre otras, la función social de atesorar el legado cultural del grupo y su identidad histórica. En la juventud y la adultez, cada individuo debería iniciar la preparación para el envejecimiento mediante la adopción de hábitos y de un estilo de vida saludable, la incorporación social efectiva que contribuya a su formación integral, y un crecimiento espiritual que corra parejo con su participación social y que facilite la asimilación de los cambios biológicos que se van produciendo conformando así un modelo personalizado de envejecimiento.

En la edad madura sería necesario el establecimiento de un proceso de autorregulación capaz de ajustar esos cambios que necesariamente se producen en las estructuras y funciones orgánicas a través de la vida y que se establecen como prólogo de la vejez. Este proceso implica un replanteamiento constante de su realidad para alcanzar una vejez plena y realmente satisfactoria. Es criterio común entre los gerontólogos que es en esta etapa de la adultez media, cuando se van estableciendo las características definitivas de la vejez en cada hombre y mujer y es en esta etapa que se construirá el modelo previamente concebido de envejecimiento. Sin embargo, en un sujeto ya envejecido también son aplicables estos principios y aunque quizás el éxito final no resulte absoluto, el adulto mayor conservará y consolidará los elementos positivos que conforman su modelo personal de envejecimiento.

En la ancianidad, el proceso educativo estará caracterizado por una búsqueda activa de los aspectos esenciales que garanticen el bienestar tanto biológico, como espiritual y social de cada individuo, dentro de su grupo social y en comunión con el contexto natural cambiante, es decir, que se beneficiará con la búsqueda de su salud integral, de tal modo que cada sujeto sea capaz de identificar sus necesidades y los recursos o potencialidades de que dispone para satisfacerlas según sus peculiaridades y de acuerdo con los cambios que se producen en todas las esferas de cada individuo como consecuencia del paso de los años, con un sentido de intenso pragmatismo, derivado de la realidad que impone una expectativa de vida relativamente breve en la cual no son factibles los proyectos a largo plazo, pero en la que una ausencia de proyectos de vida,



rompería el sano decursar de la existencia y destruiría su vida futura con la inmovilidad. Por otra parte, el cambiante contexto externo exige de una constante interpretación que haga posible la comprensión efectiva de las demandas que le plantea el diario vivir de tal modo que ese análisis recurrente, facilite la adaptación del individuo a las circunstancias en que debe desempeñarse para mantener un nivel saludable de contacto con ellas y reafirme su posición ante la vida.

La modelación teórica parte del análisis de la **sistematización formativa para un envejecimiento saludable**, al considerar ésta como célula dinamizadora síntesis que transita todo el modelo. Se entiende como envejecimiento saludable, el proceso en el que se establece una sucesión de cambios anatómicos, fisiológicos, psicológicos, de relaciones sociales y con el contexto ecológico que se produce en cada ser humano como consecuencia del paso del tiempo durante su vida y que ocurre de tal modo que no imposibilita de lograr el disfrute integral de la vida, y mantener un desarrollo personal satisfactorio para sí y para el grupo en el cual vive la persona que transita por él.

La **sistematización formativa para un envejecimiento saludable** debe estar entonces mediada, por la **aprehensión educativa en salud integral** en relación dialéctica con una **comprensión reinterpretativa del contexto, que hacen síntesis, a su vez, en la valoración flexible de los cambios en el contexto.** Este sistema de relaciones hace emerger **la dimensión de apropiación gerosocial formativa.**

**La aprehensión educativa en salud integral**, como configuración, se comprende como el proceso de incorporación de los elementos necesarios para alcanzar una existencia plena, tanto desde el punto de vista morfo funcional, y social como subjetivo y ecológico, capaz de expresarse en la posibilidad de realización de las actividades para la satisfacción de sus necesidades en cualquier orden.

La **aprehensión educativa en salud integral** implica que cada sujeto haga suyo a través del aprendizaje, los conocimientos sobre salud integral considerando este concepto como un producto social resultado de una relación plena y satisfactoria del sujeto que envejece consigo mismo y con su contexto social y ecológico, lo que condicionará el logro de una sólida capacidad para el disfrute de la vida desde lo morfo funcional, lo subjetivo, y lo social en un contexto ecológico acorde con las necesidades de la especie humana, que todos deben conservar.

**La comprensión reinterpretativa del contexto**, es entendida como otra configuración que significa el desarrollo de la apreciación necesaria en la persona que envejece para desempeñarse con éxito en cada actividad concreta, que debe desarrollar a partir de un conocimiento justo y preciso de las circunstancias externas a ella en cada etapa de la vida, que contribuya a satisfacer todo lo que forma parte de sus necesidades, cambiantes con el paso de los años, con un mayor conocimiento del contexto socio cultural y ecológico en el cual vive y con el que interactúa mediante relaciones peculiares marcadas por los cambios biológicos que lo sensibilizan ante los cambios ecológicos y condicionan sus mecanismos de adaptación a él.

Su desempeño estará dirigido entonces, hacia la consecución de su propia salud integral desde una mirada precisa de las circunstancias que le rodean, es decir, hacia el pleno disfrute morfo funcional, subjetivo y social de la vida en un contexto sano y armónico con la persona.

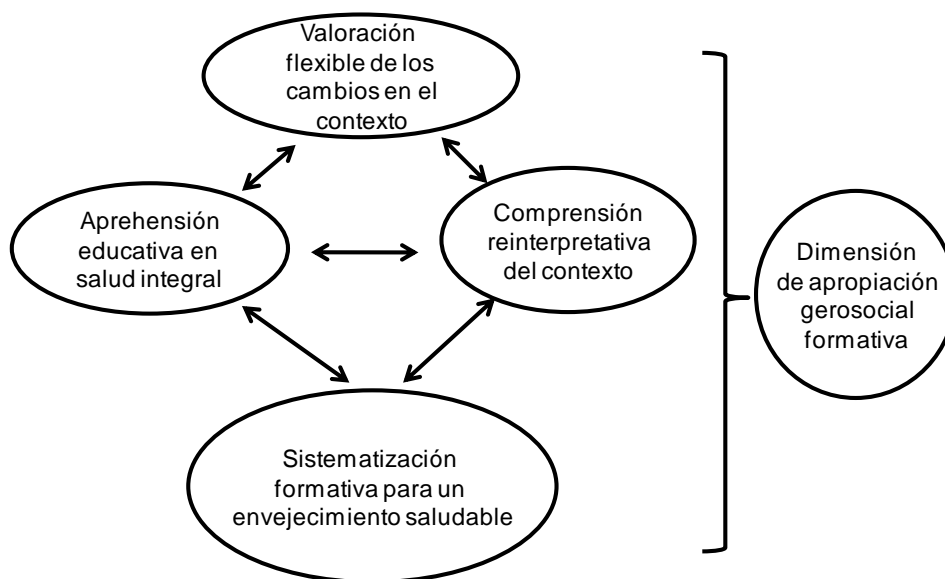
El aprendizaje implica la incorporación de nuevos conocimientos, pero también en un sujeto ya adulto, el desechar conocimientos obsoletos que son sustituidos por nuevos elementos cognitivos, más acordes con las tendencias actuales de la ciencia. Este des-aprender para reaprender nuevos conceptos del contexto, trae consigo un proceso de **comprensión reinterpretativa del contexto**, que, como se expuso, se da en estrecha relación dialéctica con la aprehensión educativa en salud integral.

**La contradicción dialéctica entre ambas configuraciones** está dada porque siendo la salud una configuración propia de cada persona, es un producto esencialmente social y es modificado por el contexto socio cultural y ecológico en su constante y rápida transformación en el mundo de hoy. Por consiguiente, el carácter social de la salud implica una negación en la valoración personal que de ella se establece. Por otra parte, para la correcta comprensión del concepto de salud como producto social, es imprescindible el conocimiento y apreciación del contexto externo, que no es posible efectuar sin una concepción saludable de ella.

De la relación dialéctica entre las configuraciones explicadas, emerge la configuración de orden superior de **valoración flexible de los cambios en el contexto**, como expresión práctica de la sabiduría alcanzada por el sujeto anciano

durante el largo trayecto de una vida rica y profunda, plena de experiencias personales que acentúan sus características individuales y que deben ser tomadas en consideración para la organización del proceso educativo personalizado de cada sujeto. Se entiende como tal, una configuración de orden superior que expresa la posibilidad del anciano para aceptar con sabiduría aquellas transformaciones del contexto que le rodea y que exigen de su comprensión sin que por ello se desprenda de los conocimientos y valores esencialmente legítimos y útiles alcanzados con el propio esfuerzo a través de la vida.

De la relación entre estas cuatro configuraciones emerge la dimensión de **apropiación gerosocial formativa**.



Se entiende por **apropiación gerosocial formativa**, la unión plena del individuo que envejece a las actividades del grupo en el cual convive, a través de la cual, aporta bienes materiales y espirituales según sus posibilidades reales, y recibe los beneficios a los que tiene derecho como miembro del grupo social, que lo reconoce como miembro activo y lo valora justamente en un sano intercambio, mediado por la comprensión mutua de las variaciones que se producen en las personas con el paso de los años y que modifican la relación de cada una de ellas con su contexto, relación en la cual ambas partes, sujeto y grupo social, resultan beneficiarios.

**La sistematización formativa para un envejecimiento saludable** está expresada también, en la relación dialéctica entre una adecuada **gestión de proyectos de vida** y una **profundización valorativa de su capacidad resolutive**, que hacen síntesis, a su vez, en la **autoafirmación educativa en prácticas de vida saludables**. **Este sistema de relaciones deviene en la dimensión de autodesarrollo gerocultural.**

**La gestión de proyectos de vida**, como configuración, expresa la identificación acertada de metas alcanzables en un plazo determinado a partir de las condiciones del sujeto que elabora el proyecto y de las circunstancias en que se debe desarrollar ese proyecto. En los ancianos la elaboración de proyectos debe estar dirigida a la consecución de metas a corto y mediano plazo que aporten beneficios concretos, que se expresen en un incremento de la satisfacción y el bienestar de la persona de modo directo o indirecto. No significa esto que al anciano le está vedado soñar, pues de los sueños nacen los éxitos, pero uno de

los resultados de una adecuada preparación para el envejecimiento, estará en la conservación e incremento de sus mecanismos de autovaloración, que equilibrados con un nivel de sana autoestima hacen posible el planteamiento de acciones coherentes con las necesidades y potencialidades de cada persona.

Como **profundización valorativa de su capacidad resolutive**, otra configuración del proceso modelado, se comprende la incorporación de conceptos de complejidad creciente en la asignación de significados a las configuraciones que integran la condición humana del sujeto, y que le permiten relacionarse de modo efectivo con su contexto, dando respuesta a las demandas del diario vivir. Con el paso de los años las transformaciones de carácter biológico ejercen una innegable influencia, que modifica las posibilidades de respuesta del sujeto a las demandas del contexto y sólo mediante su conocimiento y aceptación, cada individuo podrá adecuar esas respuestas en cada momento y asumir la conducta más adecuada frente a dichas demandas, conservando una actitud dinámica ante las dificultades.

Los cambios psicológicos y sociales abren nuevos horizontes en una etapa que no es mejor ni peor, sino diferente, y que coloca al individuo en una perspectiva nunca antes sospechada, desde la cual surgen criterios y valoraciones diferentes de los hechos, que a diario se suceden dentro de sí y en el mundo de sus relaciones con los demás y con el contexto natural en el cual se desenvuelve y del cual forma parte.

Es mediante la profundización en los aspectos esenciales de su nuevo contexto como sujeto resolutive, que el individuo mayor está apto para proyectarse en el

futuro y son precisamente los avances en la consecución de los proyectos, los que determinan en gran medida, que el individuo se identifique a sí mismo como capaz de solucionar las interrogantes que le plantea su propia existencia, y de adentrarse en ellas, y desarrollar la capacidad de hacerlo.

**La relación entre gestión de proyectos de vida y la profundización valorativa de su capacidad resolutive** constituye un par dialéctico, y entre dichas configuraciones queda establecida una relación de dependencia mutua, dada por la necesidad de partir de una actitud resolutive para definir un proyecto de vida. De igual manera, la elaboración de un proyecto de vida contribuye a desarrollar una justa valoración de la capacidad de la persona que lo elabora, para ejecutarlo y de una actitud activa ante sus propias aspiraciones.

La contradicción queda establecida por la proyección interna de la profundización valorativa que se dirige como proceso reflexivo, dirigido hacia la esencia misma de la persona como sujeto resolutive, y la condición pragmática de un proyecto de vida organizado con un efecto externo, dirigido al contexto.

De la relación entre las configuraciones gestión de proyectos de vida y profundidad valorativa de su capacidad resolutive, emerge la configuración de orden superior de **autoafirmación educativa en prácticas de vida saludables**.

**La autoafirmación educativa en prácticas de vida saludables** expresa el reconocimiento y consolidación de criterios y valoraciones personales que han sido puestas a prueba a través de su vida y han demostrado su validez para el individuo al contrastarlas con los elementos que percibe de su contexto, como

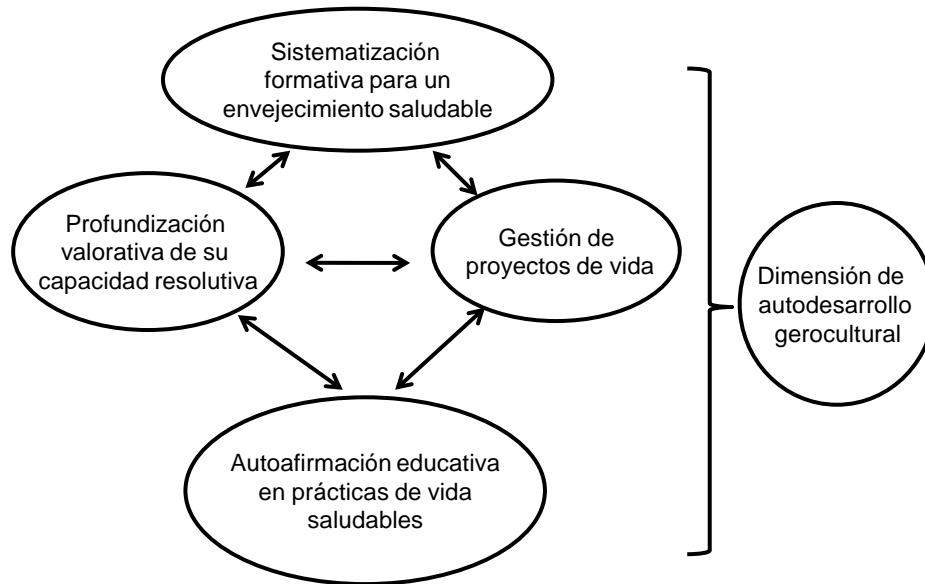
manifestación de crecimiento interior, que permiten al anciano una toma de decisiones pertinentes y oportunas para la realización de prácticas de vida saludables. Estas últimas son conceptualizadas como aquellas actividades que ejecuta la persona, que contribuyen al incremento de su bienestar y que se expresan en hábitos y estilos de vida favorecedores de su salud integral.

La relación entre estas configuraciones da lugar a la dimensión de **autodesarrollo gerocultural**, que denota el crecimiento integral y constante del individuo que envejece desde su condición como ser morfo funcional, social, subjetivo, y ecológico, que se expresa en las manifestaciones propias de cada una de estas configuraciones de la naturaleza humana durante el proceso de envejecimiento personal.

Esta dimensión se enriquece durante el proceso educativo con una labor individual de autodiagnóstico de las necesidades y potencialidades que debe realizar cada sujeto para orientar el sentido del desarrollo de su formación con un carácter individual, de modo que interiorice estos factores y oriente sus acciones hacia metas con un carácter pragmático y personalizado que lo conduzca al desarrollo de sus capacidades transformadoras de sí mismo y del grupo en el cual se desarrolla.

El autodiagnóstico quedará finalmente relacionado con los objetivos conformados en interacción entre los gestores educativos y sujetos que envejecen, de tal modo que se establezcan los métodos a utilizar y queden explícitas las relaciones internas del proceso con un carácter dialéctico capaz de dinamizar la actividad.





Se revela entonces, la relación dialéctica entre los **procesos síntesis** de esta modelación: **la valoración flexible de los cambios en el contexto, la sistematización formativa para un envejecimiento saludable y la autoafirmación educativa en prácticas de vida saludables**, que expresará la sistematización de la vinculación efectiva del sujeto con su grupo socio cultural con la cual, mediante un arduo trabajo educativo se alcance además, a no corto plazo, y mediante la actividad educativa y el quehacer de los propios ancianos, la modificación de los conceptos negativos que se expresan en las representaciones sociales de la vejez, dirigida además, a incrementar la capacidad para el desarrollo personal del individuo que envejece, y destinada a promover al hombre anciano como persona activa según sus capacidades, hasta el fin de sus días a través de una comprensión creciente del envejecimiento como proceso.

Estas relaciones síntesis, deben estar necesariamente vinculadas y desarrollarse de manera simultánea respetando la relación dialéctica entre el hombre como ser vivo, el hombre como ser social, el hombre como ser subjetivo y el hombre como parte integrante del contexto ecológico, de tal modo que se ejecuten acciones de modo simultáneo e interrelacionado, incluyendo el proceso formativo dirigido a la población que no alcanzó aun la tercera edad.

Las relaciones entre las configuraciones y dimensiones del modelo permiten precisar entonces, el siguiente **sistema de relaciones**:

**- La sistematización de la apropiación formativa en salud integral contextualizada**

Esta relación emerge de las relaciones internas establecidas entre las configuraciones de aprehensión educativa en salud integral, comprensión re interpretativa del contexto, valoración flexible de los cambios en el contexto y la sistematización formativa para un envejecimiento saludable, que son expresiones de la dimensión de apropiación gerosocial formativa.

Esta relación, expresada en una síntesis interpretativa, permite significar el estadio de desarrollo del proceso modelado que connota el proceso educativo para la vinculación efectiva y flexible del sujeto con su contexto social y cultural que contribuye al disfrute pleno de su existencia.

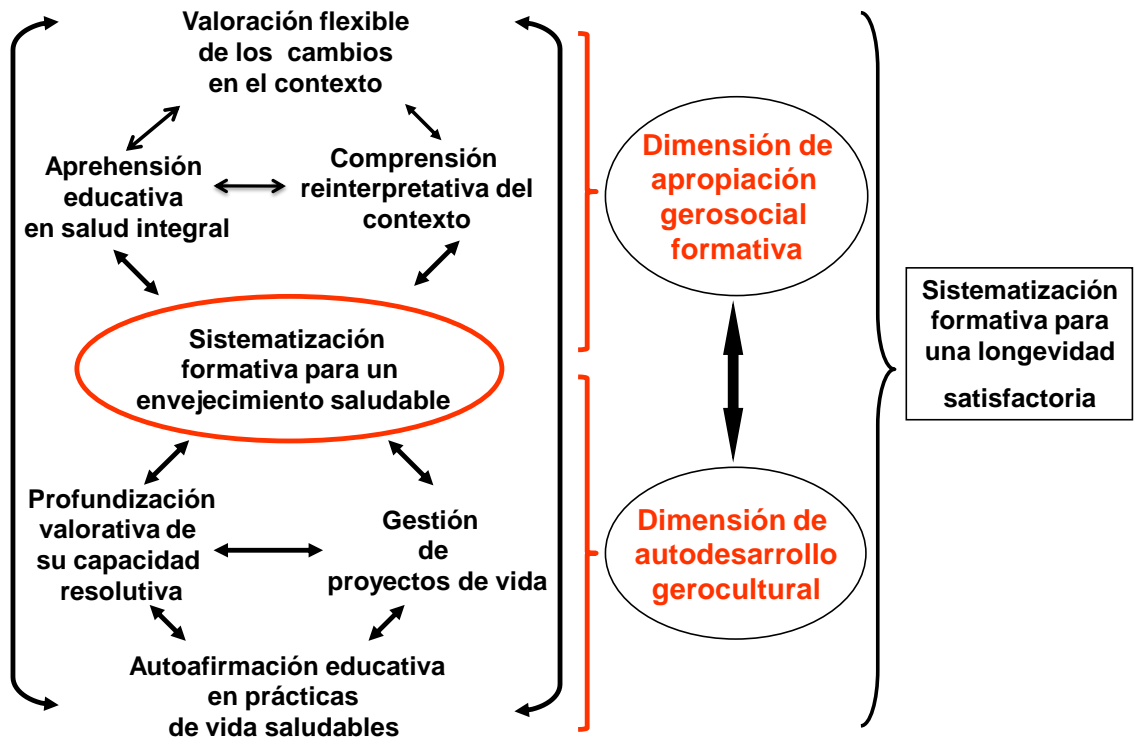
**- La relación de formación gerocultural sistematizada en prácticas de vida saludables.**

Esta relación emerge de las relaciones internas establecidas entre las configuraciones de sistematización formativa para un envejecimiento saludable, la de gestión de proyectos de vida, la de profundización valorativa de su capacidad resolutive y la de autoafirmación educativa en prácticas de vida saludables que son expresiones a su vez, de la dimensión de auto desarrollo gerocultural.

Esta relación, expresada en una síntesis interpretativa, permite connotar que el sujeto que envejece alcanza el desarrollo de sus potencialidades a partir de la educación sistemática en prácticas de vida saludables, acordes con sus necesidades y posibilidades reales, a partir del desarrollo de su cultura del envejecimiento.

De este sistema de relaciones se revela como **regularidad esencial**: la lógica integradora de la sistematización formativa para un envejecimiento saludable, que se dinamiza entre la valoración flexible de los cambios en el contexto y la autoafirmación educativa en prácticas de vida saludables.

## MODELO DE SISTEMATIZACIÓN FORMATIVA PARA UN ENVEJECIMIENTO SALUDABLE



Las particularidades esenciales de carácter pedagógico en el modelo revelado están en:

- En el proceso de formación de los aspectos gerontológicos a partir de la **interacción educativa** en la construcción valorativa socializada de una longevidad satisfactoria para cada sujeto que envejece.
- En el proceso de sistematización formativa para un envejecimiento saludable como un proceso intencionado y sistemático de carácter pedagógico, que se produce a partir de la **relación entre el sujeto**, que se **apropia de los contenidos** inherentes a su envejecimiento, **y su contexto socio cultural**.

- En el carácter educativo, socio-cultural, individualizado e interactivo que está en el proceso de sistematización formativa para un envejecimiento saludable a partir de reconocer que este proceso se desarrolla en sujetos individuales, desde la comprensión de las experiencias significativas culturales de los otros sujetos co-participes de este proceso.

La sistematización formativa para un envejecimiento saludable implica la intervención de elementos de muy diversas disciplinas en todas las manifestaciones de la cultura, pues la salud integral en el envejecimiento, abarca todo el quehacer del hombre y se hace posible mediante el establecimiento de estrategias educativas, que permitan la identificación de objetivos y acciones capaces de promover una longevidad satisfactoria, incrementando la capacidad funcional y la resolutividad de cada anciano mediante su integración social y su auto desarrollo gerocultural.

El envejecimiento demográfico acelerado actualmente exige una respuesta certera para garantizar calidad de vida a toda la población. Este fenómeno demográfico se establece entonces como un encargo social que plantean los tiempos actuales a la Educación Superior.

Una posible respuesta a esta realidad es el desarrollo de un trabajo de proyección gerontológica en la Universidad del Adulto Mayor, concebido en su concepto más amplio y actual, es decir, desde la incorporación de los principios de la gerontología, como ciencia a las diversas ramas del quehacer profesional, con el fin de que los actuales y sobre todo, futuros profesionales, sean capaces de dar

respuesta a las peculiaridades de una población que envejece de manera acelerada y creciente, y que por ello plantea nuevas demandas pedagógicas que precisan de recursos específicos y presupuestos teóricos y metodológicos particulares, sólo alcanzables si se pone en función de ello a la totalidad de las fuerzas sociales.

Esta proyección gerontológica, con carácter esencialmente pedagógico, ejercerá particular influencia en los profesionales de la educación, las ciencias sociales y la salud, sin olvidar que todas las ramas del saber están relacionadas con el proceso de envejecimiento de la población, como lo están todos y cada uno de los sujetos que integran dicha población.

El modelo diseñado permite reconocer por tanto, al interior del proceso de sistematización formativa para el envejecimiento saludable, dos subprocesos, que se desarrollan en constante interacción, y que se definen a continuación:

- Subproceso de establecimiento, conservación y ampliación de los vínculos con el grupo social, que está constituido por los mecanismos de intercambio e interacción pedagógica entre el sujeto y el grupo social en el cual transcurre su existencia.
- Subproceso de desarrollo personal del individuo que envejece, integrado por los elementos que promueven el crecimiento personal de cada sujeto a través de su existencia en el tiempo, como expresión de la auto formación inherente al proceso pedagógico en cada persona.

De esta forma se puede valorar que la interpretación del proceso de sistematización formativa para un envejecimiento saludable desde un enfoque holístico-configuracional posibilita construir una estrategia que viabiliza su instrumentación en la praxis sociocultural pedagógica.

El instrumento propuesto hace necesaria una valoración de las oportunidades y amenazas del contexto, de las fortalezas y debilidades del propio proceso frente a su contexto sociocultural y a las necesidades identificadas por los adultos mayores implicados en el proceso formativo para tomar en cuenta estos aspectos y mantener la actividad de gestión del mismo en consonancia con las demandas e intenciones de los sujetos que envejecen.

### **2. 3 Estrategia de formación permanente para un envejecimiento saludable**

La estrategia propuesta está orientada al desarrollo de sujetos capaces de dar respuestas integralmente satisfactorias a los cambios propios del envejecimiento y se constituye en una forma concreta de expresar el sistema de relaciones y la regularidad revelada en el proceso de modelación de la sistematización formativa para un envejecimiento saludable.

En ella se precisan aspectos esenciales que se constituyen en pasos y acciones para su instrumentación en la práctica educativa. Se concibe como un sistema flexible, que debe ser modificado y rediseñado constantemente a partir de los cambios que se van operando en el proceso de envejecimiento individual y en el contexto sociocultural y ecológico concreto en que se desarrolla cada persona.

En atención a las consideraciones ya consignadas en el epígrafe anterior acerca del papel de la universidad en el desarrollo de los aspectos gerontológicos de la cultura, con un carácter esencialmente pedagógico, se insiste en el valor de la **Universidad del Adulto Mayor** como **escenario fundamental para centrar y gestionar el proceso pedagógico para la aplicación de la estrategia de formación permanente para un envejecimiento saludable** dirigido a toda la sociedad, a través de un proceso sistematizado metodológico necesario para ello, que deberá estar organizado desde esa institución.

Esta estrategia es el resultado de un proceso de construcción teórica, lo que le confiere la cientificidad y la novedad necesaria para su instrumentación en la praxis pedagógica, y constituye **un sistema abierto**, sujeto a múltiples influencias socioculturales, lo que le otorga un **carácter dinámico, complejo e interactivo**, a partir de que debe potenciar el desarrollo del sujeto que envejece sin olvidar su relación dinámica con el contexto socio – cultural y ecológico, como aspecto esencial para lograr su transformación educativa.

El **carácter colaborativo** de este proceso está determinado por la necesidad de activar la interacción entre todos los sujetos que intervienen en el proceso formativo, que no sólo tiene un carácter personal, sino que además, tiene una poderosa implicación socio - cultural. Deberá garantizarse un sistema de acciones dirigidas al sujeto y al grupo social que provoquen cambios cualitativos en el sujeto que envejece y en sus relaciones con el contexto y que conduzcan a re - conceptualizar los modos de actuaciones socioculturales tanto personales como grupales en relación con el envejecimiento como proceso. Se considera necesario



entonces, reconocer los agentes de cambio que interactúan en este proceso pedagógico.

La estrategia, como sistema abierto, tiene una **estructura dinámica** constituida esencialmente por dos etapas, con sus objetivos específicos y su sistema de acciones, que implican procesos internamente activos y relacionados sistémicamente, expresando una relación del todo con sus partes, lo que expresa la **recursividad** de ella.

Las etapas, como **subsistemas** de la estrategia propuesta, expresan la existencia de niveles de **jerarquía** en relación con la **subordinación** de sus componentes, contentivas de diferentes complejidades en su desarrollo, la estrategia tiene por tanto, un **objetivo esencial general** que expresa el resultado de la integración de las dos etapas en relación con sus correspondientes **componentes** internos.

En ella se reconoce también su **sinergia** que implica el alcance de una nueva cualidad: **la pertinencia del proceso de sistematización formativa para un envejecimiento saludable.**

La estrategia es susceptible a amenazas y debilidades presentes en los diversos contextos socioculturales educativos, como proceso social y humano, por tanto se puede producir desequilibrio en la aplicación de ella, expresado en la **entropía** que puede evidenciarse en:

- La existencia de representaciones sociales negativas de la vejez.
- Resistencia al cambio originada por la cristalización de conceptos y patrones conductuales en los ancianos.

- Insuficiente comprensión del significado de la capacidad resolutive como factor determinante de un envejecimiento saludable

Estas contradicciones pueden actuar como factores que ponen en riesgo el cumplimiento del objetivo de la estrategia, sin embargo pueden existir otros factores que tienden a mantener el equilibrio dinámico entre los subsistemas y componentes de la estrategia y que se convierten en la **homeostasis** de dicho sistema, como son:

- El interés general que se ha mostrado a través del tiempo acerca del envejecimiento como proceso.
- La aspiración propia de cada persona a un envejecimiento saludable.
- La demanda de atención que origina en la sociedad el reto de un proceso de envejecimiento poblacional acelerado.

Esta estrategia, como constructo teórico elaborado por el investigador de esta tesis desde la modelación del proceso de sistematización formativa para un envejecimiento saludable, tiende a cobrar ciertos niveles de autonomía propia, a partir de determinadas condiciones concretas del contexto sociocultural educativo donde se instrumenta, lo que es expresión de su **autopoiesis**, que se va evidenciando en su **retroalimentación** constante por los sujetos que la aplican y conducen al **autodesarrollo sistemático** del proceso modelado.

Para el desarrollo de esta estrategia es necesario, por tanto significar la necesidad de:

- Promover una correcta conceptualización del envejecimiento individual como proceso normal que transita por las diversas etapas del desarrollo humano.
- Propiciar la vinculación de todo el grupo social al proceso educativo garantizando el reconocimiento de un espacio social para el anciano.
- Establecer espacios interactivos educativos adecuados que contribuyan a la modificación de las representaciones sociales de la vejez en el grupo social.
- Incentivar iniciativas individuales y grupales encaminadas a fortalecer los vínculos del anciano dentro del grupo social.

**Para construir esta estrategia se delimitan aspectos como:**

- **Objetivo general.**
- **Diagnóstico para el establecimiento del proceso formativo para un envejecimiento saludable.**
- **Determinación de las etapas de la estrategia.**
- **Precisión de los objetivos específicos de cada etapa.**
- **Sistema de acciones para cada etapa.**
- **Orientaciones metodológicas generales para su instrumentación.**
- **Sistema de evaluación y control de los resultados obtenidos en la aplicación de esta estrategia.**

Estas precisiones permiten entonces, considerar:

**Objetivo general de la estrategia propuesta:** Orientar pedagógicamente el proceso de sistematización formativa para un envejecimiento saludable con un

carácter reflexivo y flexible que perfeccione el proceso educativo en cada sujeto y en el grupo socio cultural en el cual se desenvuelve.

### **Diagnóstico para el establecimiento del proceso formativo para un envejecimiento saludable.**

Este diagnóstico se encamina a la valoración de los factores externos e internos del contexto educativo sociocultural y del sujeto, que condicionen el cumplimiento del objetivo y de las acciones propuestas en la estrategia.

El propósito de los factores externos es definir las oportunidades y amenazas que depara dicho contexto, que permitan prever cambios en la dinámica de la estrategia para lograr el objetivo general propuesto.

Para la definición de los **factores externos** se consideran los siguientes elementos:

- La realidad del grupo social y el contexto natural y urbano en el cual se desempeña el individuo, que condicionan las necesidades de desarrollo de éste, y su concordancia con los objetivos establecidos.
- La disponibilidad de las organizaciones territoriales para la cooperación multidisciplinaria en el proceso formativo para un envejecimiento saludable, en tanto esto sea necesario.
- Posibilidades de intercambio entre instituciones con experiencia en la actividad formativa para un envejecimiento saludable.

- El acceso a información vinculada con el proceso formativo para un envejecimiento saludable y su difusión adecuada.
- El desarrollo de investigaciones de carácter pedagógico y gerontológico vinculadas al proceso formativo para un envejecimiento saludable que hagan posible el avance en los conocimientos relacionados con su sistematización permanente.

El diagnóstico de los **factores internos** tiene como objetivo identificar las fuerzas que intervienen en el proceso formativo y cuya influencia es inmediata, por estar vinculadas directamente a dicho proceso, condicionando el desarrollo de las acciones. Son los elementos que sirven de apoyo (fortalezas) para alcanzar los objetivos propuestos, así como aquellos cuyo accionar es insuficiente (debilidades). En el proceso de sistematización formativa para un envejecimiento saludable los factores internos están relacionados con:

- El nivel de capacitación de los facilitadores en las particularidades del proceso formativo para un envejecimiento saludable.
- Definición de los objetivos del proceso de sistematización permanente.
- Organización metodológica de la actividad formativa.
- Las representaciones sociales de la vejez en el sujeto y en el grupo específico en el cual interactúa.
- La disponibilidad para la interacción comunicativa del sujeto y el grupo en el proceso formativo.

- Posibilidad real de atención a la diversidad sociocultural de todos los sujetos implicados como individuos independientes y dentro del grupo.
- Las potencialidades materiales y humanas para el establecimiento de las prioridades formativas.
- El nivel académico previo de cada sujeto participante en el proceso formativo.

Este diagnóstico se debe corresponder con la determinación de los objetivos específicos que integran las etapas, y podrá realizarse utilizando diferentes métodos y técnicas empíricas como encuestas y/o entrevistas a los sujetos implicados en el proceso formativo, su familia y otros sujetos del contexto social vinculados a él, además se podrán realizar observaciones a actividades del proceso formativo, y en determinados sectores sociales relacionados con el proceso, entre otros.

### **Determinación de las etapas de la estrategia:**

Se concibe esta estrategia con un carácter dinámico, interactivo y desde la práctica pedagógica, ella a su vez, contiene la lógica del modelo revelado de sistematización formativa para un envejecimiento saludable y estará dirigida a proponer un sistema de acciones concretas.

Las etapas de la estrategia propuestas son:

### **Etapas de apropiación gerosocial formativa.**

Esta etapa es expresión de las relaciones internas entre las configuraciones de aprehensión educativa en salud integral, comprensión reinterpretativa del

contexto, valoración flexible de los cambios en el contexto y sistematización formativa para un envejecimiento saludable, que son expresiones a su vez, de la dimensión de apropiación gerosocial educativa.

### **Etapa de autodesarrollo gerocultural.**

Esta etapa es expresión de las relaciones internas que se establecen entre las configuraciones de gestión de proyectos de vida, profundización valorativa de su capacidad resolutive, autoafirmación educativa en prácticas de vida saludables y sistematización formativa para un envejecimiento saludable, que son expresiones de la dimensión de autodesarrollo gerocultural.

### **Precisión de los objetivos específicos de cada etapa:**

Estas etapas tendrán los siguientes objetivos específicos:

**Objetivo específico de la etapa de apropiación gerosocial formativa:** Orientar un sistema de acciones pedagógicas para sistematizar la apropiación gerosocial formativa.

**Objetivo específico de la etapa autodesarrollo gerocultural:** Orientar un sistema de acciones educativas para sistematizar el autodesarrollo gerocultural.

### **El sistema de acciones propuestas por etapas es:**

#### **Etapa de apropiación gerosocial formativa**

- Diagnosticar las experiencias significativas de los sujetos participantes en el proceso formativo que dinamicen su apropiación de conocimientos,

habilidades, valores y actitudes en relación con un envejecimiento saludable.

- Identificar las necesidades de formación en salud integral de los sujetos que envejecen a partir de precisar los criterios previos que poseen de dicho concepto.
- Precisar el contenido a apropiarse a partir de la determinación de la información que se proporciona al sujeto que envejece y a su contexto social seleccionado, en relación con la educación para una salud integral incorporando en ellos elementos afines con aspectos biológicos, espirituales, sociales y de interactividad con el contexto natural durante el envejecimiento como proceso y en la vejez como etapa de la vida.
- Enfocar el desarrollo de los contenidos a partir del reconocimiento de las diferencias en la formación previa de cada sujeto anciano en cuanto a salud integral para que pueda configurar su propia interpretación de la significatividad de dichos contenidos.
- Localizar focos de interés cultural personal y colectivo para la búsqueda del significado que se comunica, del envejecimiento como proceso normal.
- Determinar los códigos de comportamiento socio-cultural, y de interacción con el medio natural, que de forma colectiva se van a priorizar en la relación sujeto, grupo social, que potencien la construcción de un sistema de contenidos gerontológicos dentro de la cultura general del grupo social.



- Orientar en el reconocimiento de problemas vinculados con sus posibilidades para el pleno disfrute integral de la vida y la identificación de posibles soluciones a partir del conocimiento previo y de las modificaciones a dichos conceptos que se producen en el desarrollo del proceso formativo, que puede ir construyendo el sujeto que envejece.
- Establecer expectativas y estimular el aprendizaje de una comunicación intergeneracional efectiva y respetuosa.
- Realizar intercambios activos que permitan el reconocimiento de la unidad y la diferencia entre el anciano y su contexto socio cultural y ecológico.
- Promover la reflexión individual y grupal acerca de las realidades de actualidad en todos los campos de interés para todos los sujetos implicados.
- Activar recursos para promover la afectividad y la disposición positiva hacia la construcción de relaciones grupales que incluyan a los ancianos como actores.
- Estimular las valoraciones individuales y grupales acerca de los contenidos gerontológicos que se van apropiando y su valor funcional para el desarrollo del proceso educativo.
- Promover los juicios críticos acerca de las posibilidades reales que ofrece la diversidad y la complejidad del contexto en función de establecer la búsqueda de posibles vías de integración socio cultural para el sujeto que envejece y su participación en la conservación del medio ambiente.

- Diversificar las actividades educativas implicando a la totalidad de los actores sociales de la comunidad y haciendo énfasis en la participación de las redes formales de apoyo al adulto mayor como integrantes comprometidos en el proceso educativo para un envejecimiento saludable.
- Activar los conocimientos y valores previos que poseen los sujetos participantes para dinamizar su proceso formativo.
- Potenciar la reinterpretación del contexto desde una óptica de auto transformación mediante la comprensión, la sistematización y la generalización de los conocimientos más actuales, que permitan a los sujetos encontrar respuestas a sus inquietudes acerca del mundo de hoy.
- Orientar la búsqueda de causas y argumentos que fundamenten las nuevas conclusiones cognitivas que irá configurando cada sujeto para una reflexión crítica, que dinamice la concientización del proceso formativo para un envejecimiento saludable.

### **Etapas de autodesarrollo gerocultural**

- Establecer proyectos educativos que ofrezcan a los sujetos que envejecen la posibilidad de actuar de forma dinámica y personal, promoviendo su capacidad de aportar nuevas soluciones a las dificultades de su contexto sociocultural y ecológico.
- Valorar de forma histórico-retrospectiva el análisis de las relaciones culturales coexistentes para potenciar la comprensión de sus características actuales en cada persona que envejece.

- Utilizar el diálogo como forma dinamizadora del intercambio comunicativo entre generaciones.
- Realizar talleres interactivos con facilitadores para socializar acciones pedagógicas de la estrategia y concientizarlos para su implicación comprometida.
- Desarrollar talleres interactivos comunitarios para la búsqueda de la coherencia entre las acciones que desarrolla el sujeto que envejece y la acción educativa de la comunidad.
- Realizar sesiones periódicas con grupos de familia para intercambiar sobre temas relacionados con el envejecimiento.
- Establecer ambientes interactivos que faciliten la comunicación entre los sujetos implicados, aprovechando los conocimientos de aquellos que como depositarios de la identidad cultural del grupo, constituyen su memoria histórica.
- Potenciar en los sujetos que envejecen el convencimiento de sus propias capacidades, desarrollando actividades investigativas con objetivos alcanzables, y relacionados con sus motivaciones esenciales.
- Orientar en la planificación de metas personales concretas, desde premisas y requisitos realistas para el desarrollo de valores, habilidades y destrezas relacionados con los intereses previamente identificados.

- Desarrollar y entrenar sistemáticamente hábitos precisos, que constituyan parte de una actitud proactiva ante la vida.
- Incluir actividades que impliquen riesgos debidamente calculados, búsqueda de oportunidades y el ejercicio de la iniciativa propia.
- Promover las discusiones grupales de los proyectos personales como medio de sinergizar las decisiones de emprender nuevas tareas.
- Estimular la síntesis integradora de su pasado, presente y futuro en “el aquí y el ahora.”
- Desarrollar actividades dirigidas a la comprensión y la explicación de los conceptos erróneos de cada participante sustentados en las representaciones sociales de la vejez.
- Estimular la valoración crítica de los resultados obtenidos en las transformaciones que se obtengan mediante el proceso formativo.
- Instrumentar estrategias interactivas para potenciar procesos que promuevan el debate y la reflexión personal, relacionados con el envejecimiento.
- Promover el desarrollo de conductas alternativas frente a eventos agresores o estresantes que impliquen relaciones interpersonales activas de cada sujeto.
- Utilizar procedimientos interactivos que potencien procesos de interpretación del envejecimiento como proceso normal del desarrollo, a partir del uso de recursos materiales que contribuyan a ello.

- Estimular la construcción de metas y proyectos no solo de carácter personal, sino también familiar, comunitario, social y de protección al medio ambiente.
- Estimular el cuestionamiento de los roles y posiciones sociales propios y de otros, así como de su postura y de la postura de los otros en función de nuevos aprendizajes.
- Involucrar a los directivos y personalidades académicas, científicas y culturales pertenecientes al contexto seleccionado concreto, para que ofrezcan actividades científico-metodológicas culturales que sistematicen ese proceso formativo para un envejecimiento saludable.
- Analizar las condiciones de las metas, la complejidad de las actividades, la secuencia a seguir, y los resultados esperados, contrastándolos con su contexto actual y sus propias motivaciones.
- Valorar las metas propuestas, asumiéndolas o reorientándolas para que adquieran significado personalógico y establecer un claro contraste entre ellas y la realidad de cada sujeto al inicio de la actividad para penetrar en la esencia de sus verdaderos intereses.
- Garantizar la disponibilidad de asesoría especializada en el envejecimiento, y en materia de psicología y sociología para los participantes que lo necesiten durante todo el proceso.
- Realizar de forma interactiva una evaluación valorativa compartida de los resultados formativos obtenidos en el proceso pedagógico.

## **Orientaciones metodológicas generales para su instrumentación**

Se precisa que la existencia de conocimientos, habilidades y valores previos de los sujetos que envejecen y los gestores educativos puede constituirse en potencialidad o en barrera en la aplicación de esta estrategia.

Se constituye en potencialidad cuando en la instrumentación de la estrategia se favorece el desarrollo de conocimientos, habilidades y valores que se van sistematizando en la apropiación de los aspectos gerontológicos de la cultura, que se introducen en el contexto formativo, y cuando la comunicación educativa se constituye en vehículo de fomento de esos elementos culturales al poner a los sujetos implicados en este proceso en contacto con la amplia gama de experiencias que enriquecen sus concepciones acerca del envejecimiento como proceso.

Así durante el desarrollo del proceso formativo para un envejecimiento saludable deben establecerse nuevas relaciones sociales y contactos humanos formativos que contribuyan a las transformaciones educativas en el pensar y el accionar de cada sujeto en una dinámica de enriquecimiento mutuo e individual encaminado a la interiorización de los conceptos relacionados con un envejecimiento integralmente saludable.

Se constituye en barrera cuando no se sistematiza el desarrollo de conocimientos, habilidades y valores como base de una formación que manifieste en su contenido la apropiación de los aspectos gerontológicos de la cultura o cuando se potencia

algún conocimiento que distorsiona la concepción del envejecimiento integralmente saludable de los sujetos implicados en este proceso.

Este proceso requiere de que se revalorice al sujeto que envejece como agente de cambio activo, que está enraizado a los valores socioculturales de la comunidad en que vive y por tanto, se constituye en un factor eficaz para transmitir una imagen dinámica del envejecimiento como etapa del desarrollo y para compartir experiencias culturales tendientes a modificar la imagen que tiene el grupo acerca del envejecimiento y de los ancianos.

Los aspectos metodológicos que se consideran necesarios para lograr el éxito en la aplicación de esta estrategia son:

- ✓ La realización de talleres de socialización con los sujetos vinculados al proceso que atiendan al tratamiento científico-metodológico de la comprensión del envejecimiento como proceso normal, desde potenciar el enriquecimiento de los aspectos gerontológicos de la cultura del grupo social implicado.
- ✓ La utilización de métodos participativos y técnicas grupales de debate para involucrar a los sujetos, a la familia y a la comunidad en un proceso integrador pedagógico.
- ✓ La capacitación a posibles facilitadores en la instrumentación de la estrategia propuesta.
- ✓ La sistematización de las acciones propuestas en el trabajo diario dentro de los espacios en que se implemente la estrategia.

- ✓ El trabajo individual con cada sujeto implicado con el fin de estimular un ejercicio sistemático de las acciones que se proponen en la estrategia

Debe favorecerse la interdependencia positiva del sujeto anciano, la familia y la comunidad sistematizando un aprendizaje grupal y cooperativo como actividad colectiva entre todos los sujetos implicados en este proceso a partir de la creación de un clima educativo favorable entre ellos, respetando la individualidad y la pluralidad de puntos de vista desde una actitud abierta a la crítica, pero dirigida al rescate de los aspectos gerontológicos de la cultura.

Deben preverse como principales retos para la generalización de esta estrategia propuesta en el ámbito educativo:

- ✓ Lograr las posibilidades reales de intercambio entre todos los implicados en este proceso, es decir, cada sujeto que envejece, su familia y la comunidad en la que se desenvuelve con una proyección conservacionista de la naturaleza.
- ✓ Enfrentar las resistencias culturales al cambio propuesto en las representaciones sociales de la vejez.
- ✓ Lograr la unidad de las influencias educativas de forma integrada en el proceso pedagógico.
- ✓ Superar las contradicciones que se dan entre los sujetos ancianos y los miembros del grupo social, en particular entre generaciones diferentes.



- ✓ Lograr la unión de voluntades entre las fuerzas sociales para garantizar la consecutividad y continuidad del proceso formativo.

### **Sistema de evaluación y control de los resultados obtenidos de la aplicación de esta estrategia**

Para evaluar y controlar los resultados obtenidos en la aplicación de esta estrategia se establece un sistema de indicadores que se concretan en una propuesta de patrones de logro que deben evidenciarse en la sistematización del proceso formativo para un envejecimiento saludable.

Estos indicadores y patrones de logro son:

#### **Indicador: Niveles alcanzados en la apropiación gerosocial formativa:**

##### **Patrones de logro:**

- Evidenciar comprensión de la necesidad del reconocimiento y la participación entre el sujeto que envejece o ya envejeció, y el grupo en el cual convive en un contexto ecológico, como mutuamente necesarios e imprescindibles en la acción social.
- Mostrar un proceso de interacción en el vínculo sujeto que envejece-familia-comunidad en un contexto ecológico.
- Saber diagnosticar las necesidades y experiencias en el comportamiento social y de cada uno de los sujetos implicados en la comunicación durante el proceso formativo para un envejecimiento saludable.

- Saber aprovechar las potencialidades del contexto sociocultural para promover un envejecimiento saludable.
- Saber provocar procesos reflexivos desde la implementación de acciones pedagógicas que generen el debate y la crítica a posiciones discriminatorias dentro del grupo, con respecto al envejecimiento como proceso individual.
- Evidenciar un incremento en la participación social de los sujetos implicados en el proceso.
- Comprobar la modificación, en un plazo razonable, de las representaciones sociales de la vejez.
- Evidenciar una participación protagónica de los participantes en el proceso formativo.

**Indicador: Niveles alcanzados en el autodesarrollo gerocultural:**

**Patrones de logro:**

- Evidenciar la participación activa de cada sujeto en la implementación de soluciones a las dificultades que le plantea el diario vivir.
- Mostrar en los debates e intercambios establecidos la apropiación de contenidos desde la argumentación de los temas gerontológicos seleccionados.
- Evidenciar el respeto a la individualidad del proceso de envejecimiento evitando los estereotipos.

- Mostrar comprensión de que las relaciones cotidianas son fuentes inagotables de experiencias significativas y de intercambio e interacción permanente con el contexto social y ecológico para el desarrollo de un envejecimiento saludable en cada sujeto.
- Evidenciar transformaciones educativas a partir de la conducta saludable del sujeto que envejece, en el contexto concreto en que se desarrolla la estrategia.
- Aplicar los conocimientos y habilidades adquiridos y expresados en acciones concretas tales como el equilibrio entre la actividad y el descanso, entre trabajo y recreación, entre actividades de carácter individual y colectivo, entre autoayuda y ayuda mutua, entre sus exigencias personales y su auto estima, entre otras.
- Evidenciarse satisfacción de los participantes en cuanto al proceso realizado.

### **Conclusiones parciales del capítulo II**

- La modelación de la sistematización formativa para un envejecimiento saludable desde lo holístico-configuracional posibilitó revelar dos dimensiones fundamentales de este proceso: la apropiación gerosocial formativa y el autodesarrollo gerocultural.
- Se precisa como sistema de relaciones del proceso modelado: la relación de sistematización de la apropiación formativa en salud integral contextualizada

y la relación de formación gerocultural sistematizada en prácticas de vida saludables.

- La regularidad esencial revelada se expresa en la lógica integradora de la sistematización formativa para un envejecimiento saludable, que se dinamiza entre la valoración flexible de los cambios en el contexto y la autoafirmación educativa en prácticas de vida saludables.
- El modelo propuesto fundamenta la estrategia de formación permanente para un envejecimiento saludable que es contentiva de dicho sistema de relaciones revelada, y en dicha estrategia se despliega la relación entre la **autogestión formativa del sujeto que envejece y la sistematización pedagógica para su integración social mediante prácticas de vida saludables**, que como vía hipotética, condujo epistémica y metodológicamente el proceso de construcción de este conocimiento científico.

## **CAPÍTULO 3**

# **VALORACIÓN Y CORROBORACIÓN CIENTÍFICA DE LOS RESULTADOS INVESTIGATIVOS**

## **CAPÍTULO III. VALORACIÓN Y CORROBORACIÓN CIENTÍFICA DE LOS RESULTADOS INVESTIGATIVOS**

### **Introducción**

En este capítulo se exponen los resultados de la aplicación del método de criterio de expertos para corroborar el valor científico-metodológico del modelo mediante la realización de un Taller de Socialización con Especialistas que permitió valorar la pertinencia científico-metodológica del modelo de sistematización formativa para un envejecimiento saludable que conduce a una longevidad satisfactoria. Además, se ejemplifica la aplicación parcial de la estrategia propuesta en un grupo de alumnos de la Universidad del Adulto Mayor, en Santiago de Cuba, para revelar el comportamiento del proceso y sus principales resultados lo que permitió instrumentar en la praxis educativa el comportamiento del proceso modelado y evidenciar sus principales resultados.

### **3.1 Valoración de la factibilidad de los aportes fundamentales de la investigación a partir de la realización de un taller de socialización con especialistas**

El Taller de Socialización con Especialistas se convocó con el objetivo de valorar y aumentar los aportes fundamentales de la investigación. Se reunió un

grupo de especialistas, vinculados a la actividad de educación al anciano, en carácter de profesores o alumnos de la Universidad del Adulto Mayor en Santiago de Cuba, y docentes de la educación médica superior seleccionados a partir de su experiencia con la temática que se investiga, su experiencia docente, y trayectoria científico-metodológica, en cuanto a sus investigaciones vinculadas con la temática que se estudia. Asimismo se tuvo en cuenta su grado científico o académico y categoría docente. Los especialistas convocados tienen experiencia científico-metodológica en la educación para un envejecimiento saludable. Este elemento constituyó un aspecto esencial por el nivel crítico-valorativo aportado por dichos especialistas, como contribución importante al perfeccionamiento de las propuestas investigativas.

Participaron 3 profesores de la Universidad de Oriente, 3 profesores de La Universidad de Ciencias Médicas de esta ciudad, 2 profesores de la Carrera de Psicología de la Universidad de Las Villas, 1 profesor de la Carrera de Psicología de la Universidad de Oriente y 2 ex alumnos de la Universidad del Adulto Mayor de Santiago de Cuba. Entre los participantes, 4 cuentan con categoría docente de Profesores Titulares y 7 son auxiliares. Del total de participantes 6 cuentan con el Grado Científico de Doctores y 3 de Máster en ciencias.

Los objetivos específicos del Taller estuvieron dirigidos a valorar y enriquecer el modelo y la estrategia de formación permanente para un envejecimiento saludable, a partir de tener en cuenta:

- La búsqueda de similitudes y diferencias en los criterios esenciales referidos al modelo propuesto.
- El enriquecimiento de la estrategia de formación permanente para un envejecimiento saludable a partir de la interpretación, las sugerencias y recomendaciones de los especialistas.
- La factibilidad de aplicación y pertinencia de dicha estrategia.

En el taller se optó por una metodología cualitativa que partió de la exposición sucinta por el investigador de esta tesis de la lógica de la investigación y de la explicación exhaustiva de los aportes científicos, a partir de la entrega con antelación de un informe de los principales resultados alcanzados para su valoración crítica por parte de los especialistas convocados. Los participantes, para posibilitar una comprensión eficiente, realizaron interrogantes (9 preguntas), que fueron respondidas por el investigador, lo que facilitó la interpretación del resumen de tesis presentado, desde sus posiciones epistemológicas, y expresar juicios y razonamientos consecuentes, a partir de los cuales se realizaron sugerencias y recomendaciones para el perfeccionamiento de la investigación.

Por tanto, los procedimientos metodológicos del taller fueron los siguientes:

1. Exposición oral de 30 minutos por el investigador frente al grupo de especialistas, donde se resumió la lógica de la investigación y los principales resultados aportados, lo que facilitó el proceso de valoración grupal crítica.



2. Intercambio, a través de la exposición de criterios valorativos, preguntas y respuestas, acerca de las principales fortalezas y debilidades de los aportes, así como sugerencias y recomendaciones para su perfeccionamiento.
3. Elaboración de un informe del proceso de socialización a través de la construcción reflexiva y las ideas y valoraciones de los especialistas, que fue aprobado por la totalidad de los participantes.

Los resultados del taller se sintetizan en las siguientes valoraciones:

- La lógica de la investigación expuesta, sustentada en fundamentos gnoseológicos, histórico, y praxiológicos pertinentes, permite declarar que la tesis se inscribe, desde una posición valiente y adecuada, y un contexto interdisciplinar de la Educación, en la profundización de la sistematización formativa para promover una longevidad satisfactoria.
- El modelo de sistematización formativa expuesto es coherente con las esencialidades del proceso que se estudia, ya que a partir de las relaciones entre sus configuraciones y dimensiones, se logra articular posiciones epistemológicas específicas precedentes, provenientes de los estudios gerontológicos, de la educación al adulto y otros, para revelar un constructo teórico pedagógico, esencial para los retos actuales de la Pedagogía.
- Las dimensiones aportadas por el modelo manifiestan profundidad en el nivel de esencialidad e integración, sin embargo, al explicar, desde sus contradicciones esenciales, un proceso social a través del método holístico-

dialéctico, es primordial reconocer el carácter objetivo-subjetivo de las categorías que se revelan como unidad dialéctica. Esta valoración se tuvo en cuenta para el perfeccionamiento del modelo propuesto.

- Se valoró la posibilidad de aplicación de la propuesta práctica en diversos contextos pedagógicos no vinculados a procesos escolarizados, tales como intervenciones sociales tendientes a modificar las representaciones sociales de la vejez, el proceso formativo de sujetos individuales y la educación para la salud desde el trabajo médico cotidiano, como respuesta al proceso de envejecimiento poblacional. Esta valoración se consideró muy oportuna y se utilizó en la argumentación de la especificidad de la propuesta.
- Se precisó que la estrategia de formación permanente para el envejecimiento saludable aportada, expresa con precisión la funcionalidad lógica y gnoseológica del modelo de sistematización formativa propuesto, que potencia el desarrollo de una novedosa forma de sistematización de la educación multidisciplinaria para el envejecimiento, ya que desde su función promotora de salud integral, logra articular una formación en la cual prima, el autodesarrollo gerocultural y la apropiación gerosocial formativa del sujeto que envejece, lo que permite revelar la necesidad y utilidad de la participación activa y la resolutividad del anciano para dar continuidad a su desarrollo como individuo durante toda la vida.
- Se consideró con pertinencia científica los principales aportes de la investigación a partir de que se logra transformar las concepciones

tradicionales acerca del envejecimiento como proceso exclusivamente involutivo en los sujetos que han participado en esta actividad y en este contexto, al favorecer el desarrollo del adulto mayor como un sujeto participativo, esencialmente flexible y sensible, pero también autónomo y asertivo.

- La estrategia propuesta permite perfeccionar la actividad de los diversos gestores educativos, en tanto orientadores y facilitadores del proceso formativo para un envejecimiento saludable, pues está dirigida a lograr una longevidad satisfactoria, con el fin de promover la construcción de aprendizajes significativos vinculados a estos conceptos esenciales.
- Se valoró que la estrategia de formación permanente para un envejecimiento saludable articula coherentemente las relaciones esenciales entre el autodesarrollo gerocultural y la apropiación gerosocial formativa del sujeto que envejece reveladas en esta investigación y permite el perfeccionamiento en espiral hacia niveles superiores de desarrollo del envejecimiento como proceso pedagógico.
- Se recomendó extender la aplicación de la estrategia propuesta en la práctica educativa, lo que permitirá continuar demostrando la validez de la misma, en tanto constituye una dinámica renovadora de las estrategias tradicionalmente utilizadas, que facilita el perfeccionamiento de dicho proceso.

- Se recomienda que la propuesta del modelo de sistematización formativa para un envejecimiento saludable sea integrado a las estrategias formativas existentes en las diversas carreras universitarias mediante la orientación de una visión activa del envejecimiento que trascienda las tradicionales miradas paternalistas de dicho proceso, basadas en las representaciones sociales de la vejez que persisten en el contexto social actual, para proyectarlas hacia una comprensión e interpretación de las relaciones entre los adultos mayores como participantes activos en su contexto, en un proceso de reconstrucción creativa de la imagen social del anciano.
- La propuesta connota una relevancia social distintiva, ya que además de su contribución a la formación de un anciano resolutivo desde diversos grupos de edades, propicia la reincorporación del sujeto que envejece a un contexto social abierto a su participación, por lo que potencia las transformaciones sociales de los patrones culturales vigentes acerca del anciano y del envejecimiento como proceso universal.

Los juicios y valoraciones aportados por cada uno de los especialistas, permitieron la reflexión grupal, que facilitó el reconocimiento y la argumentación de la validez de los aportes teórico y práctico de esta investigación para el proceso educativo para una longevidad satisfactoria. De igual modo, se reconoció la viabilidad y factibilidad de los mismos, así como la novedad de la lógica integradora revelada, que permite el perfeccionamiento del proceso formativo para un envejecimiento saludable.

Dado el carácter positivo y la agudeza de las valoraciones aportadas, que aceptaron la profundidad y coherencia de la posición epistemológica interdisciplinar asumida por la investigación, como manifestación de un riguroso proceso investigativo, se declara la aceptación por los especialistas, lo que permitió justificar el valor científico-metodológico de los aportes de esta investigación.

### **3.2 Corroboración científica de la aplicación parcial de la estrategia de formación permanente para un envejecimiento saludable en un grupo de alumnos de la Universidad de Adulto Mayor, en Santiago de Cuba**

Se realizó un estudio en el período comprendido entre enero y diciembre de 2008, utilizando la metodología cualitativa de estudio de casos (Bell, 2005). Se incluyó un grupo de personas mayores de 60 años, alumnos de la Universidad del Adulto Mayor en Santiago de Cuba, que en el curso de esta investigación necesitaron de un análisis puntual y que constituyeron, a su vez, parte de la muestra seleccionada para la determinación del problema científico y la caracterización del estado actual del campo de acción de esta investigación. Fueron citados por un equipo multidisciplinario de atención gerontológica del Hospital Provincial “Saturnino Lora”, integrado por el autor de esta investigación, un psicólogo y un sociólogo, docentes de la Universidad Médica, con el objetivo de aplicar la estrategia propuesta y determinar cómo ella influyó en la solución de sus problemas planteados para el establecimiento de un proceso de envejecimiento saludable.

La investigación se organizó a partir de sesiones del trabajo pedagógico propio de la promoción de salud, para modificar los conocimientos relacionados con el

envejecimiento como proceso, y el estilo de afrontamiento de los problemas de salud que estaban atravesando al inicio de su atención médica.

La selección de los sujetos que envejecen se realizó a través de un muestreo intencional no probabilístico, basado en los criterios siguientes:

-Voluntariedad para participar.

-Ambos sexos.

-Escolaridad superior a sexto grado de la escuela primaria.

-Función cognitiva calificada como normal, según los resultados del Mini mental de Folstein (Anexo 5).

-Existencia de un problema que afecta la salud integral, en el cual intervienen factores sico sociales modificables mediante un proceso educativo.

Se incluyó en el estudio, un total de 11 personas, utilizando como método principal el estudio de casos múltiples. Se emplearon además técnicas, tales como la entrevista, las visitas a los familiares y vecinos o amigos del caso, la realización de dinámicas familiares y la aplicación de instrumentos evaluativos de la salud sicosocial, tales como la escala geriátrica de depresión de Yesavage (Anexo 6), y el método de la observación, así como la valoración del caso por otros especialistas, seguida de una discusión con ellos, la realización de estudios complementarios específicos en cada caso y la discusión de los datos obtenidos por el equipo multidisciplinario.

El control de los casos se efectuó mediante entrevistas bimestrales durante un año, registrando los eventos que se sucedieron en ese período en la historia del caso correspondiente, lo que permitió un ordenamiento temporal de éstos.

-Los datos fueron obtenidos:

1.- Mediante un interrogatorio efectuado a:

- a.- El sujeto anciano.
- b.- El cuidador si existiera.
- c.- Otros miembros de su familia.
- d.- Vecinos y amigos del paciente y su familia.

Se efectuó una revisión general de la información para alcanzar una correcta interpretación de los datos y para perfeccionar o corregir los resultados derivados de los análisis de las historias y de los informes de otros miembros del Equipo Multidisciplinario. Estos datos conformaron los protocolos de estudio de los casos, que se muestran resumidos en el Anexo 7.

Se emplearon estrategias específicas, tales como comparar patrones, construir explicaciones, y efectuar revisiones temáticas. La triangulación fue la técnica clave de análisis utilizada a partir de la información recogida por los diferentes miembros del Equipo Multidisciplinario quienes desarrollaron su labor investigativa de forma independiente en una primera etapa y obtuvieron dicha información de diversas fuentes, y a partir de esa diversidad de fuentes, contrastaron los datos obtenidos para llegar a conformar una opinión de cada caso, mediante el análisis

comparativo de los resultados de las entrevistas a los casos, a sus familiares y a los miembros de su comunidad, estableciendo el contraste necesario entre las conclusiones del gerontólogo, el psicólogo y el sociólogo del equipo multidisciplinario.

El criterio particular de cada integrante del equipo se llevó a debate posteriormente en el seno del mismo hasta llegar a un consenso en cuanto a diagnósticos y a plan de acción sugerido. Esta técnica implica entonces, asegurar la confiabilidad de las conclusiones por medio de fuentes múltiples de datos dentro de cada caso y garantiza la unidad de acción ante la persona estudiada.

El análisis se obtuvo mediante una descripción extensiva derivada de las fuentes múltiples de datos ya señaladas. Adicionalmente a los análisis cualitativos de datos primarios y secundarios, el informe utilizó evidencia recogida para alcanzar conclusiones y para mantener una secuencia lógica del análisis, que se efectuó por medio de:

- ✓ Correspondencia de patrones
- ✓ Construcción de explicaciones
- ✓ Revisión temática
- ✓ Comparación de consistencia de las situaciones

Se tomaron como criterios fundamentales para la interpretación de los resultados alcanzados:

1.- La modificación de las dificultades que motivaron la consulta inicial.



2.- La correspondencia entre los criterios del sujeto que envejecen y del equipo en cuanto a su evolución.

3.- La relación entre esas modificaciones y la estrategia propuesta en el capítulo número 2 de este informe.

**Análisis integral de los resultados:**

En todos los casos incluidos en el estudio se detectó inicialmente la existencia de conflictos entre las concepciones acerca del envejecimiento como proceso y de la vejez como etapa de la vida, derivadas de la influencia ejercida por el imaginario social de la vejez y la aspiración personal de cada uno de ellos para lograr una vejez saludable y satisfactoria, expresados en contenidos tales como ya estoy viejo, ya no puedo hacer en contraposición con deseo sentirme bien y disfrutar lo que me queda por vivir.

Se pronunciaron además por contenidos que reflejan que son subvalorados, al referir debemos defender nuestro espacio y privacidad, teniendo que enfrentarse a actitudes negativas que responden al imaginario social de los más jóvenes, cuando éstos opinan ustedes deben ayudarnos, y ustedes los viejos hicieron bastante en su vida, ahora deben apoyarnos, en este mensaje se infiere que los mayores deben asumir una posición subordinada a las otras generaciones, complementando lo que necesiten los demás.

Es contradictorio el hecho de que la familia estimula la participación en actividades sociales (círculos de abuelos, universidad del adulto mayor, etc.) pero sin aceptar que dejen de asumir las responsabilidades en el hogar, relacionadas con la

realización de las tareas domésticas, u otras actividades que los beneficien (llevar los nietos al círculo o escuela, comprar los alimentos, etc.), ya que consideraron que los intereses de las personas que envejecen pueden esperar porque no tienen un carácter obligatorio. El rol de abuelo estuvo presente en las intervenciones, como forma de aportar a la familia, donde la relación abuelo-nieto constituye una fuerte alianza que aporta muchas gratificaciones; es importante destacar que los nietos pueden ser una carga si los roles no están claros, pudiendo haber sobrecarga en las tareas domésticas. Se detectó en algunos casos el fenómeno de ancianos que cuidan ancianos, con la consecuente sobrecarga del cuidador.

Los adultos mayores identificaron atributos que se debe poseer en la convivencia, y ser tolerante y comprensivo, constituyó una necesidad reconocida para la armonía, siendo actitudes que evitarían los conflictos intergeneracionales.

Todo lo anterior evidencia que la representación social de la vejez es conflictiva en cuanto a que los ancianos deben ser activos y a la vez subordinarse a los otros.

En cuanto a roles que deben realizar están relacionados con el género donde lo asignado socioculturalmente mediatiza las acciones o atributos. En las mujeres se pronunciaron ideas que responden a los patrones tradicionales de lo aceptado en la convivencia social, se conciben actividades y acciones referidas al cuidado y satisfacción de las necesidades de los otros: de los hijos e hijas, familiares enfermos, o con alguna discapacidad, elaboración de alimentos, el cuidado de la higiene y embellecimiento de los espacios colectivos, en la atención de las

necesidades educativas, de salud y esparcimiento, pero no se evidencia conflicto entre lo asignado y lo asumido. Se debe entender la idea de un modelo social de la feminidad, que existe y persiste por factores económicos, políticos e históricos, sino también por factores ideológicos y culturales, los cuales regulan de cierta manera el deber ser.

En los hombres se enuncian actividades que reflejan la ideología patriarcal subyacente, como jefes de núcleo debiendo aportar algún ingreso económico, a través de la realización de alguna labor productiva (hacer jaulas, arreglar fogones o algún trabajo de carpintería).

Los adultos mayores se perciben activos, con relativa independencia para tomar decisiones, con deseos de vivir, de realizar proyectos y hacer cosas, con necesidad de ser útil y servir a la Revolución. Esto último visto en la incorporación de tareas políticas y de masas.

Expresaron que los que piensan como ellos son muchos, pero que otros no pueden por problemas familiares o de salud, lo que constituye una manifestación de las presiones sociales a que son sometidos por el resto de los integrantes de su grupo socio cultural.

Fue posible identificar en ellos puntos inconsistentes en todos los elementos que se corresponden con la estrategia sustentada del modelo de sistematización formativa propuesto, que se manifestaron en:

- ✓ El establecimiento rígido de una concepción de la salud como presencia o ausencia de enfermedades expresada en frases como: estoy enferma, soy hipertensa y perdí mi salud porque estoy diabético.
- ✓ La escasa comprensión de la realidad actual manifestada a través de frases como: La juventud está perdida o ahora todo está al revés y las cosas ya no son como antes, expresaron también su inflexibilidad ante los cambios al manifestar su deseo de que el resto de la familia asumiera patrones propios de su juventud en relación con la conducta, y los hábitos sociales de sus miembros.
- ✓ En la esfera familiar se expresaron insatisfacciones referidas a expectativas que tienen con los miembros de la familia, relacionadas con necesidades de comunicación, afecto, y también de tipo material. Evidente en frases como: Me consideran poco, me quieren menos que yo a ellos, no me atienden cuando hablo.
- ✓ Elementos depresivos relacionados con la no aceptación de su propia realidad manifestada en los criterios de ya no sirvo para nada, no sé para qué estoy aquí todavía.
- ✓ Se asocia esta etapa de la vida con pérdidas, compensando las mismas con el aporte que dan a la familia, debiendo ser útiles y se expresa la necesidad de poseer cualidades como: ser activos e independientes, se hace referencia a la necesidad de actuar y que el adulto mayor tendrá valor si puede hacer, incluso que: somos queridos y aceptados mientras

podamos ayudar y servir, y se reconocen rechazados e incluso vistos como una carga cuando no pueden ser autónomos, por enfermedades o discapacidades, llegando a expresar: quiero vivir mientras pueda servir y ayudar, sino prefiero morir.

- ✓ El contenido de los proyectos de vida en todos los sujetos era concerniente al mantenimiento de la salud física y la prolongación de la vida. Se encontraron proyectos estereotipados como “vivir 120 años” que privilegian el auto cuidado como forma de vivir más correspondiendo al área personal, pero fue interesante que tales deseos respondieran a otros proyectos de la esfera familiar y se evidencian cuando expresan: tener salud para ayudar a los hijos, lo que constituye un objetivo o meta necesaria para el logro de este proyecto de vida. Otro proyecto jerarquizado en el área familiar es mantener la armonía en el hogar, lo que pudiera interpretarse como un indicador de necesidades de afecto y comunicación.
- ✓ Hubo diferencias en el contenido de los proyectos de vida relacionados con el género. Se evidencia en que en los hombres se encuentran proyectos relacionados con la realización de labores productivas, haciendo referencia al desempeño de actividades que tengan una remuneración, así como continuar insertados en actividades políticas y sociales (presidente del club del danzón, continuar en su núcleo del Partido o participando de manera activa en los cursos de la Universidad del Adulto Mayor). Las mujeres coinciden en este último proyecto, pero estuvieron más relacionadas con la familia, en actividades como apoyar a los hijos para que

continúen superándose, y seguir viviendo y cuidando a su pareja, estas diferencias están relacionadas con el imaginario social de ser mujer y ser hombre, vinculado con patrones tradicionales de lo aceptado en la convivencia social.

Los resultados señalan la relación contradictoria existente entre el imaginario social que tienen los adultos mayores sobre la vejez, y sus aspiraciones personales. Sus valoraciones acerca del contexto que les rodea y de sí mismos así como sus criterios de salud relacionadas con la conceptualización de ésta, y la elaboración del proyecto de vida, expresan esa contradicción a través de las manifestaciones de sus sueños y desesperanzas. Se apreció diferencias en cuanto al significado de ser hombre o mujer. Los estereotipos de roles de género atraviesan los deseos y aspiraciones de los sujetos que envejecen, constatándose que los proyectos más referidos por hombres y mujeres responden a las asignaciones culturales hechas a la masculinidad y a la feminidad.

Se encontraron ideas en cuanto a que son estimulados a ser activos y participar en proyectos sociales, sin redimensionar las actividades que asumían teniendo que subordinarse a los intereses de las jóvenes generaciones, lo que genera carga psicológica. Se expresaron cualidades de cómo debe ser un adulto mayor, con el requisito de ser activo para ser aceptado y querido, teniendo que ser recurso de familia, de lo contrario sería ignorado y rechazado.

El área vital más implicada fue el familiar, demostrando que es la familia la red de apoyo social más importante y la esfera sociopolítica respondió a la necesidad de

continuidad social, en menor medida. En algunos estuvo presente el deseo de continuar insertados en grupos sociales.

Se intervino entonces, en cada caso a partir de los elementos diagnosticados y se desarrolló la aplicación parcial de la estrategia propuesta, sistematizando contenidos dirigidos a modificar las dificultades identificadas en las concepciones de salud integral, y en sus valoraciones del contexto que les rodea, haciendo énfasis en la relación saludable sujeto – contexto social, y en el significado de la conservación de los contactos grupales.

Se intervino en las relaciones familiares cuando se consideró necesario y se orientó el proceso hacia la revitalización de los vínculos entre sus integrantes, educando al resto de los miembros del núcleo familiar en la necesidad de una mayor acogida para el anciano y de promover su participación activa en la búsqueda de soluciones para los problemas comunes a todos a través de contenidos relacionados con el concepto de familia y sus valores esenciales.

Se promovió una autoimagen del adulto mayor como gestor de las soluciones a los problemas del diario vivir mediante la inclusión de contenidos dirigidos a estimular la re interpretación de sus demandas, profundizando en el conocimiento del contexto, de sus roles actuales y de la expectativa que manifestaron sus familiares y allegados acerca de su actividad futura, haciendo las correcciones oportunas en esas manifestaciones cuando fue necesario con el fin de modular las concepciones negativas presentes en sus respectivos imaginarios de la vejez.

Se estimuló un análisis individual de los casos con el fin de redimensionar sus capacidades de actuación, proponiendo actividades y tareas modeladas para estimular una respuesta dinámica ante las diversas situaciones planteadas y promoviendo una imagen realista de cada uno de ellos.

El proceso pedagógico desarrollado tuvo una evaluación sistemática en los encuentros sucesivos efectuados y a través de ella se pudo corroborar la transformación de las dificultades inicialmente identificadas, así como las modificaciones que eventualmente condicionaron el redireccionamiento de la estrategia individual proyectada para cada caso en particular.

Se efectuó una evaluación final, discutiendo primero en el equipo, y luego con cada uno de los sujetos implicados y con el grupo, los resultados del proceso pedagógico desarrollado, confirmándose una tendencia favorable del mismo en la mayoría de los casos. La validez de las conclusiones, especialmente al tratar de determinar causa y efecto, así como al evaluar las transformaciones alcanzadas, se derivó de la correspondencia entre los diferentes tipos de fuentes de datos y del descarte sistemático de explicaciones alternativas, externas al proceso estudiado. Para esta valoración se asumieron además, los indicadores y patrones de logros contruidos en la estrategia propuesta.

Concluido el proceso de análisis de la información se procedió a la elaboración de la primera versión del informe. Posteriormente se efectuó la discusión de este informe con los miembros del equipo multidisciplinario participante y con los sujetos implicados, modificando los aspectos pertinentes, de acuerdo con el



consenso del grupo, se elaboró el informe final y se incluyeron en él las reflexiones críticas sobre los resultados alcanzados.

Esta aplicación parcial de la estrategia propuesta evidenció su factibilidad de aplicación y corroboró una tendencia satisfactoria en los resultados obtenidos, en concordancia con los patrones de logro propuestos en la estrategia por lo que fue posible identificar en los casos estudiados:

- El diagnóstico de las necesidades y potencialidades basadas en la experiencia previa de los casos estudiados en la comunicación para el desarrollo del proceso.
- Un incremento de la relación de los casos estudiados con su contexto social y ecológico.
- El desarrollo de procesos reflexivos en los sujetos, sus familiares y los miembros de la comunidad implicados en el estudio.
- Una mejor interacción anciano – familia – comunidad.
- El incremento en la participación social de los sujetos estudiados.
- El aprovechamiento de las potencialidades del contexto en el proceso desarrollado con cada caso.

### **Conclusiones parciales del capítulo III**

- Los resultados alcanzados en el taller de socialización con especialistas evidenciaron consenso en la pertinencia científica del modelo y la estrategia propuestos, tanto desde el punto de vista epistemológico como

metodológico, reconocieron su novedad científica y significación práctica para contribuir al desarrollo de un envejecimiento saludable desde un proceso pedagógico de carácter permanente.

- La intervención pedagógica efectuada integró conocimientos esenciales en los casos incluidos en el estudio y actuó como catalizador para acelerar el aprendizaje de los contenidos del proceso de envejecimiento saludable. Este aprendizaje facilitó el afrontamiento de los casos a sus problemas de salud integral, contribuyendo así al incremento de su bienestar mediante un mejor manejo de dichos problemas de salud.

## **CONCLUSIONES GENERALES**

## **CONCLUSIONES GENERALES:**

La caracterización epistemológica y praxiológica del objeto y el campo de acción de esta investigación, así como el análisis de sus antecedentes históricos, revelaron insuficientes referentes teóricos y metodológicos que profundicen en la comprensión de la diferencia entre funcionalidad y resolutivez, lo que implica una argumentación aún insuficiente en el proceso educativo para una longevidad satisfactoria

Dichas inconsistencias, que tienen su expresión en la praxis social educativa, fueron reveladoras de la necesidad de significar a la sistematización pedagógica para un envejecimiento saludable desde la necesidad de promover y desarrollar la resolutivez del sujeto como aspecto esencial en el proceso pedagógico para una longevidad satisfactoria.

El modelo de sistematización formativa para un envejecimiento saludable propuesto, es contentivo de la relación contradictoria entre la autogestión formativa del sujeto que envejece y la sistematización pedagógica para su integración social mediante prácticas de vida saludables, lo que evidenció la pertinencia de esta vía hipotética construida en la valoración crítica de los fundamentos epistemológicos y praxiológicos del objeto y campo de acción de esta investigación.

El modelo revelado es expresión de la lógica integradora de la sistematización formativa para un envejecimiento saludable, que se dinamiza entre la valoración flexible de los cambios en el contexto y la autoafirmación educativa en prácticas de vida saludables. Ello se constituye en su regularidad esencial, como expresión de las relaciones de sistematización de la apropiación formativa en salud integral contextualizada y la de formación gerocultural sistematizada en prácticas de vida saludables.

De la lógica integradora entre las dimensiones del modelo, deviene la estrategia propuesta, que se operacionaliza a través de un sistema de acciones para contribuir a favorecer el desarrollo del proceso educativo para una longevidad satisfactoria que compromete de forma compartida a todos los sujetos sociales involucrados en él.

La relación lógico-dialéctica que se desarrolla a través de la interpretación cualitativa de los resultados alcanzados en la ejemplificación parcial de la estrategia propuesta a partir de estudios de casos, y en la valoración de la pertinencia de los principales resultados de la investigación realizada a través de un taller de socialización con especialistas, permitió corroborar y valorar la factibilidad del modelo y la estrategia propuestos, que favorecen el perfeccionamiento del proceso que se investiga, como una nueva alternativa científica.

Todo el proceso de fundamentación epistemológica y praxiológica del objeto y el campo investigado permitió llegar a la **reconstrucción epistemológica**, como

expresión de un nuevo modelo de sistematización formativa para un envejecimiento saludable, caracterizado por un alto nivel de abstracción y coherencia lógica en el objeto de investigación transformado. Ello sustenta la esencialidad de los aportes realizados, los cuales fueron corroborados y valorados científicamente y evidenciaron en la aplicación de la estrategia propuesta resultados satisfactorios, lo que es expresión de la significación social de los aportes científicos realizados.

## **RECOMENDACIONES**

## **RECOMENDACIONES:**

- Continuar profundizando en este estudio científico para revelar métodos pedagógicos particulares que dinamicen la especificidad de la formación permanente para un envejecimiento saludable, que asumiendo la lógica integradora del modelo propuesto, sea aplicable a un proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación de profesionales.
- Profundizar en la propuesta de diferentes alternativas científico-metodológicas para este proceso de formación permanente para un envejecimiento saludable, que permita su sistematización pedagógica en un proceso de aplicabilidad flexible en otras etapas de la vida y que garanticen una educación permanente durante toda la existencia humana.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adam, F. Universidad y educación de adultos.1972 [En línea] Disponible en: <http://www.crefal.edu.mx/~cvelez/rp01/tvi.htm> Fecha de consulta: Agosto 2004.
- Agramonte Albalat, B y otros. Percepción del aprendizaje desde el adulto Mayor. 2001 [En línea] Disponible en: [www.monografias.com](http://www.monografias.com) Fecha de consulta Marzo 2006.
- AIUTA. Status de L 'AIUTA. 2000 [En línea] Disponible en: <http://www.aiuta.asso.fr> Fecha de consulta Marzo 2006.
- Alarcón Vilandía, R. P. Suicidio en Ancianos. 2004 [En línea] Disponible en:[www.psiquiatria.org.co/enlace/tematicashtml.php?;d-temática=13&seccion=temas](http://www.psiquiatria.org.co/enlace/tematicashtml.php?;d-temática=13&seccion=temas) Fecha de consulta Septiembre 2006.
- Albala, C. y otros. Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) En: Rev. Panam. Salud Pública 2005 17(5/6) pp 307-22
- Alcalá, A. La praxis andragógica en los adultos de edad avanzada. 2000 [En línea] Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos6/prax/prax.shtml> Fecha de consulta: Mayo 2005.
- Alonso Galbán, P. y otros. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. En: Rev. Cubana Salud Pública. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana 2007. 33(1) pp168-90
- Álvarez Sintés, R. y col. Temas de Medicina General Integral. Cuarta Edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2004.
- Álvarez, L. y otros. Selección de lecturas sobre psicología de las edades y la familia. La Habana: Edit. Félix Varela. 2003.
- Anzola Pérez, E. y otros. La Atención a los Ancianos: Un desafío para los años noventa. Public. Cient. #546. OPS. Washington D C : OPS.1994
- Ballesteros, S. Envejecimiento Saludable: Aspectos Biológicos, Sicológicos y Sociales. España: Editorial Universitas – UNED .Universidad Nacional de Educación a Distancia. 2007.

- Barrios, R. O. La formación docente: Teoría y práctica. Centro de Informaciones pedagógicas. Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación. 2001.
- Barros Díaz, O. Escenarios Demográficos de la Población Cubana. 2000 – 2050. La Habana: Edit. Ciencias Sociales. 2005.
- Barton, M. La tercera edad feliz. Buenos Aires: Edit. San Pablo. 2001.
- Bedmar Moreno, M. y otros. Gerontagogía, educación en personas mayores. España: Editorial Universidad de Granada, 2004.
- Bell, J. Doing Your Research Project. UK: Open University Press. 2005.
- Bermejo García, L. Gerontología Educativa. Cómo Diseñar Programas Educativos con Personas Mayores. Madrid: Editorial Médica Panamericana. 2006.
- Butler, R.N. Lewis, M.I. Aging and mental health. 3<sup>rd</sup> ed. St. Louis: CV Mosby, 1982.
- Casado Marín, D. y López, G. Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Colección de Estudios Sociales. #6. Barcelona: Edit Fundación La Caixa, 2006.
- Casado, J. M. y Cruz Jentoft, A. J. Geriatria en Atención Primaria. Madrid: Edit. Aula Médica. 2002.
- Casares García, P. M. Ancianos: Problemática y propuesta educativa. Madrid: Edit. San Pablo. 2002.
- Cazau, P. Andragogía. (2002) [En línea]. Disponible en: <http://www.monografias.com> Fecha de consulta: septiembre 2005.
- CELADE. El Envejecimiento y las personas de edad. Chile: UNFPA. Naciones Unidas. 2009.
- CELADE. Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. Chile: Naciones Unidas. 2006.
- CEPAL. Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Madrid sobre envejecimiento. Chile: CEPAL .Naciones Unidas. 2004.

- Cerqueira, M.T. y otros. Promoción de salud: logros y lecciones aprendidas desde Ottawa hasta Bangkok. Washington DC. Documento de trabajo OPS/OMS. 2006.
- Charness, N. Aging and Human Performance. En: Human Factors Jun. 2008 50(3):548-55. [En línea] Disponible en: [www.nlm.nih.gov/](http://www.nlm.nih.gov/) Fecha de consulta: Enero 2010.
- Comfort, A. Say yes to old Age. New York: Crow publishers, Inc. 1990.
- CREFAL. L Tercera Edad, presencia social indiscutible. Imagen que existe, reflexión y cambios. En: Revista Decisio. Educación de Adultos Mayores # 15 Sep. – Dic. 2006.
- CUAM. Cátedras Universitarias del Adulto Mayor. Bases Teóricas. 2006 [en línea] Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/gericuba>. Fecha de consulta agosto 2007.
- CUAM. Programa del Curso Básico para el período 2005-2006. 2005 [En línea] Disponible en: [www.sld.cu/sitios/gericuba/](http://www.sld.cu/sitios/gericuba/) Fecha de consulta: mayo 2007.
- Cumming, E. New thoughts on the theory of disengagement. En: Kastenbaum, R. New thoughts on old age. New York: Springer- Verlag, 1964.
- D'Angelo Hernández O. Proyecto de Vida y desarrollo personal. Pensando en la personalidad. Edit. Félix Varela. Tomo 2. 2003. p. 117-119
- De la Cuesta, J. L. El maltrato de personas mayores. Guipúzcoa: Edit. Hurkoa Fundazioa, 2006.
- De Miguel, A. Los Mayores Activos. Madrid: SECOT. 2001.
- Díaz Díaz, C. B. Una propuesta para formar educadores de adultos: Programa de especialización en educación de adultos. 2000 [En Línea] Disponible en: <http://utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev17/diaz.html> Fecha de consulta: junio 2007.
- Díaz, A. Cómo somos los adultos mayores. La Habana: Conferencia Pedagogía APC. 2003.

- Duarte, A. Intact recollection memory in high-performing older adults and behavioral evidence. En J. Cogn. Neurosci. Jan; 18(1):33-47 2006.
- EAFIT. Diplomatura en saberes de vida. Colombia: Universidad EAFIT 2004.
- EBRI, Recent retiree's survey: Report of findings. En EBRI Issue Brief. Jul ; ( 319):1, 3-22. 2008.
- Eisdorfer. New Dimension and tentative theory. En Gerontologist. USA 7, 14 – 18 1967.
- Elosua, R. Actividad física. Un eficiente y olvidado elemento de la prevención cardiovascular, desde la infancia hasta la vejez. En Revista Española de Cardiología. 58: 887 – 890. 2005.
- Erickson, E. El ciclo vital completado. México. Paidós. 1993.
- Fainholc, B. Una experiencia para la construcción del conocimiento. CEDIPROE. 1999 [En línea] Disponible en: <http://www.mcy.e.gov.ar/hweb/proy/cedipro/adulto.htm>. Fecha de consulta: Noviembre 2009.
- Fercigla, J. M. Envejecer: Una Antropología de la Ancianidad. Barcelona: Edit. Herder 2002.
- Fernández – Ballesteros, R. Gerontología Social. España: Ediciones Pirámide. 2001.
- Fernández Portero, C. La Gerontagogía: Nueva Disciplina. Escuela Abierta, 3 (1999) pp.183- 198.
- Figueroa Enrique W. En aulas de la Universidad del Adulto Mayor 11000 alumnos. 2004 [En línea] Disponible en: [http:// www pagina digital.com.ar](http://www.pagina digital.com.ar). consulta agosto 2006.
- Fuentes González, H. Pedagogía y Didáctica de la Educación Superior. Ecuador: U.E.B. 2009.
- García González R. Suárez Pérez R. Dimensión educativa del cuidado de las personas con enfermedades crónicas. En Rev. Cubana Endocrinol. 12(3):178-87 2001.

- García Martín, M. A. Los talleres del ocio y el bienestar de nuestros mayores: Análisis de la experiencia malagueña. España: Consejería de Asuntos Sociales, delegación provincial de Málaga. 2002.
- García Simón, T. A. La educación del adulto mayor. Antecedentes y perspectivas. 2007 [En línea]. Disponible en: [www.psicologiacientifica.com](http://www.psicologiacientifica.com) Fecha de consulta: febrero 2010.
- Ghiso, Alfredo. Sistematización de experiencias en Educación Popular. En Memorias Foro Los contextos actuales de la Educación Popular. Fe y Alegría Regionales Medellín y Bello. Agosto 2001.
- Giraldo G. Interview with Pedro Orduñez, MD: Poverty, Development, & Chronic Disease from a Cuban Perspective. *MEDICC Review*. 22 Octubre 2007.
- González Ceinos, M. Depresión en Ancianos: Un problema de Todos. 2005 [En línea] Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17\\_4\\_01/mgi02401.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_4_01/mgi02401.pdf). Consulta julio 2007.
- Gonzalo, L. M. Tercera Edad y Calidad de Vida: Aprender a Envejecer. Barcelona: Edit. Ariel. 2002.
- Guirao, M. y Sánchez, M. La oferta de la Gerontagogía. Actas del Primer Encuentro Nacional sobre Programas Universitario para Mayores. Granada. Grupo Editorial Universitario. 1998.
- Guzmán, J. M. (2002). Impacto y Recomendaciones de la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento Madrid 2002. CELADE/División de Población de CEPAL. [En Línea] Disponible en: [http://www.cepal.org/celade/agenda/1/10761/jmguzman\\_julio02.pdf](http://www.cepal.org/celade/agenda/1/10761/jmguzman_julio02.pdf). Consultado: febrero 2006.
- Havighurst, J. Successful aging. In Williams RH, Tibbits C. Donahue. eds. Processes of aging, vol 1. New York: Atherton Press. 1963.
- Hernández Mojena G. La autoayuda en la preservación de la capacidad funcional del adulto mayor 2003 [En línea]. Disponible en:

<<http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEkuyZFAPeIqHejWzu.php>>

Fecha de consulta: junio 2006.

- Huenchuan, S. Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas. Chile. CEPAL. Naciones Unidas. 2009.
- Huenchuan, S. Escenarios futuros en políticas de vejez. Chile. CEPAL. Naciones Unidas. 2009.
- Imsero. Envejecer bien: Qué y cómo lograrlo. Madrid. Ediciones Pirámide. 2002.
- Iovanovich, M.L. La sistematización de la práctica docente en educación de jóvenes y adultos. Argentina. Universidad Nacional de La Plata. 2003.
- Jara, Oscar. Para Sistematizar Experiencias. Costa Rica. Edit. Alforja. 1994.
- Keller Keller, R. M. Orientación familiar y adulto mayor. En Geriatriet. ISSN 1575-3166 Vol. 3, Núm 2 , año 2001.
- Kitaj K. Retirement planning: show me (more than just) the money. En: Biomed Instrum Technol. Jul-Aug; 42(4):279-80, 2008.
- Knowles, M.: The Adult Learner: a neglected species. Cuarta edición. USA. Texas Golf Publishing Company. 1990.
- Landrove Rodríguez, O. y Gámez Berna, I. A .Transición epidemiológica y las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Las Américas y en Cuba: el Programa de intervención cubano. En Reporte Técnico de Vigilancia. Cuba. ISSN 1028-4338, Vol.10, No. 6, Noviembre-Diciembre, 2005.
- Lanzel, P. Roth, K. y Niggermann, W. Métodos de Enseñanza en la Educación de Adultos. Ecuador: CIESPAL. 1983.
- Leaf, A. Long-lived populations: extreme old age. USA. En Am. Geriatr. Soc. Aug; 30(8):485-7. 1982.
- Lehr, U. A Revolução da longevidade: impacto na sociedade, na família e no individuo. Brasil. Estudos interdisciplinares sobre o Envelhecimento. Vol. 1, p.7-36, 1999.

- Leichsenring, K. Providing integrated health and social care for older persons. A European Review. Viena. European Centre for Social Welfare Policy and Research. 2004.
- Lemeux, A. & Vellas, P. L'éducation Universitaire des personnes âgées. Montreal. Perspective (22) 1986.
- Li, C. y otros. Successful aging in Shanghai, China: definition, distribution and related factors. En Int. Psychogeriatr. 2006 Sep. 18(3):551-63. 2006
- Lidia, N.C. El adulto Mayor, el Anciano. 2002 [En línea] Disponible en: [www.psiconet.com/tiempo/monografias/anciano.htm](http://www.psiconet.com/tiempo/monografias/anciano.htm) Fecha de consulta: Agosto 2009
- Lièvre A. y otros. Educational differentials in life expectancy with cognitive impairment among the elderly in the United States. En J. Aging Health. Jun; 20(4):456-77. 2008
- Lowe, J. La Educación de Adultos. Perspectivas Mundiales. UNESCO. Ed. Sígueme 1976.
- Márquez A. "Andragogía: propuesta política para una cultura democrática en educación superior", Ponencia presentada en el Primer Encuentro Nacional de Educación y Pensamiento - 9 al 11 de julio de 1998 - Santo Domingo, República Dominicana. [En línea] Disponible en: [http://ofdp\\_rd.tripod.com/encuentro/ponencias/amarquez.html](http://ofdp_rd.tripod.com/encuentro/ponencias/amarquez.html). Consultado: mayo, 2006
- Martínez Pérez Teresita de J. La Universidad para los adultos mayores. 2004 [En línea] Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos15/universidad-mayores.html>. Fecha de consulta: agosto 2007.
- Melzer D, Izmirlian G, Leveille SG, Guralnik JM. Educational differences in the prevalence of mobility disability in old age: the dynamics of incidence, mortality, and recovery. En J. Gerontol. B Psychol. Sci. Soc Sci. Sep; 56(5):S294-301. 2001.
- Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, Marín C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio

comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. En Rev. Panam. Salud Pública. 17(5/6):353–61. 2005.

- Millán Calenti, J. C. Principios de Geriátría y Gerontología. Barcelona: Edit. Díaz de Santos. 2006
- MINSAP. Salud, bienestar y envejecimiento en las Américas Ministerio de Salud Pública. Cuba 2002 [En línea]. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/salud\\_bienestar\\_y\\_envejecimiento.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/salud_bienestar_y_envejecimiento.pdf)> Fecha de consulta: febrero 2006.
- Muñoz Tortosa, J. Psicología del envejecimiento. Madrid. Edit. Pirámide. 2001.
- Murga Menoyo, M. A. Guía Didáctica de Sistematización e Innovación Educativa. “Innovación Educativa”. Madrid: UNED. (2002).
- Neugarten, L. Personality in middle and late life. New York: Atherton Press, 1964.
- Obregón, O. Crecimiento y desarrollo de la Adulter. Teorías del desarrollo psicosocial. 2003 [En línea] Disponible en: <http://www.ar.geocities.com/laadulter>. Consultado: Abril, 2007.
- OMS. Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI .El reto de las enfermedades crónicas.2005. [En línea] Disponible en: [www.hqlibdoc.who.int/publications/2005/9243562800\\_spa.pdf](http://www.hqlibdoc.who.int/publications/2005/9243562800_spa.pdf). Fecha de consulta: Septiembre 2007.
- ONE. Envejecimiento de la Población Cubana. Centro de Estudios de Población y Desarrollo. La Habana: ONE. 2009.
- OPS. Aspectos Clínicos en la atención a los adultos mayores. OPS/OMS. Washington D.C. Fundación Novartis. 2001.
- OPS. La Salud en las Américas. Vol I. 2007 [En línea] Disponible en: <http://www.paho.org/hia/SAvol1esp.zip>. Fecha de consulta: Diciembre 2007.
- OPS/OMS Promover: Un estilo de Vida para las personas adultas mayores. 2002 [En Línea] Disponible en: [www.paho.org](http://www.paho.org) y en [www.bireme.br](http://www.bireme.br) Fecha de consulta: Julio 2006.



- Ordúñez García P.O. El control de las enfermedades crónicas no transmisibles en Cuba. En Rev. Cubana Salud Pública. La Habana: 32(2) 2006.
- Orosa Fraíz, T. Cátedras Universitarias de Adulto Mayor. Principales impactos. 2005 [En línea] Red Cubana de Gerontología y Geriatria. Disponible en: [www.sdl.cu/sitios/gericuba/](http://www.sdl.cu/sitios/gericuba/) Fecha de consulta: mayo 2008.
- Orosa Fraiz, T. Tercera Edad. En: Selección de lecturas sobre psicología de las edades y la familia. La Habana: Ed. Félix Varela. 2003.
- Owens, W. A.: Age and Mental Abilities: A second adult follow-up. En Journal of Education Psychology 57, 311- 325 1966.
- Pamies, T. La Aventura de envejecer. Barcelona: Edit Peninsula. 2002
- Peck, R. Psychological developments in the second half of life. In: Neugarten, B. ed. Middle Age and aging. Chicago: University of Chicago. 1978.
- Pérez-Castejóna, J. M. y otros. Prevención de la dependencia y envejecimiento saludable. Gerontología y Dependencia. En Boletín del Imserso. 2007. [En línea] Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/boletín/2007/numero-53/art-07-08-01.pdf>. Fecha de consulta: Agosto 2009.
- Peters J, y Daum I. Differential effects of normal aging on recollection of concrete and abstract words. En Neuropsychology. Mar; 22(2):255-61, 2008.
- Petriz, G. Curso Virtual de Educación para el Envejecimiento. 2003 [En línea] Disponible en: <http://www.psiconet.com/tiempo/educacion/index.htm>. consultado: octubre, 2006.
- Prevost, Marcel. El arte de aprender. Argentina. Espasa-Calpe, 1947.
- Ramírez Benítez, Y. Sentido de vida en la ancianidad. En Rev. Hosp. Psiquiátr. La Habana; 2(2):21-7, 2005.
- Regalado, P. J. Envejecimiento activo: un marco político. En: Rev. Esp. Geriatr. Gerontol; 37(S2):74-105, 2002.

- Rivera Porto, E. Los principios del aprendizaje en los adultos. [En línea] Disponible en: <http://www.msip.lce.org/erporto/cedu5230/00conten/index.htm>. Fecha de consulta: marzo 2006.
- Robertson, B.A. y Shonfield, D. Memory Storage and Aging Canadian En: Journal of Psychology. USA. (20)228 – 236, 1966.
- Rodríguez Cabrero, G. y Montserrat Codorniz, J. Modelos de atención sanitaria. Madrid: Imsero, 2002.
- Rodríguez Trujillo, N. La Sistematización de Consultas Educativas: Orientaciones para su desarrollo en contextos locales y regionales. En: Acción Pedagógica No. 16 Enero – Diciembre. Universidad Central de Venezuela, pp 162-73, 2007.
- Rojas Ocaña, A. J. y otros. Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. 2006 [En línea] Disponible en: [http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2006000100002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2006000100002&lng=es&nrm=iso) Fecha de consulta: Septiembre 2008.
- Rowe, JW. Kahn, RL. Human Aging: Usual and Successful. En: Science. 237: 143-149, 1987.
- Sanabria Ramos, G. Estrategias de Intervención. Folleto No 11. Maestría de Promoción y Educación para la salud. Ciudad de La Habana: ENSAP, 2006.
- Sanabria Ramos, G. Tendencias de la Promoción de Salud y la Educación para la Salud, en el mundo y en Cuba. Curso Introductorio de Dirección I. Ciudad de la Habana: Grupo GIESP. ENSAP, 2004.
- Sánchez Arias F. Aprendiendo a desaprender. 2004 [En línea] Disponible en: <http://www.geocities.com/Eureka/Enterprise/3932/Aprendiendo.html>. Consulta: agosto 2006.
- Sánchez Caro, J. La Vejez y sus mitos. 2002 [En línea] Disponible en: <http://www.member.fortunecity.es/roberto/texto/elarchivosociales.htm> Fecha de consulta: marzo 2009.

- Sánchez Martínez, E. La necesidad de confrontación para el enriquecimiento mutuo entre la Gerontología Educativa y la Gerontagogía. Pedagogía Social. En: Revista Interuniversitaria No. 8, Segunda Época, Diciembre 2001, pp. 135 – 159.
- Scaglia, H. y otros. Educación permanente no formal para adultos mayores. 2001 [En línea] Disponible en: <http://www.geragogia.net/generale/invechiamiento.html>. Consulta: mayo 2008.
- Scaglia, H. et Mammana, A. Formación de personal en residencias geriátricas. 2002 [En línea] Disponible en: <http://www.geragogia.net/generale/invechiamiento.html> Fecha de consulta: mayo 2008.
- Soria Boussy, R. El adulto como sujeto pedagógico. Trabajo presentado en el Congreso Latinoamericano de Educación Superior en el Siglo XXI. La Habana. 2003.
- Támer, N. El envejecimiento humano. Sus derivaciones pedagógicas. Méjico: Edit. Interamer-Organización de los Estados Americanos, 1995.
- Tate, R.B. Lah, L. Cuddy, T. E. Definition of successful aging by elderly Canadian Males: The Manitoba Follow-up Study. En: Gerontologist. Oct; 43(5):735-44, 2003.
- The RCS 2008 (Retirement Confidence Survey). Americans much more worried about retirement, health costs a big concern. U.S. EBRI Issue Brief, 2008.
- Topa Cantisano, G. Jubilación y envejecimiento activo: aspectos psicológicos y sociales (Código 127). Departamento de psicología social y de las organizaciones, Facultad de psicología. UNED. 2009 [En línea] Disponible en: <http://www.uned.es> Fecha de consulta: Marzo 2010.
- Umstattd, MR. y Hallam, J. Older adults' exercise behavior: roles of selected constructs of social-cognitive theory. En: J. Aging Phys. Act. Apr; 15(2):206-18. 2007.

- United Nations. World population ageing: 1950–2050. New York: 2002. [En línea]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos17/envejecimiento.html> Fecha de consulta: febrero 2006.
- Universidad de Alicante. Programa Aula Abierta de la Universidad Permanente. 2004 [En línea] Disponible en: [www.ua.es/es](http://www.ua.es/es) Fecha de consulta: Mayo 2005.
- Universidad de Arequipa Aula del Saber 2003 [En línea] Disponible en: [www.aciprensa.com](http://www.aciprensa.com) Fecha de consulta: Dic. 2008.
- Universidad de Valparaíso. La tercera edad vuelve a clases. En: Unidad de programas especiales de la Universidad de Valparaíso. Chile: Año 17, No 60123, Agosto 2002.
- Universidad Maimónides. 2004 [En línea] Disponible en: <http://weblog.maimonides.edu.gerontologia2004/archives> Fecha de consulta: Noviembre 2006.
- Vega García, E. Longevidad Satisfactoria de la Población Cubana. Monografía. Maestría de Amplio Acceso Longevidad Satisfactoria. Módulo 11.CD – ROM. 2004
- Vigotsky, L. S.: Investigaciones psicológicas selectas. El Pensamiento y el lenguaje. Problemas del desarrollo psicológico del niño. Moscú: Edit. Academia de Ciencias Pedagógicas, 1956.
- Wechsler, D. The Measurement and Appraisal of Adult Intelligence, US: Ed. Bailliere, Tuidall and Cox. N.Y, 1958.
- Wetle TF. The oldest old: missed public health opportunities. En: Am. J. Public. Health. Jul; 98(7):1159, 2008.
- Wolff, L. El Aprendizaje para toda la Vida para estudiantes de la Tercera Edad. Inter – Regional Consultation on Ageing of the Population. 2001 [En Línea]. Disponible en: <http://www.monografias.com> Fecha de consulta: Junio 2007.

- Wong R, y otros. Auto informe de salud general en adultos mayores de América Latina y el Caribe: su utilidad como indicador. En: Rev. Panam. Salud Pública .17(5/6):323-32, 2005.
- Yonelinas AP, Widaman K, Mungas D, Reed B, Weiner MW, Chui HC. Memory in the aging brain: doubly dissociating the contribution of the hippocampus and entorhinal cortex. En: Hippocampus. 17(11):1134-40. 2007.
- Ysern de Arce, J. L. Educación y envejecimiento. 2002 [En línea] Disponible en : [www.ubiobio.cl/](http://www.ubiobio.cl/) Fecha de consulta: marzo 2010.
- Zolotow, D. M. Los devenires de la ancianidad. Buenos Aires. Edit Lumen. 2002.

## **ANEXO 1**

### **ENTREVISTA A ALUMNOS Y PROFESORES DE LA UAM (MANIFESTACIONES EXTERNAS)**

- 1.- ¿Qué es para Usted una vejez saludable?
- 2.- ¿Considera Usted que es posible alcanzar una vejez saludable?
- 3.- Según su criterio, ¿Cuáles son las características que debe poseer un adulto mayor para ser considerado saludable?
- 4.- ¿Qué entiende usted por vida social activa?
- 5.- ¿Cómo valora usted la posibilidad de mantener una vida social activa en la vejez?
- 6.- ¿Qué debería hacer un adulto mayor para mantener una vida socialmente activa?
- 7.- ¿Cree usted que los adultos mayores conservan capacidades suficientes para dar solución a los problemas de la vida cotidiana?
- 8.- ¿Qué capacidades debe poseer un adulto mayor para solucionar los problemas de la vida diaria?
- 9.- ¿Qué opina usted acerca de la capacidad de los adultos mayores para comprender y para interpretar los cambios que se producen en la sociedad y en el medio ecológico en que viven?

**ANEXO 2**  
**GUIA DE OBSERVACIÓN A LAS ACTIVIDADES DIRIGIDAS A LOS ALUMNOS**  
**EN LA UNIVERSIDAD DEL ADULTO MAYOR**  
**(MANIFESTACIONES EXTERNAS)**

- Utilización de los conceptos relacionados con la salud en la vejez.
- Desarrollo de los contenidos y su relación con las representaciones sociales de la vejez.
- Ejecución de actividades durante el proceso educativo dirigidas al desarrollo de los adultos mayores, desde una concepción integral que tome en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y ecológicos de éste.
- Aplicación de teorías que contribuyan al sustento de la educación permanente para un envejecimiento saludable.
- Tratamiento metodológico dirigido a la consecución de una longevidad satisfactoria.
- Aplicación de los conceptos de salud integral, integración social participación, autodesarrollo y proyectos de vida, en la orientación de actividades prácticas.

### **ANEXO 3**

#### **ENTREVISTA A LOS ALUMNOS Y PROFESORES DE LA UNIVERSIDAD DEL ADULTO MAYOR**

(CARACTERIZACIÓN DEL ESTADO ACTUAL DEL CAMPO DE ACCIÓN)

- 1.- ¿Cómo se valora Usted a sí mismo?
- 2.- ¿Cómo califica usted sus capacidades para resolver las dificultades?
- 3.- ¿Qué utilidad tiene lo que aprendió durante la vida?
- 4.- ¿Siente usted que aprovecha todo lo que aprendió durante la vida?
- 5.- ¿Está dispuesto para aprender algo nuevo aunque vaya en contra de lo que ya sabía?
- 6.- ¿Se siente capaz de participar con los demás en la solución de los problemas de la vida?
- 7.- ¿Qué opina de los jóvenes?
- 8.- ¿Cómo se relaciona con ellos?
- 9.- ¿Qué opina de la vejez?
- 10.- ¿Cómo son los ancianos?
- 11.- ¿Qué opinión tiene de la vida de hoy?
- 12.- ¿Qué cree Usted de los cambios que se van produciendo en la vida, en general?
- 13.- ¿Qué opina su familia acerca de su asistencia a clases ahora?



**ANEXO 4**  
**GUIA DE OBSERVACIÓN**  
(CARACTERIZACIÓN DEL ESTADO ACTUAL DEL CAMPO DE ACCIÓN)

- Formas de organización de la enseñanza utilizadas.
- Estrategias educativas empleadas en función de las características, morfo funcionales, psicológicas y sociales de los adultos mayores.
- Influencia de las representaciones sociales de la vejez en la exposición de los contenidos por parte de los gestores educativos.
- Utilización de los conocimientos, habilidades, valores y experiencias previas de los adultos mayores en el desarrollo del proceso formativo.
- Existencia de vínculos entre los gestores educativos, los adultos mayores, sus familiares y su contexto social durante el desarrollo de las actividades formativas.

## ANEXO 5

### MINI MENTAL TEST DE FOLSTEIN

Puntuación máxima	Puntuación paciente	ITEMS
		<b>ORIENTACIÓN</b>
5		¿Cuál es el año, estación, fecha, día, mes?
5		¿Dónde estamos: país, provincia reparto, edificio, piso?
		<b>FIJACIÓN</b>
3		Nombre tres objetos en tres segundos. Pregúnteselos al paciente, dele un punto por cada respuesta correcta, luego repítalos hasta que los aprenda
		<b>CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO</b>
5		Restar 100 menos 7, repetir la resta del resultado anterior hasta restar cinco veces. Un punto por cada respuesta correcta.  Alternativa: Deletrear la palabra <b>mundo</b> al revés. Un punto por cada letra correcta
		<b>MEMORIA</b>
3		Pregúntele los tres objetos aprendidos anteriormente. Un punto por cada respuesta correcta.
		<b>LENGUAJE</b>
2		Nombrar un lápiz y un reloj. Un punto por cada respuesta correcta
1		Repetir: "Ni si ni no ni peros"
3		Seguir una orden de tres pasos: Tome un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y

		póngalo en el suelo.
2		Leer en una lámina y obedecer la orden siguiente: Cierre los ojos. Escribir una frase.
1		Copiar el dibujo impreso

**Evaluación:**

Máximo posible de puntos: 30

Más de 24 puntos: Normal

24 puntos o menos: Demencia o depresión

## ANEXO 6

### ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

	SI	NO
1.- ¿Está básicamente satisfecho con su vida?		<b>x</b>
2.- ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	<b>x</b>	
3.- ¿Siente que su vida está vacía?	<b>x</b>	
4.- ¿Se encuentra a menudo aburrido?	<b>x</b>	
5.- ¿Tiene mucha fe en el futuro?		<b>x</b>
6.- ¿Tiene molestias por pensamientos que no puede sacarse de la cabeza?	<b>x</b>	
7.- ¿Tiene a menudo buen ánimo?		<b>x</b>
8.- ¿Tiene miedo de que algo malo le esté pasando?	<b>x</b>	
9.- ¿Se siente feliz muchas veces?		<b>x</b>
10.- ¿Se siente a menudo abandonado?	<b>x</b>	
11.- ¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	<b>x</b>	
12.- ¿Prefiere quedarse en casa que salir y hacer cosas nuevas?	<b>x</b>	
13.- ¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	<b>x</b>	
14.- ¿Encuentra que tiene problemas de memoria más que la mayoría?	<b>x</b>	
15.- ¿Piensa que es maravilloso vivir?		<b>x</b>
16.- ¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	<b>x</b>	
17.- ¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	<b>x</b>	
18.- ¿Está muy preocupado por el pasado?	<b>x</b>	
19.- ¿Encuentra la vida muy estimulante?		<b>x</b>
20.- ¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	<b>x</b>	
21.- ¿Se siente lleno de energía?		<b>x</b>
22.- ¿Siente que su situación es desesperada?	<b>x</b>	
23.- ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	<b>x</b>	
24.- ¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	<b>x</b>	
25.- ¿Frecuentemente tiene ganas de llorar?	<b>x</b>	
26.- ¿Tiene problemas para concentrarse?	<b>x</b>	
27.- ¿Se siente mejor por la mañana al levantarse”?		<b>x</b>
28.- ¿Prefiere evitar las reuniones sociales?	<b>x</b>	
29.- ¿Es fácil para usted tomar decisiones?		<b>x</b>
30.- ¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?		<b>x</b>

**Evaluación:** Sumar un punto por cada respuesta marcada en negrita

Normal: de 0 a 10 puntos

Depresión menor: de 11 a 14 puntos

Depresión mayor: más de 15 puntos

## ANEXO 7

### (ESTUDIOS DE CASOS)

#### **CASO #1:**

##### **DATOS GENERALES:**

Edad: 77 años

Sexo: Femenino

Nivel educacional: Educación media superior completa

Motivo del estudio: Trastornos del sueño

Actitud ante la entrevista: Cooperativa

Aspecto general: Pulcramente vestida y arreglada.

##### **VALORACIÓN INTEGRAL:**

Historia actual: Refiere insomnio post dormicional, malestares poco precisos, anorexia moderada, irritabilidad y ansiedad, a partir de la salida para cumplir misión internacionalista de una nieta hace cuatro meses. Asistió a su consultorio en tres ocasiones y se le prescribió un sedante recomendándole que “tomara el asunto con calma“. Como no mejora acude a esta consulta por decisión propia.

APP Hipertensión arterial, rinitis alérgica.

APF: Hermana hipertensa.

Examen físico: No datos positivos al examen. Tensión arterial normal.

Complementarios. Imprescindibles de laboratorio dentro de límites normales

##### **Ambiente familiar:**

Composición de la familia: anciana, y una nieta ahora ausente.

Relaciones entre los integrantes del núcleo familiar: Ahora vive sola, pues vivía con la nieta. Posee dos hijos, la madre de la nieta en cuestión, residente en otro reparto, casada con su segundo esposo con quien la paciente no congenia, y un hijo que vive fuera de la localidad, y se comunica muy poco con ellos. Al explorar a la paciente, ésta expresa dudas acerca de la seguridad de su nieta y rechaza el viaje argumentando que era innecesario.

Opinión del funcionamiento familiar: Manifiesta sentimientos de abandono por parte de sus hijos. Centra toda su atención en la nieta ausente. Se detecta además una relación poco gratificante con su hija, quien trabaja en un horario rotativo y nunca asumió la responsabilidad de la crianza de su hija. Considera que: *ahora todo está al revés.*

**Situación socio política:**

Participación social: Tiene escasas amistades y se vincula poco al grupo social.

Actitud hacia los otros: Fuerte tendencia a la crítica, se muestra intolerante.

Redes de apoyo: No mantiene vínculos efectivos con redes formales ni informales.

**Actividad laboral:** Jubilada.

Ocupación actual: Sólo actividad doméstica.

Historia laboral: Se desempeñó como oficinista durante toda su vida laboral. No expresa entusiasmo al recordar aquella actividad.

Jubilación: A pesar de referir que *se sintió aliviada al jubilarse*, señala que en ocasiones *echa de menos su trabajo.*

**Empleo del tiempo libre:**

Aficiones e intereses: Le gustan las novelas, la computación, la música y el baile.

Participación en actividades recreativas: Fundamentalmente la televisión.

Otras actividades: Participa sólo muy eventualmente en actividades de su CDR.

**Relaciones amorosas:**

Existencia de pareja estable: Viuda, sin pareja ahora.

Satisfacción con su vida amorosa: Refiere que mantuvo un matrimonio satisfactorio. No ha iniciado otra relación. Refiere que: *ya esa época pasó.*

**Componente cognitivo:** Mini mental dentro de parámetros normales.

**Componente afectivo:** Test de Yesavage que refleja depresión moderada.

**Componente regulador de la conducta:**

Planes y proyectos: No se identifican planes ni proyectos concretos.

Organización de sus actividades en el tiempo: Su ritmo de actividades está marcado por la vida doméstica.

### **Resumen de los problemas de salud:**

Se evaluó por el equipo y se evidenció un cuadro depresivo-ansioso originado por el mal procesamiento de la salida al exterior de la nieta. Expresa escaso interés por su vida y no posee proyectos para ella.

### **DIAGNÓSTICO EDUCATIVO**

Necesidades de aprendizaje relacionadas con la comprensión de los cambios en el contexto, con la reinterpretación de su realidad actual y con la elaboración de proyectos de vida.

**DIAGNÓSTICO INTEGRAL:** Anciana sola en estos momentos, muy ansiosa por el alejamiento de la nieta, con marcados rasgos depresivos. Redes de apoyo social pobres e inefectivas. Hipertensa compensada, rinitis alérgica ahora asintomática.

### **PLAN DE ACCIÓN.**

Se cita para seguimiento con el equipo. Se propicia el reconocimiento de las circunstancias que rodean el evento problema (el viaje de la nieta) y su aceptación por parte de la paciente, así como la identificación de sus potencialidades actuales para desarrollar una vida activa y satisfactoria. Se envía la socióloga para el manejo de la relación con sus hijos.

**EVALUACIÓN Y DISCUSIÓN** La paciente, no portadora de patologías orgánicas, manifiesta malestares asociados al cuadro depresivo ansioso que desaparecen a los tres meses de iniciada la terapia, sin el uso de psicofármacos. Se estimula la elaboración de un proyecto de vida mediante la matrícula de un curso de computación y la vinculación a actividades sociales relacionadas con sus intereses personales, en este caso un club de danza. La relación con su hija mantiene un distanciamiento moderado, pero se ha producido una discreta reducción en las tensiones. No se logra acercamiento por parte del hijo. Se logra la remisión de síntomas a través de un acercamiento a las circunstancias relacionadas con la profesión de su nieta y dirigiendo el interés de la paciente hacia los aspectos antes señalados de su vida personal. La distensión de la relación con su hija contribuye a su mejoría. Un correcto manejo de los elementos de la realidad externa y sus concepciones de salud integral, asociados a la elaboración de un proyecto de vida resultan factores determinantes en la recuperación de la salud integral en este caso. Al finalizar la investigación el caso es dado de alta muy mejorado.

## **CASO # 2**

### **DATOS GENERALES:**

Edad: 57 años.

Sexo: Femenino.

Nivel educacional: Educación técnica media.

Motivo del estudio. Nerviosismo y llanto frecuente.

Actitud ante la entrevista: Reservada

Aspecto general: Aunque viste adecuadamente, se aprecia un escaso cuidado del cabello y falta de los accesorios característicos de una mujer de su edad.

### **VALORACIÓN INTEGRAL:**

Historia Actual. Hace 14 meses se le diagnostica al esposo una enfermedad de Alzheimer de evolución acelerada que lo ha llevado a la pérdida sustancial de relaciones interpersonales y a una dependencia casi absoluta de los cuidados que le brinda la paciente, quien enfatiza extremadamente en dichos cuidados. Desde entonces duerme poco y se levanta cansada. Plantea que: *no dispone de tiempo para nada* y que *su vida se ha convertido en un infierno*. Acude a consulta como cuidadora de su esposo y no como paciente. Al ser interrogada de rutina acerca de su salud como cuidadora, refiere antecedentes de hipertensión arterial desde hace unos 10 años que se mantiene compensada con dieta y diuréticos. Al explorar su valoración acerca de la propia salud, ella se percibe sana y plantea que: *su presión está bien*, como prueba de ello, sin embargo, muestra signos de depresión evidentes como llanto fácil, y angustia ante la situación que atraviesa con el esposo. Manifiesta inquietud a través de movimientos constantes con las manos, y en el asiento. Al explorar su valoración de las circunstancias que atraviesa, se muestra poco precisa en sus criterios sobre su vida actual y sobre su futuro evidenciándose la ausencia de proyectos excepto cuidar al esposo lo que califica como: *una obligación*.

APP: Hipertensión Arterial.

APF: Padre fallecido, hipertenso.

Examen físico: Como datos positivos, se corrobora una tensión arterial ligeramente elevada.



Complementarios: Dentro de parámetros normales, excepto el colesterol algo elevado.

### **Ambiente familiar:**

Composición de la familia: Vive sola con su esposo. Tiene una hija casada que reside relativamente cerca, pero que no visita a menudo por tensiones entre su esposo y el esposo de ésta. Posee dos hermanas que mantienen una relación satisfactoria con ella, pero a las cuales visita poco.

Relaciones entre los integrantes del núcleo familiar: Relación armónica, pero muy compleja desde el diagnóstico de la enfermedad del esposo.

Opinión del funcionamiento familiar: La percibe como satisfactoria, pero se siente: *muy encerrada en la casa*

### **Situación socio política:**

Participación social: Muy pobre en estos momentos.

Actitud hacia los otros. Tendencia al aislamiento.

Redes de apoyo: Mantiene vínculos con escasas amistades.

### **Actividad laboral:**

Ocupación actual: Labores domésticas.

Historia laboral: Técnica de economía. Conoció al esposo al iniciar su trabajo y trabajaron juntos desde entonces hasta la jubilación de ambos. Se refiere al trabajo como una experiencia agradable en su vida

Jubilación: Libremente decidida, la aceptó sin dificultades.

### **Empleo del tiempo libre:**

Aficiones e intereses: Pasear y visitar amistades.

Participación en actividades recreativas: Limitada por la salud del esposo

Otras actividades: Cultiva plantas ornamentales.

### **Relaciones amorosas:**

Existencia de pareja estable: Casada

Satisfacción con su vida amorosa: Se manifiesta muy satisfecha con su relación de pareja, sólo expresa pesar por la enfermedad de su esposo.

**Componente cognitivo:** Mini mental normal

**Componente afectivo:** Test de Yesavage que muestra depresión moderada.

**Componente regulador de la conducta**

Planes y proyectos: Su único proyecto definido es cuidar al esposo. No se plantea proyectos de vida personal.

Organización de sus actividades en el tiempo: Estrictamente en función de las necesidades de su esposo, al que atiende constantemente. Manifiesta que le gustaría: *seguir haciendo cosas y aprendiendo algo nuevo.*

**DIAGNÓSTICO EDUCATIVO:** Necesidades de aprendizaje relacionadas con el reconocimiento de la situación puntual que enfrenta, su realidad personal y la elaboración de proyectos de vida. Participación social casi nula.

**DIAGNÓSTICO INTEGRAL:** Paciente hipertensa compensada, con una reacción situacional evidente, originada por el conflicto generado con la enfermedad del esposo, que se expresa a través de un cuadro depresivo ansioso, núcleo familiar pequeño y en crisis por la enfermedad de su esposo.

**PLAN DE ACCIÓN.** La trabajadora social hace una visita a la hija y a las dos hermanas que manifiestan que ella se ha alejado desde que el esposo enfermó. Se trabaja en el acercamiento entre los familiares y se obtiene algún resultado en ello, expresado en un aumento de los contactos entre hermanas. Se estimula a la paciente a organizar sus actividades dirigiendo su atención hacia sí misma y su familia sin descuidar la atención del esposo, lo que se logra a través del inicio de actividades en el círculo de abuelos correspondiente y el cultivo de plantas ornamentales que había abandonado. Se logra la comprensión de que su salud está afectada y que requiere un tratamiento esencialmente no farmacológico. Se cita a re consultas junto con su esposo, se logra una mejor aceptación de la enfermedad de éste y la comprensión del proceso como evento circunstancial no evitable. Se hace énfasis en la necesidad de cuidar de sí para cumplir su rol de cuidadora debidamente y acepta ser evaluada por el equipo. Los resultados del estudio demuestran una depresión moderada y carencia de apoyo social por alejamiento de su hija y sus hermanas ante el evento de salud del actual esposo que no es el padre de la hija y no ha sido bien aceptado por ella nunca.

## **EVALUACIÓN Y DISCUSIÓN.**

Al cabo de cuatro consultas, se evidencia la mejoría y se restablece el horario de sueño normal. Se hacen recomendaciones relacionadas con la dieta, el ejercicio y las cifras de colesterol y se mantiene en consulta de su policlínico. Llega a priorizar debidamente su cuidado sin abandonar la atención del esposo enfermo. Se incrementa el vínculo con sus hermanas e hija. Se hizo evidente una pobre percepción de sus problemas de salud sicosocial y de su carencia de un proyecto de vida debidamente estructurado. El trabajo educativo la condujo a valorar mejor sus dificultades y a participar en la reorganización de sus actividades promoviendo el acercamiento entre los familiares y estimulándola a organizar mejor un proyecto personal sin descuidar la enfermedad de su esposo. Se alcanzó una mejor percepción de sus problemas de salud y se propició una correcta valoración de la realidad circundante y de su propia realidad con cual se facilitó el inicio de la construcción de un proyecto de vida.

### **CASO #3**

#### **DATOS PERSONALES:**

Edad: 70 años.

Sexo: Femenino.

Nivel educacional: Universitario.

Motivo del estudio: Molestias abdominales y diarreas frecuentes.

Actitud ante la entrevista: Inquieta.

Aspecto general: Viste correctamente, Cabello ordenado, limpia.

#### **VALORACIÓN INTEGRAL:**

Historia Actual: Colítica conocida, diagnosticada hace seis años Refiere que desde hace un año aproximadamente viene presentando irregularidad constante en su hábito intestinal caracterizada por deposiciones escasa en cantidad pero en número de cinco a seis diarias, acompañadas de distensión abdominal y cólicos ocasionales, así como sensación de decaimiento. No otros síntomas. Lleva tratamiento con salazo sulfa piridina desde su diagnóstico de forma irregular, y se había mantenido compensada con él. Manifiesta que: *necesita tener salud para ayudar a su hija*. La exploración de las esferas sicológicas y social demuestra la existencia de un estrés mantenido por algo más de un año que está en relación con el abandono del trabajo de una hija, paciente siquiátrica, que según la paciente: *dejó de trabajar por problemas entre sus compañeros de trabajo, no relacionados directamente con ella*. Se evalúa en el colectivo y se identifica un pobre reconocimiento de sus necesidades de cuidado personal y de la relación entre el estrés y la descompensación de su enfermedad crónica. La paciente no acepta la enfermedad de su hija y rechaza la relación entre la enfermedad de ésta y su conducta laboral. Se cita a la hija a consulta y se comprueba una enfermedad siquiátrica mayor y abandono del tratamiento por parte de ésta. Se remite a siquiatría.

APP: Colitis referida.

APF: No conoce detalles.

Examen físico. Se evidencia un abdomen algo distendido y sensible en todo el marco cólico.

Complementarios. Complementarios imprescindibles dentro de límites aceptables.

**Ambiente familiar:**

Composición de la familia: Vive sola con su esposo.

Relaciones entre los integrantes del núcleo familiar: Relaciones estables y armónicas.

Opinión del funcionamiento familiar: Le preocupa en extremo la estabilidad de su única hija, paciente siquiátrica crónica, quien vive con su esposo y que frecuentemente se descompensa de su enfermedad de base.

**Situación socio política:**

Participación social: Vinculada a las organizaciones de masa. Participa activamente en las actividades sociales de su barrio.

Actitud hacia los otros: Algo Reservada.

Redes de apoyo: Cuenta con un grupo de vecinos y amigos que colaboran con ella cuando lo necesita.

**Actividad laboral:**

Ocupación actual: Realiza las actividades domésticas y cultiva plantas en su patio.

Historia laboral: Ejerció el magisterio durante 41 años y expresa satisfacción por ello.

Jubilación: Decidió la jubilación por sí misma. Señala que inicialmente se desorientó en cuanto al empleo del tiempo pero en un período breve logró organizar de nuevo su vida, aunque se evidencia que lo hizo sólo en torno al cuidado y apoyo de la hija.

**Empleo del tiempo libre:**

Aficiones e intereses: Le gustan las plantas ornamentales.

Participación en actividades recreativas: Cultiva plantas y es miembro de la asociación de aficionados a la botánica.

Otras actividades: No.

**Relaciones amorosas:**

Existencia de pareja estable: Casada.

Satisfacción con su vida amorosa: Expresa satisfacción con su relación actual.

**Componente cognitivo:** Mini mental dentro de límites normales.

**Componente afectivo:** Test de Yesavage normal.

### **Componente regulador de la conducta**

Planes y proyectos: Sus planes giran en torno a la vida doméstica y a dar apoyo a su hija.

Organización de sus actividades en el tiempo: Se limita a las actividades domésticas y al cuidado de sus plantas. Eventualmente sale de su casa con el esposo.

**DIAGNÓSTICO EDUCATIVO:** Necesidad de identificar su vida personal de modo independiente y de desarrollar actividades acordes con sus intereses. Necesidad de comprender la relación entre su salud física y su salud sico social como un todo. Pobre comprensión de la enfermedad mental de la hija.

**DIAGNÓSTICO INTEGRAL:** Colitis Inespecífica descompensada por un cuadro de estrés mantenido. Ausencia casi total de proyectos de vida. Relaciones sociales muy limitadas. Equilibrio sico afectivo precario.

**PLAN DE ACCIÓN:** La paciente es atendida por la sicóloga y se hace tratamiento educativo en relación con su propio cuidado, estimulando además su participación en actividades sociales y se estimula su vinculación a la Universidad del adulto mayor, a punto de ser abandonada después de matricular. Se hace educación para la salud y se insiste en la relación de sus descompensaciones con el estrés. Se explica la evolución de la enfermedad de la hija y se promueve la aceptación del cuadro por parte de la madre. No se modifica el tratamiento farmacológico de base y sólo se insiste en su cumplimiento regular; se indica anti espasmódicos de modo sintomático. El cuadro clínico inicial, que motivó la consulta desaparece en menos de tres meses y la paciente es dada de alta de la consulta y se remite, mejorada a seguimiento por Gastroenterología.

**EVALUACIÓN Y DISCUSIÓN:** Adulta mayor que resulta poco capaz de reconocer la salud personal como una unidad multidimensional. Orienta su vida en función de su hija sin prestar atención a su cuidado como persona. Se alcanzaron resultados satisfactorios mediante la intervención educativa que hizo posible el reconocimiento de sus necesidades personales y de la relación entre sus manifestaciones clínicas y su estado emocional a partir de un mejor conocimiento de la enfermedad de su hija.

## **CASO # 4:**

### **DATOS PERSONALES:**

Edad: 69 años.

Sexo: Masculino.

Nivel educacional: Universitario.

Motivo del estudio: Profesor universitario que acude a consulta solicitando orientación y ayuda para tomar decisiones con el momento de su jubilación.

Actitud ante la entrevista: Ansioso.

Aspecto general: Viste adecuadamente, limpio y peinado.

### **VALORACIÓN INTEGRAL:**

Interrogatorio: Asintomático. Sin antecedentes de trastornos de salud relevantes. Se muestra inquieto por la cercanía de su jubilación y manifiesta temores ante la posibilidad de este evento que considera: *difícil de asimilar para él*. Le preocupa *que se vaya a quedar sin nada qué hacer, y que no vaya a soportar la permanencia en su casa todo el día*, pero reconoce que *el momento se acerca*. El paciente se plantea a sí mismo la cercanía de la jubilación y reconoce en ella un evento de riesgo que relaciona con la inactividad y la pérdida de su rol como trabajador. Refiere que: *necesita ser activo e independiente, que quisiera mantenerse útil y servir a la Revolución otro poco*.

APP: No patologías previas.

APF: Madre fallecida / cáncer, Padre fallecido / Tuberculosis.

Examen Físico: Paciente aparentemente sano en el que no se detectan signos ni síntomas de patología orgánica alguna.

Complementarios. Imprescindibles de laboratorio dentro de límites normales.

### **Ambiente familiar:**

Composición de la familia: Vive con su esposa, un hijo y su nuera.

Relaciones entre los integrantes del núcleo familiar: Armónicas y sin dificultades importantes.

Opinión del funcionamiento familiar: Considera que es bueno.

### **Situación socio política:**

Participación social: Vinculado a su centro de trabajo, integrado a las tareas de la Revolución.

Actitud hacia los otros: se muestra comunicativo y dispuesto al diálogo.

Redes de apoyo: Cuenta con familiares y amigos que le prestan ayuda cuando la necesita.

### **Actividad laboral:**

Ocupación actual: Profesor Universitario.

Historia laboral: Trabaja en la Educación Superior desde hace más de 40 años.

Jubilación: Es el origen de sus dificultades y no la acepta.

### **Empleo del tiempo libre:**

Aficiones e intereses: Lee y le agrada el cine.

Participación en actividades recreativas: Participa en las actividades que organizan sus compañeros de trabajo. Está poco dispuesto a la búsqueda de distracciones fuera de su rutina, pero no está acostumbrado a ello y ofrece resistencia al cambio.

Otras actividades: Le gusta la fotografía y eventualmente la practica.

### **Relaciones amorosas:**

Existencia de pareja estable: Casado.

Satisfacción con su vida amorosa: Refiere que lleva una relación de pareja estable y satisfactoria.

**Componente cognitivo:** Mini mental dentro de límites normales.

**Componente afectivo:** Escala de Yesavage que no evidencia depresión.

### **Componente regulador de la conducta**

Planes y proyectos: Sus planes se expresan en términos laborales. No es capaz de reconocerse jubilado y en el desarrollo de otras actividades.

Organización de sus actividades en el tiempo. El trabajo absorbe totalmente su tiempo.



**DIAGNÓSTICO EDUCATIVO:** No identifica otras actividades posibles diferentes de las relacionadas con su trabajo. Aunque acepta la posibilidad de modificar su plan de actividades no es capaz de hacerlo. No asume el cambio de su realidad actual, como algo necesario y viable.

**DIAGNÓSTICO INTEGRAL:** Sano biológicamente. Rígidamente aferrado a su vida laboral. Poco dispuesto al cambio que representa la jubilación. Relaciones sociales satisfactorias, pero dependientes de su status como profesor universitario.

**PLAN DE ACCIÓN.** Se establece un intercambio de puntos de vista atendiendo a su criterio personal y a las circunstancias reales que le rodean tanto en el centro de trabajo como en su propia familia. Se ofrece información acerca de las alternativas de actividad para una persona jubilada y se orienta hacia sus propios intereses en cuanto a modos de ocupar el tiempo libre. Se envía a reconsulta con el psicólogo del equipo.

**EVALUACIÓN Y DISCUSIÓN:** El paciente es visto en siete ocasiones y él mismo decide su alta transcurrido ese tiempo, con la decisión de iniciar su jubilación y organizar un plan de actividades para cubrir sus necesidades como persona y como intelectual. A pesar de su actividad intelectual mantenida a través de la vida el paciente no era capaz de despojarse de los modelos preestablecidos de hombre jubilado, en los que sólo reconoció a un sujeto inactivo y desvinculado de su contexto laboral, que constituía la totalidad de su existencia. Profesional que alcanza una toma de decisiones necesaria ante uno de los eventos más significativos de esta etapa de la vida al reconocer los cambios que se van estableciendo en sí mismo y en su contexto. Se logra además motivar al paciente para el desarrollo de nuevas actividades a partir de sus experiencias previas.

## **CASO # 5:**

### **DATOS GENERALES:**

Edad: 94 años.

Sexo: femenino.

Nivel educacional: Enseñanza media superior.

Motivo del estudio: Insomnio e inapetencia.

Actitud ante la entrevista: Muy ansiosa.

Aspecto general: Estado general aceptable. Correctamente vestida, limpia y peinada.

### **VALORACIÓN INTEGRAL:**

Historia actual: Paciente operada por una oclusión intestinal a través de la cual se realizó el diagnóstico de una neoplasia de colon del tumor que se extirpó hace 12 años dejando una colostomía que mantiene. Es traída por una sobrina. Conoció hace más de dos años su diagnóstico de modo accidental y viene presentando dificultad progresiva para conciliar el sueño desde hace más de un año. Refiere que: *la preocupación por su salud no la deja dormir*. A pesar de haber intentado resolver el problema con diversos medicamentos, el cuadro empeora. Es evaluada por el equipo. Se evidencia un estado ansioso intenso. Vive sola desde que enviudó hace 20 años. Expresa temor a morir sola. No tuvo hijos. Tiene una sobrina que la visita regularmente y con la cual: *se lleva muy bien*. Come muy poco y duerme mal. No refiere otros malestares.

APP: Lo referido en la Historia actual.

APF: Hermana fallecida / Accidente vascular cerebral oclusivo. Padres fallecidos, no conoce la causa.

Examen Físico: Estado físico aceptable. Bajo peso ligero. No se evidencia signos clínicos de descompensación de su enfermedad. Se constata la existencia de colostomía funcionando.

Complementarios. Trae a la consulta su Historia Clínica anterior en la cual consta su diagnóstico y tratamiento así como el seguimiento periódico de oncología, en el cual no existió motivo alguno de alarma hasta ahora. Complementarios recientes dentro de límites normales.

**Ambiente familiar:**

Composición de la familia: Anciana sola.

Relaciones entre los integrantes del núcleo familiar: No procede.

Opinión del funcionamiento familiar: No procede.

**Situación socio política:**

Participación social: No se relaciona apenas con los vecinos. Refiere que: *vive dentro de su casa.*

Actitud hacia los otros: Se relaciona sólo lo que considera imprescindible con los demás.

Redes de apoyo: Cuenta con su sobrina y con algunos amigos en la Iglesia que visita.

**Actividad laboral:**

Ocupación actual: Sólo hace las actividades necesarias para su auto cuidado. Es capaz para las actividades de la vida diaria.

Historia laboral graduada de contador público: Trabajó hasta su jubilación como oficinista de una fábrica.

Jubilación: Decidida al fallecer su esposo. Se evidencia que la adaptación a ella estuvo muy marcada por el duelo de la pérdida del esposo y fue un período sumamente difícil. Ahora no manifiesta dificultades y no se moviliza emocionalmente con el tema.

**Empleo del tiempo libre:**

Aficiones e intereses: Sólo asiste a la iglesia.

Participación en actividades recreativas: Cuida algunas plantas en el patio de la casa.

Otras actividades: No.

**Relaciones amorosas:**

Existencia de pareja estable: Viuda desde hace 21 años.

Satisfacción con su vida amorosa: refiere que: *fue muy feliz y que al morir su esposo decidió permanecerle fiel.*

**Componente cognitivo:** Mini mental dentro de límites normales.

**Componente afectivo:** Escala de Yesavage, muestra depresión ligera.

### **Componente regulador de la conducta**

Planes y proyectos: No se identifica la existencia de proyectos.

Organización de sus actividades en el tiempo: Sólo lleva a cabo las actividades básicas de la vida diaria.

**DIAGNÓSTICO EDUCATIVO:** Ausencia total de planes y proyectos de vida. Casi nula vinculación al contexto. Poco flexible ante los cambios. Escasa comprensión del concepto de salud en su dimensión totalizadora.

**DIAGNÓSTICO INTEGRAL:** Anciana sola y longeva que atraviesa una reacción situacional derivada del conocimiento de un diagnóstico de enfermedad neoplásica diagnosticada y tratada hace seis años, con un seguimiento adecuado y sin signos de complicaciones hasta ahora. Carente de vínculos sociales efectivos.

**PLAN DE ACCIÓN:** Se efectúa un trabajo educativo sustentado en la explicación del curso actual de su enfermedad que ahora no tiene manifestaciones. Se hace énfasis en los conceptos de salud y enfermedad y en su excesiva preocupación por un evento no reciente y de buena evolución. Se orienta la identificación de intereses personales y la re interpretación de su realidad. Se trabaja con la sobrina para incrementar las visitas y valorar su residencia definitiva junto a la anciana.

**EVALUACIÓN Y DISCUSIÓN:** La paciente logra, no sin dificultad y resistencia, apropiarse de los conceptos básicos de salud y reduce su nivel de ansiedad. Evolutivamente mejora el insomnio y el apetito. Se consigue un acercamiento de la sobrina y el cuadro general de la paciente mejora ostensiblemente. Se orienta hacia sus actividades religiosas y establece algunos planes dentro de ese contexto. Alcanza una comprensión aceptable de sus posibilidades para realizar actividades y las canaliza de forma coherente con sus criterios personales, con lo cual logra una mejor vinculación social y el alivio de sus manifestaciones ansiosas a través de la comprensión de su problema de salud biológica. Fallece súbitamente un año después de estabilizada al presentar un accidente cerebro vascular hemorrágico. Anciana que se inicia su atención en una etapa tardía de su vida, por lo que no se logra resultados muy significativos en su manejo.

## **CASO # 6:**

### **DATOS GENERALES:**

Edad: 80 años.

Sexo: Femenino.

Nivel educacional: Noveno grado.

Motivo del estudio: Falta de aire.

Actitud ante la entrevista: Muy ansiosa.

Aspecto general: Viste modesta, pero correctamente. Limpia y peinada.

### **VALORACIÓN INTEGRAL:**

Historia Actual: Cardiópata conocida que acude a consulta refiriendo falta de aire que se constata clínicamente. Expresa grave disgusto con una hermana con la cual convive y a consecuencia de ello, el abandono de su tratamiento como portadora de una cardiopatía hipertensiva. Refiere: *Ya no sirvo para nada; así no me interesa vivir, es mejor acabar de morirse.* Es evaluada por el equipo de consulta y se hace evidente una depresión agitada. Paciente que vive sola con otra anciana que es su hermana y con la cual existen dificultades de relaciones inter personales. No otra familia ya que ambas se mantuvieron solteras y sin hijos. Es poco disciplinada con su tratamiento y se rebela contra su enfermedad.

APP: Lo referido.

APF: Madre fallecida/ fractura de cadera. Padre fallecido/ bronconeumonía.

Examen físico: Taquicardia, cifras tensionales elevadas y edemas en ambos miembros inferiores.

Complementarios. Imprescindibles de laboratorio dentro de límites normales. ECG se corrobora la taquicardia. No existe evidencia de cambios en relación con su patrón electro cardiográfico previo. RX tórax que muestra incremento del área cardíaca y estasis en ambas bases pulmonares.

### **Ambiente familiar:**

Composición de la familia. Anciana que convive con otra anciana.

Relaciones entre los integrantes del núcleo familiar: Se hace evidente la existencia de discrepancias y poca disposición al cambio.

Opinión del funcionamiento familiar: La paciente opina que las relaciones entre ella y su hermana son malas.

**Situación socio política:**

Participación social: Participa en las actividades de su comunidad aunque refiere que: *a veces no tiene deseos de hacer nada.*

Actitud hacia los otros. Poco cooperativa.

Redes de apoyo: No cuenta con redes de apoyo efectivas.

**Actividad laboral:**

Ocupación actual: Actividades domésticas.

Historia laboral: Trabajó como auxiliar de limpieza durante más de 25 años. No expresa interés por ese aspecto de su vida.

Jubilación: Se jubiló al cumplir la edad y los años requeridos para ello, y lo decidió sin dificultades.

**Empleo del tiempo libre:**

Aficiones e intereses: Le gusta el baile.

Participación en actividades recreativas: Participa en un club del danzón, pero señala que va muy irregularmente a las actividades.

Otras actividades: No.

**Relaciones amorosas:**

Existencia de pareja estable: No tuvo pareja estable.

Satisfacción con su vida amorosa: Poco comunicativa en este aspecto, refiere que tuvo varias parejas, pero siempre de modo fugaz.

**Componente cognitivo:** Mini mental dentro de parámetros normales.

**Componente afectivo:** Yesavage que muestra depresión moderada.

**Componente regulador de la conducta**

Planes y proyectos: No identifica proyectos personales.

Organización de sus actividades en el tiempo: Se ocupa de las labores domésticas, pues su hermana está muy limitada físicamente, como consecuencia de una fractura de cadera antigua.

**DIAGNÓSTICO EDUCATIVO:**

Paciente con escasos recursos para enfrentar su situación. No posee conocimientos para asumir las circunstancias en que se encuentra. No es capaz de identificar sus propias necesidades y no acepta ayuda con facilidad. Carente de planes y proyectos de vida.

**DIAGNÓSTICO INTEGRAL:** Descompensada biológicamente por abandono del tratamiento. Muy deprimida. Dentro de un núcleo familiar disfuncional. Carente de recursos de apoyo social.

**PLAN DE ACCIÓN.** Se trabaja educando a la paciente en la necesidad de reintegrarse a su tratamiento medicamentoso y a incrementar sus relaciones con el resto del contexto social aledaño. Se visita el barrio, se promueve un acercamiento por parte de los vecinos y se tramita cuidadora a domicilio. Se hace dinámica con ambas hermanas y se logra reducir la tensión existente. Se envía a consulta con el sicólogo.

**EVALUACIÓN Y DISCUSIÓN:** La anciana acepta reiniciar el tratamiento medicamentoso y muy lentamente inicia un cambio de actitud hacia los vecinos. Se reincorpora al club del danzón y mejora algo el tono afectivo. La cuidadora contribuye a reducir las tensiones entre las hermanas, pero estas dificultades no han quedado resueltas. Se mantiene en tratamiento integral por el equipo al cierre de la investigación.

## **CASO # 7**

### **DATOS GENERALES:**

Edad: 79 años.

Sexo: Femenino.

Nivel educacional: Educación media superior.

Motivo del estudio: Insomnio, palpitaciones y falta de aire.

Actitud ante la entrevista: Agitada.

Aspecto general: Descuidada en su aspecto personal. Aseo deficiente.

Historia Actual: Es acompañada por un hermano quien refiere que la paciente no duerme porque teme quedar muerta durante la noche. La paciente es poco cooperativa al interrogatorio y evita participar en la conversación. Se valora en equipo, es atendida por el sicólogo y se consigue una cooperación aceptable, que permite una comunicación adecuada. Se identifica la existencia de sentimientos de frustración profunda, originados por el hecho de no tener hijos y percibir cercano el fin de su vida. Se culpa por haber mantenido una relación sexual con un primo en la juventud, que fue descubierta y provocó un escándalo dentro del ámbito familiar. Expresa: *No sé para qué estoy aquí todavía*. Enfrenta aún las consecuencias del rechazo de sus hermanos. Quiso trabajar pero se le obstaculizó esa opción por parte de la familia con lo cual se vio relegada a la condición de ama de casa y a depender económicamente de su hermano, viudo y jubilado. Vive con su hermano y una hermana viuda y sin hijos que apoya más al hermano que a ella. Los sobrinos, hijos del hermano no participan en la vida doméstica pues viven en otras direcciones y los visitan poco. Señala que está enferma porque es hipertensa.

APP: Hipertensión arterial diagnosticada hace unos 20 años. Lleva tratamiento adecuado y está compensada.

APF: Madre fallecida / cardiopatía, no conoce detalles. Padre Fallecido / diabetes M.

Examen físico: No se detecta signos ni síntomas de daño orgánico.

Complementarios: Imprescindibles dentro de límites normales.



### **Ambiente familiar:**

Composición de la familia: Compuesto por los tres hermanos.

Relaciones entre los integrantes del núcleo familiar: Existe un clima familiar cargado de tensiones y malestares reprimidos entre los hermanos.

Opinión del funcionamiento familiar: La paciente evade emitir opiniones y cuando se interroga con mayor detalle refiere que: *ya está vieja y no puede hacer muchas cosas, pero que quisiera sentirse mejor*. En relación con las tensiones entre sus hermanos y ella señala que: *hay que perdonar las cosas y saber callar a tiempo*, sin responder nada más a pesar de que se estimula a ello. Se evidencia una profunda disfunción familiar.

### **Situación socio política:**

Participación social: No participa en la vida de su comunidad y mantiene relaciones sólo con algunas viejas amistades.

Actitud hacia los otros: Muy reservada.

Redes de apoyo: Escasas e ineficientes.

### **Actividad laboral:**

Ocupación actual: Sólo algunas tareas domésticas.

Historia laboral: Trabajó como maestra de música algunos años, pero no recibe pensión por jubilación.

Jubilación: No trabajó lo suficiente para ello.

### **Empleo del tiempo libre:**

Aficiones e intereses: No identifica ningún interés personal.

Participación en actividades recreativas: No.

Otras actividades: No.

### **Relaciones amorosas:**

Existencia de pareja estable: No.

Satisfacción con su vida amorosa: Evade el tema.

**Componente cognitivo:** Mini mental normal.

**Componente afectivo:** Depresión mayor.

### **Componente regulador de la conducta**

Planes y proyectos: No.

Organización de sus actividades en el tiempo: Se mantiene ociosa la mayor parte del tiempo. Duerme varias veces en el día y en la noche de modo irregular.

**DIAGNÓSTICO EDUCATIVO:** Anciana que manifiesta un intenso rechazo a las modificaciones que origina el envejecimiento y no asume su realidad actual. Tampoco se vincula a los cambios que ocurren en su contexto al mantener un aislamiento casi absoluto. Carece de proyectos de vida

**DIAGNÓSTICO INTEGRAL:** Anciana severamente deprimida que no identifica proyectos de vida. No reconoce ninguno de los cambios en su contexto como eventos positivos. No acepta sus propios cambios y teme el fin de una existencia que califica de *estéril*. Disfunción familiar. Hipertensión arterial compensada. Trastornos del sueño.

**PLAN DE ACCIÓN:** Se valora por el equipo y se decide efectuar una dinámica familiar en la cual se producen fuertes tensiones y se expresa el rechazo inicial por parte del hermano que no acepta: *la intromisión de extraños en sus problemas*. Se intenta modificar la tensión mediante un trabajo individual con el hermano y con la propia paciente y después de varias sesiones se logra disminuirla. Se trabaja en el análisis y valoración de la paciente en torno a su situación actual y se le orienta su vinculación a actividades de participación social, lo que acepta con mucha dificultad, pero con lo cual comienza a mejorar. Se indica tratamiento anti depresivo.

**EVALUACIÓN Y DISCUSIÓN:** Evolutivamente la anciana comienza a vincularse a la comunidad inmediata a través de una vecina. Establece contactos con un grupo de antiguas amistades compañeras de la Universidad del Adulto Mayor y se incorpora a un círculo del danzón, no sin la resistencia de sus hermanos, que se reduce progresivamente mediante la atención constante de la socióloga del equipo. La anciana mejora poco a poco. Paciente que continúa bajo la influencia negativa de sus hermanos quienes rechazan sistemáticamente la ayuda del equipo multidisciplinario a pesar de los intentos realizados para ello. Se mantiene en tratamiento aún al finalizar la investigación. No se logró la incorporación de sus hermanos a la consulta.

## **CASO # 8**

### **DATOS GENERALES:**

Edad: 53 años.

Sexo: Masculino.

Nivel educacional: Universitario.

Motivo del estudio: Disfunción sexual.

Actitud ante la entrevista: Inicialmente muy ansioso, luego cooperativo.

Aspecto general: Correctamente vestido y aseado.

### **VALORACIÓN INTEGRAL:**

Interrogatorio. Paciente que no tiene antecedentes de problemas en su salud. Acude a consulta preocupado porque hace aproximadamente un mes que presenta dificultades en su desempeño sexual. Refiere erecciones poco efectivas, e irregularidad en la intensidad de la erección por lo que no puede realizar el acto sexual. Se muestra muy angustiado y refiere *que: nunca antes le había ocurrido eso.* Refiere erecciones espontáneas durante el sueño de intensidad normal en el curso de las cuales despierta con sobresalto. Está casado hace 32 años. Mantiene una relación extra matrimonial desde hace unos 19 años y tiene una hija producto de esta relación. Tiene dos hijos de su esposa, casados y con tres nietos. El ambiente familiar es francamente disfuncional. Según refiere, sus hijos le han planteado que: *ustedes los viejos ya hicieron bastante en su vida, ahora les toca apoyarnos,* y le exigen en exceso. Hace aproximadamente dos meses se produjo un encuentro accidental entre su esposa y su amante. El encuentro transcurrió sin consecuencias ya que no se evidenció la relación entre él y su amante, pero esta situación lo ha preocupado, debido a que él no la esperaba. A punto de partida de ese evento, se generó la disfunción eréctil.

APP: Nada a señalar.

APF: No conoce datos.

Examen físico. El examen físico no evidencia ningún daño orgánico.

Complementarios. Se realizó por su propia gestión una serie de estudios de laboratorio que trae y que no muestran cifras anormales en ningún parámetro estudiado.

### **Ambiente familiar:**

Composición de la familia: Vive con su esposa y una hija casada, con el cónyuge de ésta y dos nietos.

Relaciones entre los integrantes del núcleo familiar: familia disfuncional.

Opinión del funcionamiento familiar: Lo percibe como *muy complicado*.

### **Situación socio política:**

Participación social: Se mantiene vinculado a las actividades de masas y a su centro de trabajo

Actitud hacia los otros: Manifiesta cierto malestar hacia los jóvenes y expresa que: *debemos defender nuestro espacio y nuestra privacidad*.

Redes de apoyo: Se vincula a un extenso grupo de amigos y compañeros de trabajo y considera que puede contar con ellos de modo incondicional.

### **Actividad laboral:**

Ocupación actual: Arquitecto. Trabajador activo.

Historia laboral: Graduado de la carrera de arquitectura después de varios años de trabajar como técnico de la construcción. Le agrada su profesión y se mantiene vinculado plenamente a ella.

Jubilación: No desea jubilarse aún, y aunque reconoce que ese momento está cerca, concluye que: *prefiere no pensar en eso todavía*.

### **Empleo del tiempo libre:**

Aficiones e intereses: Le agrada la construcción de miniaturas de barcos a escala y se dedica a ello en su tiempo libre.

Participación en actividades recreativas: Participa en actividades sociales con su familia y sus compañeros de trabajo.

Otras actividades: No.

### **Relaciones amorosas:**

Existencia de pareja estable: Mantiene una relación paralela con su esposa y su amante. Nunca tuvo problemas domésticos por ello hasta ahora.

Satisfacción con su vida amorosa: Se siente preocupado en la actualidad debido a que percibe un posible conflicto en el futuro y se muestra inquieto por su disfunción eréctil.

**Componente cognitivo:** Mini mental normal.

**Componente afectivo:** Escala de Yesavage dentro de parámetros normales.

### **Componente regulador de la conducta**

Planes y proyectos: Posee proyectos vinculados a su trabajo.

Organización de sus actividades en el tiempo: Mantiene sus actividades centradas en su vida laboral y las organiza en torno a ésta.

**DIAGNÓSTICO EDUCATIVO:** Se identifica la necesidad de profundizar en su realidad actual y en los cambios que se están sucediendo en ella. Requiere atención para comprender los cambios en el contexto social de los jóvenes e interactuar con ellos. Se determina la necesidad de preparación para la jubilación.

**DIAGNÓSTICO INTEGRAL:** Adulto mayor en el cual no se identifican problemas de salud biológica. No acepta los cambios que se producen en su realidad y en el contexto en el cual se desenvuelve. Necesita ayuda para incrementar su comprensión de los mismos. Mal procesamiento de su próxima jubilación

**PLAN DE ACCIÓN:** Se maneja en el equipo y se hace tratamiento psicoterapéutico. Se enfatiza en el reconocimiento y aceptación de sus responsabilidades. Se trabaja con la amante y se define su decisión de no interferir en el matrimonio. Se profundiza en la realidad actual de ambos. Se trabaja con la opción de mantener las dos relaciones paralelas, de su interacción con los jóvenes y con sus hijos en particular, y se logra reducir el estrés del paciente. Se inicia el trabajo de preparación para la jubilación.

**EVALUACIÓN Y DISCUSIÓN:** Después de seis sesiones de tratamiento el paciente mejora. Al finalizar la investigación, se mantiene en tratamiento con psicología y se trabaja su preparación para la jubilación. Ha incorporado elementos de importancia en cuanto a su modo de relacionarse con los jóvenes. El trabajo educativo ha hecho posible su apropiación de conocimientos y la modificación de sus valoraciones acerca de eventos y personas que lo rodean lo que ha permitió una mejor convivencia en su familia y su comunidad.

## **CASO # 9**

### **DATOS GENERALES:**

Edad: 75 años.

Sexo: Masculino.

Nivel educacional: Músico graduado de nivel medio.

Motivo del estudio: Falta de aire y palpitaciones.

Actitud ante la entrevista: Muy ansioso.

Aspecto general: Muy pulcramente vestido y aseado. Correctamente peinado.

### **VALORACIÓN INTEGRAL:**

**Interrogatorio:** Paciente hipertenso y diabético conocido que consulta por taquicardia, opresión precordial y falta de aire que aparecen relacionadas con situaciones de estrés y problemas cotidianos desde hace varios meses. Siente muchos dolores articulares. Le preocupa que esté empeorando de su hipertensión y se esté enfermando del corazón; que: *ya está muy enfermo porque es diabético e hipertenso*. Mantiene una relación matrimonial estable, desde hace unos 15 años tiene un hijo de un matrimonio anterior, con el cual mantiene buenas relaciones, Tiene una actividad docente estable en el cual se siente bien. Su padre falleció hace unos 9 años debido a una insuficiencia cardíaca global de evolución muy tórpida y desde entonces teme que le ocurra lo mismo. Fuerte asociación entre la muerte de su padre y su propia muerte. Expresa: *que tiene miedo a morir*. Se auto medica con sicofármacos y consume además otros medicamentos que también se auto prescribe con la intención de mejorar su salud. En ocasiones ha hecho cuadros de reacciones adversas a medicamentos. Estilo de vida sedentario, consumidor de comida chatarra. Desconoce los principios básicos de la conservación de la salud integral. Tiene una pobre identificación de su capacidad de intervenir en ella y modificarla. Considera que: *los médicos tienen que recetarle algo para mejorarlo*. Toda su referencia a tratamiento tiene una connotación medicamentosa. No percibe el riesgo de su estilo de vida y de sus hábitos alimentarios.

**APP:** Lo referido.

**APF:** Padre fallecido cardiópata. Madre fallecida diabética.

Examen físico. Estado general pobre, sobrepeso. Se constatan cifras tensionales ligeramente elevadas. No otro dato positivo al examen.

Complementarios. Lipidograma que demuestra cifras elevadas de colesterol y triglicéridos. Glicemia dentro de parámetros normales. Resto de los complementarios normales.

### **Ambiente familiar:**

Composición de la familia: Vive sólo con su actual esposa.

Relaciones entre los integrantes del núcleo familiar: Existe una relación estable y armoniosa entre los cónyuges.

Opinión del funcionamiento familiar: Familia funcional.

### **Situación socio política:**

Participación social: Vinculados al proceso revolucionario con dedicación. Hace vida social muy relacionada con su historia laboral.

Actitud hacia los otros: Cooperativo y sociable.

Redes de apoyo: Posee muchas amistades y se relaciona bien con la comunidad.

### **Actividad laboral:**

Ocupación actual: Jubilado como profesor de música.

Historia laboral: Trabajó como músico y profesor durante toda su vida laboral. Se jubiló hace unos 5 años, pero mantiene clases por contrato en su antiguo centro de trabajo.

Jubilación: Ha experimentado muy pocos cambios en su ritmo laboral aún, pues se mantiene en contacto con su profesión. No percibe la jubilación como cambio.

### **Empleo del tiempo libre:**

Aficiones e intereses: Su actividad gira en torno a la música.

Participación en actividades recreativas: Asiste a conciertos y actividades afines con frecuencia.

Otras actividades: Le agrada reparar instrumentos musicales y en ocasiones lo hace.

**Relaciones amorosas:**

Existencia de pareja estable: Casado con su actual esposa hace más de 15 años.

Satisfacción con su vida amorosa: se manifiesta satisfecho.

**Componente cognitivo:** Mini mental dentro de límites normales.

**Componente afectivo:** Escala de Yesavage que demuestra depresión ligera.

**Componente regulador de la conducta**

Planes y proyectos: Sus planes están relacionados con su vida profesional.

Organización de sus actividades en el tiempo: Se mantiene ocupado con sus clases y otras actividades vinculadas a su profesión de tal modo que no identifica problemas relacionados con el tiempo libre.

**DIAGNÓSTICO EDUCATIVO:** Se evidencia muy pobre comprensión de los conceptos actuales de salud y a la re interpretación de su realidad actual. Debe modificar su comprensión de la responsabilidad personal en la conservación de la salud. No ha interiorizado su jubilación y no reconoce su significación como cambio en las actividades cotidianas.

**DIAGNÓSTICO INTEGRAL:** Plan de acción: Se organiza una serie de sesiones de trabajo educativo relacionado con el concepto de salud integral, se hace énfasis en los factores de riesgo y se promueve la modificación de su estilo de vida. El paciente se incorpora espontáneamente a un grupo de meditación y ejercicios orientales. Se insiste en la importancia de modificar su patrón dietético. Posteriormente, se suprime el consumo de medicamentos innecesarios de forma paulatina, cuando ya se estabiliza su actividad física.

**EVALUACIÓN Y DISCUSIÓN:** Es manejado en el equipo y a través del trabajo educativo se logra la comprensión del concepto de salud integral, lo que hace posible el abandono del consumo innecesario de medicamentos y facilita la modificación del estilo de vida. Se reduce algo el peso y se incrementa la actividad física lo que mejora los malestares relacionados con el sedentarismo y las cifras de lípidos que además se tratan mediante los fármacos correspondientes. Se ha reducido el sentimiento de angustia y el estrés. Se mantiene en tratamiento con psicología y mediante el seguimiento médico. Se estimula su participación más activa en la vida social comunitaria.



## **CASO #10**

### **DATOS GENERALES:**

Edad: 84 años.

Sexo: Femenino.

Nivel educacional: Primaria.

Motivo del estudio: Dificultad para la marcha. Insomnio.

Actitud ante la entrevista: En general muy poco cooperativa.

Aspecto general: Correctamente vestida y limpia.

### **VALORACIÓN INTEGRAL:**

Historia Actual: Paciente que acude a consulta acompañada de una vecina, por dificultad para la marcha debida a múltiples dolores articulares. Refiere insomnio post dormicional típico. Paciente que vive con un sobrino paciente siquiátrico crónico, soltero y alcohólico, que no trabaja y del cual dice: *no me atiende cuando le hablo*. No tuvo hijos. Tiene que prepararse los alimentos aunque en ocasiones la vecina que la acompaña le prepara comida. Ella niega sus dificultades y se aísla del vecindario, porque: *le da vergüenza su situación*. No hace tratamiento regular, aunque está diagnosticada como portadora de una artritis reumatoide, porque: *no tiene quién le compre las medicinas y además el sobrino le roba el dinero cuando ella se descuida*. No reconoce plenamente el maltrato del cual es víctima, trata de justificar al sobrino y le teme. Opina que: *la juventud está perdida*.

APP: Artritis reumatoide.

APF: Padre fallecido / Diabetes. Madre fallecida / Infarto del Miocardio.

Examen físico: Evidentes deformidades articulares en manos y pies, típicas de una artritis reumatoide. Marcada cifosis dorsal. Palidez cutáneo-mucosa discreta. Bajo peso. Triste, poco comunicativa y temerosa.

Complementarios: Se constata en las pruebas de laboratorio, resultados compatibles con una artritis reumatoide.

### **Ambiente familiar:**

Composición de la familia: Anciana que convive sólo con un sobrino alcohólico.

Relaciones entre los integrantes del núcleo familiar: Se hace evidente el maltrato por parte del sobrino.

Opinión del funcionamiento familiar: La anciana evita opinar sobre las relaciones en la casa. Se muestra muy temerosa al respecto.

### **Situación socio política:**

Participación social: Se mantiene aislada del contexto social.

Actitud hacia los otros: Poco comunicativa, temerosa y reservada.

Redes de apoyo: Sólo cuenta con la vecina porque el resto de los miembros de la comunidad evitan su contacto por temor al sobrino quien acostumbra a generar escándalos en el barrio.

### **Actividad laboral:**

Ocupación actual: Realiza las tareas domésticas.

Historia laboral: Trabajó como auxiliar de limpieza en una escuela durante toda su vida laboral.

Jubilación: Jubilada hace casi 30 años.

### **Empleo del tiempo libre:**

Aficiones e intereses: Le gusta la música, pero no puede escuchar el radio ni ver televisión pues el sobrino interfiere y dificulta el uso de los equipos propios de esas actividades.

Participación en actividades recreativas: No.

Otras actividades: No.

### **Relaciones amorosas:**

Existencia de pareja estable: Estuvo casada y enviudó hace 27 años.

Satisfacción con su vida amorosa: Recuerda al esposo con afecto. Refiere que se llevaban muy bien.

**Componente cognitivo:** Mini mental dentro de límites normales.

**Componente afectivo:** Escala de Yesavage que demuestra depresión severa.

## **Componente regulador de la conducta**

Planes y proyectos: No se identifica planes ni proyectos de vida.

Organización de sus actividades en el tiempo: Se limita a la realización de actividades domésticas.

**DIAGNÓSTICO EDUCATIVO**: Es incapaz de valorarse a sí misma. No reconoce sus derechos. Nivel de autoestima muy bajo. Pobre percepción de la realidad externa y falta de vinculación a ella, de lo que se deriva incompreensión de la misma.

**DIAGNÓSTICO INTEGRAL**: Anciana maltratada. Síndrome ansioso- depresivo. Disfunción familiar. Falta de apoyo social, soledad y abandono. Artritis reumatoide.

**PLAN DE ACCIÓN**: Se identifica a la paciente como víctima de maltrato y se trabaja de conjunto en el equipo, educándola en la comprensión de sus derechos como persona y en la importancia del cuidado de su salud personal teniendo en cuenta el diagnóstico de artritis reumatoide que ya tiene. Se explica la importancia del equilibrio necesario entre reposo y actividad física. Se visita el barrio y se contacta con los líderes del mismo explicando la necesidad de promover acciones encaminadas a facilitarle apoyo a la anciana. Se cita al sobrino y se inicia un trabajo para organizar su atención sicosocial y médica. Se tramita cuidadora a domicilio para la anciana. Se prescribe el tratamiento de la enfermedad que padece. La paciente se mantiene en seguimiento por el equipo.

**EVALUACIÓN Y DISCUSIÓN**: La paciente alcanza una mejoría ostensible, reconoce sus posibilidades de participación y la necesidad de mantener contacto con el grupo. Se relaciona más y recibe mejor atención del vecindario. El sobrino progresa poco en su tratamiento. Sólo ha respondido a la presión social de la comunidad. Se está valorando el ingreso para su deshabitación alcohólica, pero aún no lo acepta. Este es un caso típico de persona víctima de maltrato no diagnosticado, que carece de los elementos necesarios para actuar por sí misma. No reconoce el maltrato pues no está preparada para ello y necesita además la participación del contexto social, que tampoco había identificado claramente a la paciente como necesitada del mismo.

## **CASO #11**

### **DATOS PERSONALES:**

Edad: 51 años.

Sexo: Femenino.

Nivel educacional: Licenciada en Economía.

Motivo del estudio: Calores, sudoraciones, taquicardia y opresión precordial.

Actitud ante la entrevista: Muy deprimida.

Aspecto general: Extremadamente pulcra.

### **VALORACIÓN INTEGRAL**

Historia Actual: Paciente deprimida que expresa con angustia sus síntomas. Refiere que tuvo una última menstruación hace sólo cinco años y desde esa época viene presentando el cuadro por el cual consulta. Ha sido vista por psiquiatría en varias ocasiones a través de su vida y se ha prescrito tratamiento sin éxito. Vive con una hija, madre soltera y un nieto de siete años. Las relaciones dentro del núcleo familiar no son buenas, pues la hija: *hace su vida como quiere, porque no le importo*, por lo que ella la recrimina constantemente. La paciente tiene una historia de tres fracasos matrimoniales y: *se siente sola e insatisfecha con su situación*. Ahora no trabaja, aunque fue administradora de un centro gastronómico, pero abandonó el trabajo: *para cuidar al nieto y atender la casa*. Depende económicamente de la hija. *Siente que: su vida está acabada y que morirá pronto*. Refiere oleadas de calor típicas acompañadas de sudoraciones, taquicardias y en ocasiones opresión en el pecho. Concluye que: *las cosas no son como antes, ahora todo está al revés*.

APP: Nada a señalar.

APF: Nada a señalar.

Examen físico: No se detectan signos de patología alguna.

Complementarios: Dentro de parámetros normales.

### **Ambiente familiar:**

Composición de la familia: Vive con su hija y su nieta.

Relaciones entre los integrantes del núcleo familiar: Familia disfuncional.

Opinión del funcionamiento familiar: La paciente opina que es malo.

**Situación socio política:**

Participación social: Se vincula a las actividades de su cuadra pero con muchas limitaciones.

Actitud hacia los otros: Muy insatisfecha del comportamiento de su familia, vierte su malestar en todas las personas que se acercan a ella.

Redes de apoyo: No posee un entramado social definido y efectivo.

**Actividad laboral:**

Ocupación actual: realiza las labores domésticas.

Historia laboral: Se desvinculó del trabajo para cuidar a la nieta debido a la inestabilidad de su hija para atenderla.

Jubilación: Abandonó el trabajo antes de tener derecho a ella.

**Empleo del tiempo libre:**

Aficiones e intereses: refiere que le gusta pasear y conversar pero que no tiene tiempo para hacerlo.

Participación en actividades recreativas: Participa sólo ocasionalmente en las actividades de la comunidad.

Otras actividades: No.

**Relaciones amorosas:**

Existencia de pareja estable: Divorciada.

Satisfacción con su vida amorosa: Francamente insatisfecha. Señala que: *todos la quieren menos que ella a ellos.*

**Componente cognitivo:** Mini mental normal.

**Componente afectivo:** Yesavage que demuestra depresión mayor.

**Componente regulador de la conducta**

Planes y proyectos: No identifica proyectos de vida.

Organización de sus actividades en el tiempo: Sus actividades giran en torno a su nieta y a la actividad doméstica.

**DIAGNÓSTICO EDUCATIVO:** Pobre vinculación social. Dificultades en la valoración de su realidad y de su contexto actual. Mala conceptualización de la salud integral. Carencia de proyectos de vida.

**DIAGNÓSTICO INTEGRAL:** Post menopáusica portadora de una depresión importante, que se desenvuelve en una familia disfuncional y que no posee apoyo social adecuado ni es capaz de proporcionárselo.

**PLAN DE ACCIÓN:** Es valorada por el equipo y se interpreta como una post menopáusica que atraviesa un conflicto familiar. Se inicia un tratamiento educativo dirigido a promover la apropiación de conocimiento acerca de esa etapa de la vida y a re valorar su situación personal y social. Es manejada por el psicólogo con el fin de profundizar en sus conflictos personales. Se realiza una dinámica con la hija y se evidencia sentimientos de rechazo de ésta originados en la conducta de la paciente durante la infancia de su hija. La paciente a su vez muestra una fuerte tendencia a imponer patrones morales a la hija, lo que provoca el rechazo de ésta. Se propicia un acercamiento, trabajando la necesidad de una comprensión y perdón mutuos. Se estimula la re vinculación laboral de la paciente, que no se ha hecho efectiva aún, y la responsabilidad de la hija con el cuidado del niño, que ésta acepta. Se define la conveniencia de tratamiento hormonal sustitutivo y se efectúa el estudio preliminar para ello.

**EVALUACIÓN Y DISCUSIÓN:** Paciente post menopáusica que mantiene un conflicto con su hija por la conducta de ésta en cuanto a pareja sexual. Ella misma tuvo una vida compleja e insatisfactoria y relegó el cuidado de su hija por mantener un matrimonio que finalmente fracasó. Ahora se siente culpable de la conducta irregular de la hija y teme por el futuro de su nieto por lo que abandonó el trabajo con la intención de brindarle atención, evidentemente tratando de enmendar ella misma su conducta despreocupada con su hija en otra época. A ello se asocia sus síntomas post menopáusicos y no se siente capaz de dar una respuesta adecuada a los conflictos que atraviesa por lo que se deprime. La paciente mejoró, aunque lentamente.

