

# Revista ConViviendo

---

[www.convivirgrupo.com.ar](http://www.convivirgrupo.com.ar)

[info@convivirgrupo.com.ar](mailto:info@convivirgrupo.com.ar)

## Revista **ConViviendo** **Científica - Interés Cultural**

**Directora Lic. Lili Calvo.**

**[www.convivirgrupo.com.ar](http://www.convivirgrupo.com.ar) - [info@convivirgrupo.com.ar](mailto:info@convivirgrupo.com.ar)**

### **Publicación one line del Grupo ConVivir Año VI NÚMERO ESPECIAL DEL 34 DICIEMBRE 2014**

**Idea y Dirección: Lic Lili Calvo**

**Diseño y Diagramación: Lic Anabella Ossani**

**Staff de Colaboradores del Exterior: Angela María Quintero Velásquez (Universidad Antioquia, Colombia), Dr Patxi Sancinenean (Asociación Vasca de Gestalt), Ximena Mendez Guzman (Universidad de Concepción, Chile), Lic María Elena De Filpo Beascochea (Miembro del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid).**

**Prensa y Difusión: Nicolás Ossani**

**Dedicamos ésta publicación al Dr. Raúl Luis Calvo. En reconocimiento a su sabiduría, su actitud humanitaria, y a la destacada labor profesional que desarrolló en distintos ámbitos del saber científico y como prestigioso Médico de Familia. Contando para llevar a cabo su tarea, con el apoyo incondicional de su esposa Sara De Filpo.**

**La Revista "ConViviendo" es una publicación one line. Las colaboraciones que realizan los autores se reciben a consideración del Comité editorial.**

**Las opiniones, comentarios y posturas intelectuales que expresan los autores, son de su exclusiva responsabilidad y no reflejan necesariamente el punto de vista la Dirección editorial de la Revista ConViviendo.**

**Si necesita contactarse con el autor de alguno de los artículos, tiene que enviarnos un e mail a la Revista ConViviendo:**

**[info@convivirgrupo.com.ar](mailto:info@convivirgrupo.com.ar) y le haremos llegar su inquietud.**

**Si desea enviar sus colaboraciones a la Revista ConViviendo (artículos científicos, experiencias profesionales, imágenes, o sus notas, etc), envíe su material a la siguiente dirección electrónica:**

**[info@convivirgrupo.com.ar](mailto:info@convivirgrupo.com.ar)**

## Sumario

### 1-Editorial

### 2-Artículos

- ✓ **Las familias de adultos mayores que requieren cuidados**  
**Dr Hugo Valderrama**
- ✓ **La Salud Mental y los Adultos mayores, Organización Mundial de la salud –OMS**
- ✓ **Acerca del “Taller de la memoria”**  
**Lic. Virginia Grassi**
- ✓ **El Trabajo Social en el ámbito de los cuidados Paliativos: Una profundización sobre el Rol profesional**  
**Lorena Vanzini**

### 3-El Libro Sugerido

**Las brujas no se quejan,  
sabiduría concentrada para mujeres atrevidas**

**Jean Shinoda Bolen**

### 4-Citas que nos Ayudan a reflexionar

**Jean Shinoda Bolen**

### 5- Congresos, Jornadas, Seminarios, Talleres

- ✓ VII CONGRESO INTERNACIONAL DE TRABAJO SOCIAL.
- ✓ IX CONGRESO NACIONAL DE TRABAJADORES SOCIALES DE LA SALUD.
- ✓ III CONGRESO NACIONAL E INTERNACIONAL DE REHABILITACIÓN SOCIAL Y OCUPACIONAL.
  
- ✓ CONFERENCIA EUROPEA DE LA FITS 2015 EN EDIMBURGO
  
- ✓ VII CONGRESO LATINOAMERICANO DE PSICOLOGIA JUNGUIANA

## **6-Actividades**

**Grupo ConVivir**

## **7- Una película para ver**

**Arrugas**

## **8- Una poesía para inspirarse**

**Elogio de la sombra**

**Jorge Luis borges**

## **9- Un corto sobre el Alzheimer**

**“Mi abuela” un documental de Juan Jesús Gomez**

## 1-Editorial

**Queridos Colegas y amigos:**

**Un nuevo año, con éste suman diez, una década dedicada a generar una trama de amigos y colegas, de nuestra Revista ConViviendo , la misma editada en forma one line y de suscripción gratuita.**

**Nuestra idea : reunir conocimientos, experiencias de distintos profesionales, informar sobre diferentes actividades y quehaceres del saber científico y cultural de nuestro País, Latinoamérica y Europa. Dedicando secciones especiales orientadas a difundir el arte en todas sus expresiones, como sostén maravilloso de la vida.**

**Éste número lo dedicamos a la tercera y a que hoy ya llamamos cuarta edad, esa franja de personas que tienen más de 80 años y que en ocasiones requieren de cuidados especiales de atención. Compartimos artículos de autores que se dedican a la atención de éstas personas y les informamos sobre menciones de la Organización Mundial de la Salud sobre ello.**

**Sabemos que hay mejores modos de atravesar éstas etapas y hay que prepararse para ello, los “Talleres de la Memoria” , son uno de esos espacios de pertenencia, que colaboran en ese aspecto.**

**El cine, los documentales, también nos hablan del envejecer con algunas dificultades, aquí en los dos casos que divulgamos, dedicados a cómo viven las personas y sus seres queridos cuando hay un enfermo de Alzheimer en la familia. (1)**

**Y dos salidas posibles, el regalo de un poema de Borges y la autora Shinoda Bolen que nos propone reunirnos y compartir junto a otros. Uniendo a la ancianidad con la sabiduría.**

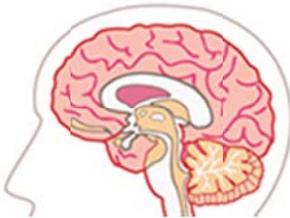
**Agradecemos a las personas que leen nuestra Revista, a las que la difunden y recomiendan, a los alumnos y profesores de las distintas universidades y consejos profesionales , de nuestro país y del exterior; a los se acercan a las consultas, a los que participan en los grupos y talleres, y a los profesionales que eligen las supervisiones y las formaciones propuestas.**

**Nos despedimos de ustedes con un hasta pronto, con nuestro deseo de Paz y Felicidad para las próximas Fiestas .**



## Consejo Editorial

### (1) ¿Qué es la Enfermedad de Alzheimer?



#### Introducción

El Alzheimer (al-SAI-mer) es una enfermedad cerebral que causa problemas con la memoria, la forma de pensar y el carácter o la manera de comportarse. Esta enfermedad no es una forma normal del envejecimiento.

#### Es la forma más común de la demencia

El Alzheimer es la forma más común de la demencia. Demencia es un término general para describir la pérdida de memoria y de otras habilidades intelectuales y es tan severa que interfiere con la vida cotidiana del individuo. El Alzheimer representa del 60 al 80 por ciento de los casos de la demencia.

#### Es más común de lo que usted piensa

Hoy en día, se estima que 5,4 millones de personas en los Estados Unidos tienen la enfermedad de Alzheimer. Para el año 2050, el número de personas en los Estados Unidos con la enfermedad

puede alcanzar a los 16 millones.

Debido a que un 70 por ciento de aquellas personas que padecen del Alzheimer viven en sus hogares, el impacto de esta enfermedad se extiende a millones de familiares, amigos y cuidadores.

## **Se empeora con el tiempo**

El Alzheimer empeora al pasar el tiempo y es fatal. Aunque existen muchos síntomas, la mayoría de las personas experimentan pérdida de memoria severa que afecta las actividades diarias y la habilidad de gozar

pasatiempos que la persona disfrutaba anteriormente.

Otros síntomas son confusión, desorientación en lugares conocidos, colocación de objetos fuera de lugar, y problemas con el habla y/o la escritura.

## **Los latinos y el Alzheimer**

La enfermedad de Alzheimer es una crisis que amenaza a la comunidad latina in los Estados Unidos pero que aún no es reconocida debidamente.

Una creciente evidencia indica que factores de riesgo en enfermedades vasculares como diabetes, obesidad y presión alta y colesterol alta, también pueden ser factores de riesgo para Alzheimer y la demencia.

Específicamente, los científicos están encontrando nuevas evidencias que podrían relacionar la diabetes tipo 2 con la enfermedad de Alzheimer. Los latinos presentan altos porcentajes de cada uno de estos factores de riesgo.

Fuente: [http://www.alz.org/espanol/about/que\\_es\\_la\\_enfermedad\\_de\\_alzheimer.asp](http://www.alz.org/espanol/about/que_es_la_enfermedad_de_alzheimer.asp)

Ver el documental disponible en:

<http://www.alzheimeruniversal.eu/2014/10/17/alzheimer-vivir-una-vida-para-olvidarla-cortometraje-completo/>

## 2-Artículos

### Las familias de adultos mayores que requieren cuidados Dr Hugo Valderrama



#### 1.EL CICLO DE VIDA FAMILIAR

El ciclo de vida familiar. De acuerdo con el modelo de la OMS está distribuido en 6 etapas:

- 1.formación (matrimonio)
- 2.extensión (desde el nacimiento del primer hijo hasta el nacimiento del último hijo)
- 3.extensión completa (desde que nace el último hijo hasta que el primer hijo se va de casa)
- 4.contracción (desde que el primer hijo abandona el hogar hasta que lo hace el último)
- 5.contracción completa (desde que el último hijo abandona el hogar hasta la muerte de un cónyuge)
- 6.disolución

El anciano está encasillado en las tres últimas etapas del ciclo familiar. En la cuarta etapa, la de contracción, desde que el primer hijo se va del hogar hasta que lo hace el último, no hay ancianos todavía, a no ser que el padre o la madre de la pareja se incorporen al domicilio, o que los hijos abandonen muy tarde el hogar.

La quinta etapa es la de la jubilación, en ella hay importantes pérdidas, pero también ganancias. Entre las pérdidas aparece la disminución de los ingresos económicos,

aunque el nivel patrimonial no suele ser tan deficitario a partir de que muchos son propietarios de viviendas.

Como ganancia se menciona el tiempo libre, pero este puede convertirse también en un pérdida, porque la pareja está sola, los hijos han abandonado el hogar y puede ser que en el tiempo juntos no tengan nada para compartir. Si durante todo el tiempo de vida en común no han consolidado y enriquecido su relación, pueden resurgir disputas que parecían haber quedado en el olvido.

Es factible que ya no sirvan los patrones de relación previos y haya que elaborar otros nuevos. En esta etapa es crucial la relación con la pareja, con los hijos y con los nietos si los hay.

La sexta y última etapa es la que se inicia con la muerte de uno de los cónyuges. Es en esta etapa cuando se hace presente el sentimiento de soledad y la búsqueda de nuevas formas de involucrarse con la familia. Forma que va a depender del estado de salud en el que se encuentre y de si el anciano es hombre o mujer. Esta es una de las pérdidas más importantes del anciano y que más debilita su red social y familiar, en especial cuando es la mujer la que muere, con el consiguiente aumento estadístico de la mortalidad del esposo en los siguientes seis meses.

Cuando los hijos incorporan al anciano viudo a sus hogares, este debe adaptarse a las reglas, pero además el antiguo sistema debe reorganizarse para incluir al nuevo miembro y en ocasiones, modificar alguna de sus normas. Existe una tendencia a mantener las antiguas pautas, lo que suele promover estrés en el anciano, sobre todo si tenemos en cuenta la dificultad para el cambio del anciano y el miedo a realizarlo. Es un acontecimiento vital estresante tanto para el envejeciente, como para la familia que lo recibe; independientemente de que esta incorporación puede ser o no voluntaria, y aun siéndolo puede no ser unánimemente deseada por todos los miembros de la familia. De la adaptabilidad de esta familia y de cómo resuelvan esta situación, dependerá que la nueva incorporación contribuya a su crecimiento y el de sus componentes o genere una inadaptación que desemboque en conflictos y hasta enfermedades.

La incorporación no sólo ocasiona cambios en las reglas, sino que también pueden aparecer alianzas entre el abuelo y los nietos o entre abuelo y el padre o la madre, perturbando el sistema previo organizado.

En la práctica, todo funciona como si el anciano fuese incorporado a una nueva familia y, para ello, ha tenido que abandonar su hogar, y en ocasiones su barrio o ciudad, trasladándose a un lugar desconocido en parte, y con unas formas de vida muy distintas de las suyas.

Cuando el mayor es una persona dependiente, y en especial cuando sufre una demencia, se pueden presentar problemas adicionales como dificultades en la vivienda, (camas, baños no adaptados, etc.); cambios en los hábitos de vida, dudas en el cuidado, dificultades en la comunicación, agotamiento y estrés, sentimientos de culpa en los cuidadores, cambios en los roles familiares, responsabilidades desiguales en la atención y disminución de la vida social de los cuidadores, entre otros.

Cuando el anciano requiere muchos cuidados, su atención llega a convertirse en el elemento central del cuidador afectando concretamente sus actividades cotidianas..

Muchas veces el adulto mayor no es trasladado al domicilio de un hijo, sino a los domicilios de todos los hijos de forma rotativa, convirtiéndose en “abuelo maleta” o “abuelo golondrina”. Cada familia puede tomar esta iniciativa por distintos motivos, pero la situación más frecuente, responde a la intención de los hijos de equiparar familiarmente las cargas del cuidado. Esto dificulta la adaptación tanto del anciano como de sus familiares, ocasionando estrés por el continuo cambio, lo que en ocasiones, agrava los cuadros de demencia de los envejecientes.

“Un estudio reciente ha indicado que no es ni el matrimonio, ni la paternidad, ni la abuelidad, ni el climaterio, ni el abandono de la casa paterna, sino el cuidado de los propios padres lo que trae el mayor problema en el área de la vida familiar y constituye la mayor fuente de estrés.”(Secretaría de Tercera Edad y Acción Social.2000, p.295)

Si la red familiar se afecta y debilita, el riesgo de institucionalización aumenta, especialmente con la aparición de enfermedades. En Argentina el porcentaje de ancianos residentes en instituciones es reducido (alrededor del 2%) pero condicionado, entre otros, por la fortaleza de las relaciones familiares. Buil y Díez Espino (1997).

## **2.LA FAMILIA CUIDADORA**

El cuidado familiar puede ser considerado como un indicador de la solidaridad o del conflicto familiar. Las relaciones que se establecen durante el cuidado son muchas veces contradictorias y ambivalentes.

En la situación previa a la dependencia una relación cordial se asocia a una actitud favorable hacia el cuidar, por el contrario, si las relaciones anteriores fueron conflictivas, la nueva situación las complica aún más. Se entremezclan vivencias de la infancia que resurgen al enfrentarse al hecho de que los padres ya no son los de entonces, también afloran viejos recuerdos y pueden transformarse en reproches. Todo ello se agrava y puede dar lugar a discusiones y desacuerdos cuando varios hijos deben hacerse cargo del cuidado del padre, la madre o de ambos.

A veces se dan díadas formadas por hijas mayores de 65 años que cuidan de sus padres (la tercera generación cuida de la cuarta, o sea la abuela cuida del bisabuelo o bisabuela) o mujeres mayores de 65 que atienden a su cónyuge, de la misma generación (abuelas cuidadoras de abuelos). También se observa a mayores que cuidan a allegados centenarios y de quinta generación. INSERSO (1995). Los procesos de desfamiliarización son muy variados y han seguido distintos ritmos a través de la historia, pero no implican suponer que las familias no quieren seguir cumpliendo determinadas funciones o que los cuidados a prodigar a sus mayores van a quedar exclusivamente en manos del Estado.

Otro cambio que afecta las funciones familiares del cuidado, es la disminución de las familias tradicionales en las que el padre trabaja y la madre se dedica al cuidado de sus hijos. La participación de las mujeres en el mercado de trabajo aumentó de forma sostenida en la segunda mitad del siglo pasado. En Uruguay, por ejemplo, los datos del Instituto Nacional de Estadística muestran que en las dos últimas décadas, la tasa de actividad femenina se elevó del 41% al 54% mientras que la masculina se mantuvo en el 73%.

Uno de los cambios más notables en relación a las formas de convivencia, es que las mujeres que viven en pareja tienen un alto crecimiento en su participación laboral. Tan sólo un 28 % de los hogares urbanos se ajusta al modelo tradicional de familia nuclear compuesta por madre dedicada exclusivamente a las actividades domésticas y padre único proveedor de ingresos.

Uruguay, país de cultura similar a la Argentina, se ubica entre los países de la región que presenta el porcentaje más bajo de familias tradicionales formadas por hombres proveedores económicos y mujeres amas de casa. CEPAL (2004). Batthyány y Scuro (2010).

### **3. CUIDADOS FAMILIARES Y VULNERABILIDAD**

Los ancianos longevos constituyen el grupo de mayor riesgo en la vejez por su fragilidad.

La gran mayoría vive con la familia y de ellos, el porcentaje más alto sin el cónyuge.

En contextos de alta vulnerabilidad hay una persona que no es anciana, viviendo con el anciano. Ese apoyo adicional suele ser muy importante para la supervivencia del anciano, toda vez que las familias, en situaciones de alta vulnerabilidad no cuentan con recursos financieros para pagar servicios de terceros.

Cabe aclarar que el contar con una persona o más en los domicilios, no significa necesariamente, que los ancianos cuenten con un cuidado más adecuado. IostPavarini; Barha; Zazzetta; Alves; FilizolaPetrilli y Filho (2009).

El cuidador principal es quien provee casi todo el cuidado, el resto de familiares, o bien no apoyan en absoluto, o realizan actividades de apoyo muy acotadas y puntuales.

En muy contados casos el cuidado se reparte entre los miembros de la familia. La supervisión de parte de un familiar o amigo, es un tipo de cuidado que no es identificado explícitamente como tal. Sin embargo, el estar pendientes de la persona dependiente, supone una limitación importante para realizar otras actividades en su vida diaria. Se trata de una supervisión activa, que se transforma en intervención en los casos de necesidad. Estos cuidadores también suelen llevar adelante las gestiones con las obras sociales y los servicios de salud.

Cuando se trata de describir los cuidados directos que recibe la persona dependiente, se dan diferentes atenciones según sea el vínculo de consanguinidad entre el cuidador y la persona dependiente.

La distribución de los sexos, según la edad, debe vincularse a las diferentes relaciones de parentesco que mantienen los cuidadores con la persona dependiente a la que asisten: la mayor parte de los hombres cuidadores son cónyuges o hijos, en tanto que las relaciones predominantes en las mujeres son las de hijas o cuidadoras formales.

Ser hijo/a de la persona dependiente explica el aumento de la probabilidad de sentirse sobrecargado al cuidar a su padre y/o madre dependiente.

Debido a la mayor proporción de viudas, el estrés que experimentan los hijos por prestar cuidados personales a sus madres dependientes, los afecta de manera particular y resulta consistente con el mayor gasto en cuidadores personales contratados para las mujeres dependientes. Redondo (2012).

Las esposas aceptan habitualmente el papel de cuidadoras principales de su cónyuge con discapacidad, con actitud de resignación por el tiempo de cuidado. Respecto de las hijas/os,

hermanos/as, la aceptación es menor, puesto que no existe una identificación del cuidado del anciano como un rol propio a desempeñar. A pesar de ello, las hijas hacen frente al cuidado con gran compromiso, llegando a cuidar a ambos progenitores al mismo tiempo y sucesivamente. La idea de reciprocidad a lo largo de la vida está presente en las hijas, no siempre en los hijos, en el concepto de que como los padres cuidaron de sus hijos, ellas deben cuidar de los padres cuando se requiere. El marido de las hijas es disculpado cuando no colabora, por entender que no es de su competencia la tarea, pero esta actitud de disculpa no existe frente a otros hermanos por considerarse que el cuidado debe ser compartido, existiendo una crítica explícita a su falta de compromiso.

Con frecuencia la dependencia supone un deterioro de la relación entre la persona dependiente y la persona que la cuida. La falta de disponibilidad de tiempo personal y la necesidad de contar con momentos de libertad para ellos mismos es una idea permanente en el discurso de los cuidadores. Las relaciones más allá de la familia, también se ven afectadas, fundamentalmente por la falta de tiempo para comenzar o mantener vínculos.

Cuando el cuidado es responsabilidad de una sola persona, el aislamiento es mucho mayor. La existencia de varios cuidadores en el hogar permite tener tiempo libre y dedicar tiempo a los amigos. Ayuso Sánchez y MeilLandewrlin (2007). Comisión Europea (2007- 2008). Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores (EPSCO)(2008). Dizy Menéndez y otros (2010).

#### **4. ESTRATEGIAS FAMILIARES MÁS FRECUENTES PARA AFRONTAR EL CUIDADO DE SUS ANCIANOS**

A fin de hacer frente a la necesidad de cuidar a sus ancianos con dependencias, las familias llevan adelante distintas formas o estrategias para dar respuesta a esta situación, entre ellas se mencionan:

##### **Cuidado solidario**

En este modelo, lo más común es que un cuidador principal asuma la tarea del cuidado del adulto mayor, o que el anciano sea cuidado por distintos familiares en sus domicilios en forma rotativa.

También es frecuente una situación de cuidadorecípoco de intercambio de cuidados entre el cuidador y la persona cuidada. Suelen ser hogares de tres generaciones, en los que los adultos mayores son cuidados por sus hijos y a su vez estos colaboran en el cuidado de sus nietos.

##### **Contratación de servicios domiciliarios**

Se suelen dar situaciones diferentes en los hogares:

La primera vinculada a la contratación de un servicio de cuidados formales por situaciones puntuales como episodios de enfermedad, internaciones, viajes del cuidador principal, entre otros.

La segunda situación es la contratación de cuidadores formales para atender las necesidades de asistencia de los ancianos y además, la de un servicio doméstico para la limpieza del hogar.

La tercera es la incorporación al hogar de un servicio doméstico que cumple tareas de cuidados y de limpieza.

### **Apoyo en redes informales**

Implica un cuidado informal brindado al hogar por parte de vecinos, amigos o familiares no residentes.

Esta estrategia se caracteriza por el apoyo no estructurado para atender algunas de las necesidades de los adultos mayores como pago de cuentas, compras, visitas, recreación, etc.

### **Autocuidado del adulto mayor**

A veces, el adulto mayor cuida de sí mismo o cree estar en capacidad de hacerlo. Son casos en los que los adultos mayores viven solos y manifiestan no tener necesidad de cuidados porque no se perciben a sí mismos como necesitados de ayuda o porque realmente gozan de autonomía. Batthyány (2009).

## **ESTRATEGIAS FAMILIARES MÁS FRECUENTES PARA AFRONTAR EL CUIDADO DE SUS ANCIANOS**

A fin de hacer frente a la necesidad de cuidar a sus ancianos con dependencias, las familias llevan adelante distintas formas o estrategias para dar respuesta a esta situación, entre ellas se mencionan:

### **Cuidado solidario**

En este modelo, lo más común es que un cuidador principal asuma la tarea del cuidado del adulto mayor, o que el anciano sea cuidado por distintos familiares en sus domicilios en forma rotativa.

También es frecuente una situación de cuidadoreciprocoo de intercambio de cuidados entre el cuidador y la persona cuidada. Suelen ser hogares de tres generaciones, en los que los adultos mayores son cuidados por sus hijos y a su vez estos colaboran en el cuidado de sus nietos.

### **Contratación de servicios domiciliarios**

Se suelen dar situaciones diferentes en los hogares:

La primera vinculada a la contratación de un servicio de cuidados formales por situaciones puntuales como episodios de enfermedad, internaciones, viajes del cuidador principal, entre otros.

La segunda situación es la contratación de cuidadores formales para atender las necesidades de asistencia de los ancianos y además, la de un servicio doméstico para la limpieza del hogar.

La tercera es la incorporación al hogar de un servicio doméstico que cumple tareas de cuidados y de limpieza.

### **Apoyo en redes informales**

Implica un cuidado informal brindado al hogar por parte de vecinos, amigos o familiares no residentes.

Esta estrategia se caracteriza por el apoyo no estructurado para atender algunas de las necesidades de los adultos mayores como pago de cuentas, compras, visitas, recreación, etc.

### **Autocuidado del adulto mayor**

A veces, el adulto mayor cuida de sí mismo o cree estar en capacidad de hacerlo. Son casos en los que los adultos mayores viven solos y manifiestan no tener necesidad de cuidados porque no se perciben a sí mismos como necesitados de ayuda o porque realmente gozan de autonomía. Dízy Menéndez y otros (2010).

### BIBLIOGRAFÍA

- Ayuso Sánchez, L; Meil Landewrlin, G. (2007). *La sociología de la familia en España, en Veinticinco años de sociología en España*. Madrid. Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Ayuso Sánchez, L; Meil Landewrlin, G (2007). *Las asociaciones familiares en España*. Madrid. Centro de Investigaciones Sociológicas. Colección Monografías. 242
- Batthyány, K; Scuro, L (2010): *Uso del tiempo, cuidados y bienestar*. Uruguay. Universidad de la República. Departamento de Sociología. Revista de Ciencias
- Buil, P; Díez Espino, J; (1999): *Anciano y familia. Una relación en evolución*. Pamplona España. *Anales Sis San Navarra 1999, Vol. 22, Suplemento 1*. Disponible en Internet en [www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/suple1/suple3.htm](http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/suple1/suple3.htm) - 27k. (Consultado el 12-12-11). Sociales. Año XXIII, 27, pp.07-09.
- CEPAL (2004): *División de Población y desarrollo Santiago de Chile*. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE).
- Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores (EPSCO) (2008): *Informe sobre protección social e inclusión social 2008*. Disponible en Internet en [www.europa.eu](http://www.europa.eu). (Consultado el 23-02-12.).
- Dízy Menéndez, D ; de la Torre Prados, I ; Ruiz Cañete, O; Fernández Moreno, M; Ayuso Sánchez, L; García, M; y otros (2010): *Catálogo General de Publicaciones Oficiales*. Colección Estudios Serie Dependencia N.º 12013 Primera edición, España. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), pp. 19-26. Disponible en Internet en: <http://www.060.es>. (Consultado el 18.02.11).
- Redondo, N (2012): *Inequidades de género en los costos de la dependencia hacia el final de la vida*. Universidad ISALUD. Revista Latinoamericana de Población, 6(10).
- IMSERSO. (1995) : *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*. Madrid. Ministerio de Asuntos Sociales, pp.73-74, 132. Disponible en Internet en [www.colectivoioe.org/index.php/publicaciones\\_libros/show/id/28](http://www.colectivoioe.org/index.php/publicaciones_libros/show/id/28). (Consultado el 04-09-11).
- lostPavarini, S.; Barha, E.; Zazzetta, M.; Ives Filizola, C.; Petrilli Filho, J. (2009): *La familia y la vulnerabilidad social: un estudio con octogenarios*. *Rev. Latino. Am. Enfermagem* maio-junho; 17(3). Disponible en Internet en [emwww.eerp.usp.br/rlae](http://emwww.eerp.usp.br/rlae). (Consultado el 13-3-12).

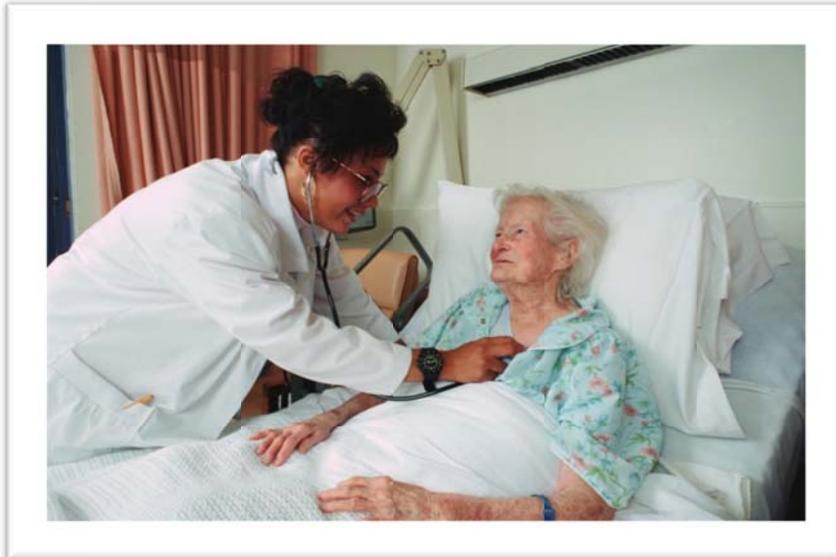
<http://www.cuidadoresdeancianos.com/cuidadores-de-ancianos/las-familias-de-los-adultos-mayores-que-requieren-cuidados/>

---

## Organización Mundial de la salud

### OMS

## La salud mental y los adultos mayores



Nota descriptiva N°381

Septiembre de 2013

---

### Datos y cifras

- La proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Se prevé que en el año 2100 la cantidad de personas de 60 años de edad o mayores aumente más de tres veces.
- La salud mental y el bienestar emocional tienen la misma importancia en la edad mayor que en cualquier otro periodo de la vida.
- Los trastornos neuropsiquiátricos representan el 6,6% de la discapacidad total (AVAD) en este grupo etario<sup>1</sup>
- Aproximadamente un 15% de los adultos de 60 años o mayores sufren algún trastorno mental.<sup>1</sup>

---

Las personas de 60 años de edad o mayores realizan aportaciones valiosas a la sociedad como miembros activos de la familia, la sociedad y la fuerza de trabajo. La mayoría de estas personas gozan de buena salud mental, pero muchas corren el riesgo de padecer trastornos mentales, neurales o por abuso de sustancias psicoactivas, además de enfermedades somáticas o discapacidad.

## El problema

La proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Según se calcula, entre 2000 y 2050 dicha proporción pasará de 11 a 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 605 millones a 2 000 millones de personas mayores de 60 años. Los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales que es preciso reconocer.

Más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso.<sup>1</sup> La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad.

Los trastornos de ansiedad afectan al 3,8% de la población de edad mayor y los problemas por abuso de sustancias psicotrópicas, casi al 1%; asimismo, aproximadamente una cuarta parte de las muertes por daños autoinfligidos corresponden a personas de 60 años de edad o mayores.<sup>1</sup> Es frecuente que los problemas por abuso de sustancias psicotrópicas en los ancianos se pasen por alto o se diagnostiquen erróneamente.

El personal sanitario y los propios ancianos no reconocen los problemas de salud mental en su verdadera dimensión, y el estigma de las enfermedades mentales propicia que las personas sean aun más reacias a buscar ayuda.

Los factores de riesgo de los trastornos mentales en los adultos mayores

A lo largo de la vida son muchos los factores sociales, psíquicos y biológicos que determinan la salud mental de las personas. Además de las causas generales de tensión con que se enfrenta todo el mundo, muchos adultos mayores se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que necesitan asistencia a largo plazo.

Además, entre los ancianos son más frecuentes experiencias como el dolor por la muerte de un ser querido, un descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación, o la discapacidad. Todos estos factores pueden ocasionarles aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia.

La salud mental influye en la salud del cuerpo, y a la inversa. Por ejemplo, los adultos mayores con enfermedades como las cardiopatías presentan tasas más elevadas de depresión que quienes no padecen problemas médicos. Por el contrario, la coexistencia de depresión no tratada y cardiopatía en una persona mayor puede empeorar esta última. Los ancianos también son vulnerables al descuido físico y al maltrato. El maltrato de las personas mayores no se limita a causar lesiones físicas sino también graves problemas psíquicos de carácter crónico, como la depresión y la ansiedad.

La demencia y la depresión en los ancianos son problemas de salud pública

## Demencia

Es un síndrome que se caracteriza por la mengua de la memoria y la capacidad de pensar, trastornos del comportamiento e incapacidad para realizar las actividades de la vida cotidiana. Afecta principalmente a los ancianos, pero no es una parte normal de la vejez.

Se calcula que en el mundo hay unos 35,6 millones de personas aquejadas de demencia. Se prevé que el número de estas personas casi se duplique cada veinte años, de modo que será de 65,7 millones en 2030 y de 115,4 millones en 2050; además, la mayoría de esos pacientes vivirán en países de ingresos bajos y medianos.

La demencia lleva aparejados problemas sociales y económicos de envergadura por lo que toca a los costos de la asistencia médica, social e informal que impone. Por otra parte, las presiones físicas, emocionales y económicas pueden agobiar a las familias. Tanto las personas aquejadas de demencia como quienes las asisten necesitan apoyo sanitario, social, económico y legal.

## Depresión

La depresión puede causar grandes sufrimientos y trastorna la vida cotidiana. Afecta a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 1,6% de la discapacidad total (AVAD) en los de 60 años de edad y mayores.<sup>1</sup> En los establecimientos de atención primaria de salud la depresión no se diagnostica ni se trata como debiera. Es frecuente que los síntomas de este trastorno en los adultos mayores se pasen por alto y no se traten porque coinciden con otros problemas de esa etapa de la vida.

Los adultos mayores con depresión tienen un desempeño más deficiente por comparación con los que padecen enfermedades crónicas como las enfermedades pulmonares, la hipertensión arterial o la diabetes sacarina. Este trastorno también aumenta la percepción de tener mala salud, la utilización de los servicios médicos y los costos de la asistencia sanitaria.

## Estrategias de tratamiento y asistencia

Es importante que los prestadores de asistencia sanitaria y la sociedad en su conjunto presten atención a las necesidades especiales de los grupos de población de edad mayor mediante las medidas siguientes:

- capacitación de los profesionales sanitarios en la atención de los ancianos;
- prevención y atención de las enfermedades crónicas que acompañan a la vejez, como los problemas mentales, neurales y por abuso de sustancias psicotrópicas;
- elaboración de políticas sostenibles sobre la asistencia a largo plazo y los cuidados paliativos;
- creación de servicios y entornos que favorezcan a las personas de edad.

## Promoción de la salud

La salud mental de los adultos mayores se puede mejorar mediante la promoción de hábitos activos y saludables. Ello supone crear condiciones de vida y entornos que acrecienten el bienestar y propicien que las personas adopten modos de vida sanos e integrados. La promoción de la salud mental depende en gran medida de estrategias conducentes a que los ancianos cuenten con los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas, tales como:

- protección y libertad;
- viviendas suficientes mediante políticas apropiadas;
- apoyo social a las personas mayores y a quienes cuidan de ellas;
- programas sanitarios y sociales dirigidos específicamente a grupos vulnerables como las personas que viven solas, las que habitan en el medio rural o las aquejadas de enfermedades mentales o somáticas;
- programas de prevención de la violencia o maltrato en contra de los adultos mayores;
- programas de desarrollo comunitario.

## Intervenciones

El reconocimiento y tratamiento oportunos de los trastornos mentales, neurales y por abuso de sustancias psicotrópicas en los adultos mayores revisten una importancia decisiva. Se recomienda aplicar intervenciones psicosociales y farmacológicas.

No se cuenta hoy por hoy con medicamentos para curar la demencia, pero es mucho lo que se puede hacer para apoyar y mejorar la vida de las personas que la padecen, así como a sus cuidadores y familias, como por ejemplo:

- el diagnóstico temprano para promover el tratamiento oportuno y óptimo;
- la optimización de la salud física y psíquica, incluidas la detección y el tratamiento de enfermedades; el respaldo para superar las enfermedades somáticas, aumentar la actividad física y cognitiva, y acrecentar el bienestar;
- la detección y el tratamiento de síntomas comportamentales y psíquicos difíciles;
- el suministro de información y apoyo prolongado a los cuidadores.

La atención de la salud mental en la comunidad

Una buena asistencia sanitaria y social en general es importante para mejorar la salud, prevenir enfermedades y tratar los padecimientos crónicos de las personas mayores. Por lo tanto, es importante capacitar a todo el personal sanitario que debe enfrentarse con los problemas y trastornos relacionados con la vejez.

Para ello es imprescindible proporcionar a los adultos mayores una atención de salud mental eficaz en el nivel comunitario. La misma importancia tiene poner de relieve la asistencia prolongada de los adultos mayores aquejados de trastornos mentales, así como dar formación, capacitación y apoyo a quienes los atienden.

Es imprescindible contar con un marco legislativo apropiado, basado en las normas internacionales sobre derechos humanos, para ofrecer los servicios de la mejor calidad a las personas con enfermedades mentales y a quienes cuidan de ellas.

La respuesta de la OMS

Los programas de la OMS en pro de un envejecimiento activo y sano han creado un marco mundial para la actuación en los países.

La OMS apoya la meta de los gobiernos de fortalecer y mejorar la salud mental de los adultos mayores y de basar los planes de acción y las políticas en estrategias eficaces. La OMS reconoce que la demencia es una prioridad sanitaria. En el informe *Dementia: a public health priority* (2012), se proporciona información y ayuda para sensibilizar a la gente con respecto a este problema. Asimismo, se pretende fortalecer las actividades públicas y privadas para mejorar la asistencia y el apoyo a las personas aquejadas de demencia y a sus cuidadores.

La demencia, la depresión y otros trastornos mentales de gran importancia están incluidos en el Programa de Acción Mundial en Salud Mental (mhGAP), por el cual se pretende mejorar la asistencia de los trastornos mentales, neurales y por abuso de sustancias psicotrópicas mediante la aportación de orientaciones e instrumentos para el desarrollo de los servicios de salud en las zonas pobres.

✓ **Acerca del “Taller de la memoria” \***  
**Lic. Virginia Grassi**



Aristóteles definió al hombre como un animal político, o sea que como humanos necesitamos vivir en sociedad, las normas sociales permiten la convivencia , regulan nuestra conducta y la forma de relacionarnos .

Somos seres sociales por naturaleza

El hombre es esencialmente un ser para los demás , un ser en relación, que depende de los demás y se forma en la convivencia de las relaciones humanas. Tradicionalmente la vejez ha sido relacionada con la enfermedad, la dependencia y la falta de productividad simbolizando un paradigma, que actualmente no representa a la población de adultos mayores.

Fue necesario instaurar un nuevo paradigma que integre a esta población, a partir de los 50 años, como participantes activos de una sociedad que reconoce el envejecimiento entendido como una variable positiva que acompañe a mantener la autonomía, la productividad, y una mejor calidad de vida. La Organización Mundial de la Salud a fines del siglo XX ha transmitido el concepto de : "envejecimiento saludable" para hacer referencia no solo a la capacidad de estar físicamente activo,

sino a una implicación en cuestiones sociales, económicas, espirituales y cívicas en este ciclo de la vida.

Partiendo de esta idea , los talleres de la memoria surgen para cubrir estas necesidades dentro del marco del espacio grupal ; y están destinados a toda persona mayor de 55 años que este interesada en entrenar sus funciones cognitivas.

Entre sus beneficios se destacan la mejora del funcionamiento cognitivo, tomando las variables de memoria y atención , así como también el lenguaje y la percepción; el manejo de la ansiedad, la resolución de conflictos , el mejoramiento de la autoestima y la socialización entre el grupo de “ pares” .

Destaco la importancia del grupo, tomando el concepto de Pichon Rivier como:

"conjunto restringido de personas que, ligadas por constantes de tiempo y espacio y articuladas por su mutua representación interna se propone, en forma explícita o implícita, una tarea que constituye su finalidad, interactuando a través de complejos mecanismos de asunción y adjudicación de roles".

El taller de la memoria como espacio grupal , devino en mi, luego de muchos años coordinando grupos de autoestima ; y convoco a la tarea de fortalecer la memoria, la atención y el desarrollo cognitivo en la población de adultos mayores ( a partir de los 60 años). Pero el grupo supero ampliamente ésta intención.

El grupo “ arco iris”, así bautizado luego de un año compartido, está formado por mujeres totalmente diferentes pero a su vez similares en cuanto a la formación de valores. Si bien cada una refleja y transmite su huella personal, comparten el respeto, la solidaridad, el compromiso y una conducta amorosa que las caracteriza. Fue dentro de ese encuadre donde las variables de memoria y atención empezaron a circular, cuando aparecieron otros estímulos... Entre oraciones, dibujos y colores, búsqueda de palabras, resolución de problemas, incógnitas, etc, la cohesión del grupo hizo posible que las emociones y los sentimientos se hicieran presentes, y las tristezas y alegrías, el llanto y las risas se sumaran, para formar parte de los discursos y las experiencias de vida compartidas en cada re-encuentro.

### Ellas lo hicieron posible.

El alto compromiso hacia el espacio abrió la brecha para empezar a recrear otras cuestiones, que si bien convocan a la memoria y la atención, proponen otra mirada de la temática. Las inquietudes y la curiosidad del grupo dieron lugar a la lectura de libros y la posterior interpretación literaria pero también a la realización de trabajos de crecimiento personal que derivaron en una multiplicidad de miradas y sensaciones. Se trabajaron libros como “ El caballero de la armadura oxidada” y “ Los cuatro acuerdos” que dispararon diversas cuestiones reflexivas que derivaron en nuevas tareas. Una técnica muy valorada como consecuencia de lo anterior fue la realización del genosociograma como herramienta de autoconocimiento . Por

# Revista ConViviendo

---

[www.convivirgrupo.com.ar](http://www.convivirgrupo.com.ar)

[info@convivirgrupo.com.ar](mailto:info@convivirgrupo.com.ar)

otra parte , las tareas domiciliarias, estimularon en el grupo la comunicación por diversas vías , entretejiendo una trama grupal fuerte y amorosa.

Desde mi lugar como coordinadora, este maravilloso grupo, me aporó en todo momento estímulo, compromiso, responsabilidad y perseverancia. Con cada encuentro me nutren en cuerpo y alma porque son la representación de la esperanza , de la fe y del entusiasmo en este ciclo de la vida!!

A todas y a cada una les brindo mi homenaje y mi agradecimiento; y las convoco a continuar en esta maravillosa experiencia !

\*El "Taller de la memoria" es una de las actividades propuestas desde Grupo ConVivir y es coordinado por la Lic. Virginia Grassi.

---

## EL TRABAJO SOCIAL EN EL ÁMBITO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS: UNA PROFUNDIZACIÓN SOBRE EL ROL PROFESIONAL

Lorena Vanzini \*



Éste artículo se ha publicado en la revista del Colegio de TS de Málaga, que se denomina TS En formato electrónico, la edición N° 47 del 2011.

Se vuelve a publicar con autorización de la autora.

### 1. RESUMEN

El presente trabajo pretende definir el rol profesional del Trabajador Social en el ámbito de los cuidados paliativos. Este pretende situar y dar a conocer nuestra función profesional dentro de los Equipos de Atención a Pacientes y Familiares, así como también proporcionar información eficaz sobre la cartera de servicios de los que dispone el Trabajador Social para desarrollar su actuación profesional dentro del ámbito de intervención de los cuidados paliativos.

Igualmente, el presente trabajo aborda algunas cuestiones clave sobre el trabajo que se realiza; profundizando en aspectos tan vitales como el trabajo con familias,

la concreción de la intervención profesional, los objetivos a perseguir y la consecución de una calidad de atención profesional y humana. Ofrece, además, una reflexión sobre los recursos personales y técnicos, dirigidos a hacer frente a todas esas dimensiones específicas y a sus particularidades; comprendiendo tanto las necesidades de las familias como las de los pacientes que se encuentran en esta última etapa de su vida.

Por último, proporciono una conclusión sobre los alcances de nuestro rol y sobre los nuevos retos profesionales que se nos plantean dentro de este ámbito de intervención.

Palabras clave: **Cuidados paliativos, Atención integral, Rol del Trabajador Social, Cartera de Servicios, Trabajo con familias, Habilidades profesionales.**

## 2. INTRODUCCIÓN

Es para mí una alegría profesional el poder compartir este trabajo con ustedes. El ámbito de los cuidados paliativos me cambió radicalmente la forma de ver la vida. El conocer esta realidad, tan próxima a la muerte, me quitó el velo y sensibilizó aquellas partes de mí que aún estaban estáticas.

El trabajo que tenéis ante vosotros, se fundamenta en una reflexión y un profundo análisis fruto de mi experiencia en el ámbito de la atención a pacientes oncológicos que reciben cuidados paliativos. A través de este, pretendo compartir con vosotros las necesidades que experimentan las personas a las que diariamente dedico mi actuación profesional y a evidenciar la gran repercusión que

el Trabajo Social tiene en este ámbito de intervención y cómo contribuye a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Aprovecho para agradecer a todos mis pacientes, que me han enseñado tanto y que me han ayudado a crecer, la oportunidad de brindarme esta experiencia única, un aprendizaje a lo largo de este camino lleno de interrogantes, emociones a flor de piel y un sinfín de sensaciones que me han ayudado a crecer como persona y a profundizar más sobre los valores, los afectos y la asombrosa complejidad de relaciones humanas. Pero, sobre todas las cosas, por darme la oportunidad de aprender sobre el sentido mismo de la vida... Dedico a ellos este trabajo y les rindo un pequeño homenaje, por dejarme entrar en ese momento tan especial por el que transita el ser humano al final de su vida.

Agradezco también a mis amigas, Trabajadoras Sociales, Pilar Ruda Montaña y Juana Rabelo Maldonado, por motivarme a compartir esta experiencia. Gracias a ambas por impulsarme a caminar.

Por último, a mi compañero, que me enseñó a construir un paracaídas para que las caídas sean más suaves. Sin él, hubiese sido más difícil.

Con infinita gratitud.

### **3. PRESENTACIÓN DEL TEMA**

La Organización Mundial de la Salud (OMS, en adelante) proclamó, en un documento clave para el desarrollo de los cuidados paliativos, la definición propuesta por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos, publicada en 1990,

entendiendo por esta **“El cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial”**. Esto supuso un avance de grandes dimensiones, al destacar que los cuidados paliativos no debían limitarse a los últimos días de vida, sino aplicarse progresivamente a medida que avanza la enfermedad y teniendo en cuenta en todo momento las necesidades de los pacientes y de sus familias<sup>1</sup>.

Posteriormente, la OMS desarrolló la definición de cuidados paliativos, entendiendo que estos consistían en un **“Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales”**<sup>2</sup>.

Los cuidados paliativos, por tanto, configuran el conjunto de prácticas orientadas a atender al conjunto de necesidades, tanto de los familiares como de los pacientes que atraviesan la situación de enfermedad.

Centrándonos en nuestro campo de intervención y analizando las relaciones sociales, la familia es considerada como el primer vínculo de una persona cuando nace, en tanto ser vivo y dinámico en permanente movimiento. El trabajo que se

---

<sup>1</sup> Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud. Madrid, 2007, p. 23.

<sup>2</sup> Loc. cit.

desempeña y que engloba el término “Cuidados Paliativos”, va dirigido a este binomio conformado por la familia y el paciente.

La definición de la OMS, de otro lado, también contempla el abordaje de ese conjunto de necesidades a las que tienen que hacer frente ese binomio familia-paciente durante este proceso de enfermedad, e integra las necesidades de carácter físico; centradas en el control de la sintomatología del paciente y que se configuran de suma importancia en cuanto que alivian el sufrimiento padecido por el dolor.

No menos importante son las necesidades emocionales, cuyo objetivo va dirigido al análisis de la exploración de los sentimientos, centrado en conocer, contener y gestionar el plano emocional tanto del paciente como el de sus familiares. Ambos, se encuentran expuestos a un proceso doloroso (tanto por las manifestaciones que la enfermedad tiene en el paciente como por el conocimiento del fallecimiento) que se manifiesta en un proceso inestable, fuertemente estresante, que agota física y emocionalmente a todos los miembros de la unidad familiar.

De otro lado se encontrarían las necesidades sociales, orientadas estas a la gestión de recursos para atender las necesidades que aparecen durante el proceso de enfermedad y que pueden ayudar a la unidad familiar en la mejora, el cuidado y, en definitiva, en la atención y calidad de vida de los pacientes oncológicos.

Estas necesidades suelen originarse por factores tanto externos: económicos (disminución de los ingresos), laborales (pérdida del trabajo o dificultad para

mantener el mismo por la asunción de cuidados), sociales (deterioro, alejamiento o rechazo de las redes de apoyo por diversos motivos, desconocimiento de los recursos sociales o institucionales, etc.); como internos a la propia familia: baja tolerancia a la ansiedad, depresión, miedo, impotencia, etc. Algunos de ellos se agravan con la coyuntura familiar y personal por la que se atraviesa y están en permanente cambio. Las necesidades sociales están condicionadas por múltiples factores y son determinantes en algunos casos a la hora de establecer prioridades.

Igualmente, habrá que tener en cuenta tanto los factores de riesgo como de protección de la familia, ya que una familia con más indicadores negativos y menos capacidades, tendrá más dificultad a la hora de atender las demandas y necesidades de sus miembros. En esta situación, la intervención profesional va a ser clave para no permitir que la situación de vulnerabilidad social por la que atraviesa la familia provoque una situación de riesgo para el resto de la misma.

Asimismo, considero que las necesidades sociales juegan un papel crucial en la vida familiar; puesto que las situaciones socio-familiares que hacen a la cotidianidad, conllevan una serie de factores que inciden en el desarrollo de ésta. No son eternas, una familia puede atravesar un período de crisis y después volver a la normalidad. (Pero ahondaré en estas cuestiones más adelante).

Las necesidades espirituales, expresan las inquietudes existentes en el interior de una persona y se reflejan en el camino que realiza el ser humano hasta el final de su vida. En este trayecto, la persona pasa por diferentes fases, que van desde el

sufrimiento (en sus diversas manifestaciones) a la aceptación y, finalmente, hasta la trascendencia humana (cuando la persona acepta la despedida). Detectar y abordar estas necesidades requiere de una táctica profesional bien definida que oriente el acompañamiento y de respuesta a la globalidad de las mismas; actuación que no es posible sin una formación previa y especializada en este sentido.

Ya lo mencionó, Victor Frankl en su maravillosa obra “El hombre en búsqueda de sentido”.

**El hombre puede conservar un reducto de su libertad espiritual, de independencia mental, incluso en aquellos crueles estados de tensión psíquica y de indigencia física...Quizás no fuesen muchos , pero esos pocos representan una muestra irrefutable de que al hombre se le puede arrebatar todo salvo una cosa: la última de las libertades humanas, la elección de la actitud personal que debe adoptar frente al destino, para decidir su propio camino...y es precisamente esa libertad interior la que nadie nos puede arrebatar, la que confiere a la existencia una intención y un sentido (Victor Frankl, 2005, 90).<sup>3</sup>**

Los cuidados paliativos, en síntesis, son un soporte de suma importancia que permite aliviar el sufrimiento que esta experiencia genera en las familias y en los pacientes.

#### **4. DESARROLLO DE LOS ASPECTOS DEL TEMA**

---

<sup>3</sup> Frankl, V. El hombre en búsqueda de sentido. Edit. Herder, Barcelona, 2005, p. 90.

## 4.1. LA ATENCIÓN INTEGRAL AL FINAL DE LA VIDA

“Atención integral” significa dar respuesta al conjunto de necesidades de los pacientes y familiares. Contribuye al cierre de la biografía de una persona y acompaña al desenlace de una historia de vida.

La enfermedad como proceso, devuelve al paciente y a la familia lo que es importante, acerca a estos al territorio de las cosas sagradas, permite el cuestionamiento del sentido de la existencia y pone a prueba los vínculos entre los miembros.

Los profesionales que estamos en el ámbito de los cuidados paliativos, contribuimos cada uno desde nuestra propia especialidad, a que cada paciente pueda irse con dignidad, sin dolor y con el menor sufrimiento posible. Empatizar con ello es todo un reto, pero también nos permite comprender al otro, aprender de sus circunstancias y acompañar en el proceso de morir.

Ya lo anticipó, Elizabeth Kubler-Ross en el legado que nos dejó con su trayectoria y enseñanzas. Uno de los textos escritos por esta autora que más impacto tuvo en mi persona, fue su obra “Conferencias: Morir es de vital importancia”. En una de sus conferencias expresa lo siguiente: **“Si trabajáis con pacientes moribundos, os pueden enseñar mucho sobre la vida. Os enseñan lo que realmente significa amar. Los pacientes van a ser nuestros mejores profesores.**

**Cuando estéis muriendo necesitáis que sean honestos contigo, que os amen sin condiciones” (Elizabeth Kubler-Ross, 1998).<sup>4</sup>**

## **4.2. EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO, UNA OPORTUNIDAD DE CRECIMIENTO PROFESIONAL.**

El trabajo interdisciplinario es un reto. Este requiere de un verdadero ejercicio de diálogo, consenso y de aprendizaje. No es fácil, puesto que un Equipo siempre está compuesto por seres únicos, irrepetibles y con un bagaje profesional diverso y heterogéneo.

Existe una diversidad de profesionales que lo integran, cada uno trabajando sobre una arista del prisma, persiguiendo un fin que es “aliviar el sufrimiento” a pacientes y familiares.

Un equipo de seres humanos, previamente condicionado por experiencias personales anteriores, unido para trabajar en esta tarea y en este punto de la vida.

El trabajo con pacientes paliativos requiere de esta diversidad pero, sobre todas las cosas, requiere de la sensibilidad, compromiso y habilidades personales de los miembros que integran estos equipos, para ser capaces de ofrecer un servicio integral y cualificado.

La riqueza de la labor profesional radica, a mi entender, en la heterogeneidad de los integrantes y en las capacidades de sus miembros, se encamina a realizar un

---

<sup>4</sup> Kubler-Ross, E. Conferencias: morir es de vital importancia. 1998.

verdadero ejercicio de comunicación y consenso; donde, pese a la situación de adversidad, no se pierde el objetivo de la tarea.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, reviste especial importancia, determinar la tarea y la función de estos Equipos interdisciplinarios. Los mismos, realizan las siguientes funciones:

- Establecen una delimitación de roles, funciones y tareas específicas.
- Ponen en funcionamiento los valores compartidos: Cooperación, solidaridad, compasión, respeto, etc.
- Reconocen al otro como profesional y persona, así como sus sentimientos.
- Comparten un objetivo común.
- Realizan un ejercicio participativo en toma de decisiones.
- Asumen, como equipo, los aciertos y desaciertos.
- Se cuidan entre ellos. Hay demostraciones de afecto. Previenen el burnout.
- Dialogan, se comunican con los demás, facilitan la tarea del otro.
- Aplican las habilidades aprendidas en ellos mismos. (Crecen).
- Potencian sus capacidades compartiéndolas con el entorno.

En el siguiente artículo, realizado por los autores Manuel Ojeda Martín y Marcos Gómez Sancho (2001), se ofrece la siguiente definición: “**La medicina paliativa**

**debe ser llevada a cabo a través de equipos multidisciplinarios integrados por, médicos; enfermeras; auxiliares de enfermería; psicólogos; trabajadores sociales; sacerdotes; voluntarios etc. A estos profesionales hay que exigirles que estén extremadamente instruidos en estos problemas, que tengan un profundo respeto por la vida y un gran amor por el prójimo”.**<sup>5</sup>

### **4.3. EL ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL, TODA UNA CARTERA DE SERVICIOS.**

Mucho se ha hablado sobre el rol profesional, innumerables autores han escrito sobre esto; algunas veces me pregunto si los demás profesiones cuestionan tanto el rol como los profesionales que trabajamos con pacientes paliativos.

¿Es acaso nuestra función profesional y nuestro compromiso, la que nos impulsa a asumir nuevos retos?, ¿o la responsable es la realidad cambiante, que hace que evolucionemos junto a ella?, ¿podríamos hablar de compromiso profesional el estar en sintonía con la realidad?

Creo que es importante detenernos y reflexionar sobre ello.

Tradicionalmente nuestra labor se ha centrado, principalmente, en la relación diagnóstico – tratamiento, pero, cuando hablamos de pacientes paliativos identificar la realidad social sobre la cual trabajamos implica mucho más que esta mera relación. Lo que se persigue es el ajuste adecuado, el encuentro de la

---

<sup>5</sup> Manuel Ojeda Martin y Marcos Gómez Sancho. El equipo multidisciplinario en Medicina Paliativa. Editado por la revista Medicina Paliativa en la cultura latina. Edit. 2001

sintonía necesaria para hacer de la calidad de vida y del respeto a las decisiones del otro el motor principal de nuestra intervención.

Como lo plantean Tobón, Rottier y Manrique (1992, 100): **“Una cosa es señalar la situación que se presenta como problemática y otra es definirla en términos de intervención. Definir el problema objeto de intervención es delimitar que aspectos de una necesidad social son susceptibles de modificar con nuestra intervención profesional”**.<sup>6</sup>

Conocer la realidad es el punto de partida para poder intervenir, significa poder valorar todas las dimensiones de la realidad para establecer prioridades y poder plantearnos una estrategia de intervención.

**“El Trabajo Social define su intervención en un marco complejo y contradictorio...esto se traduce en un desfase permanente entre la magnitud de necesidades y los recursos asignados para atenderlas”**. (Tobón, Rottier y Manrique, 1992, p. 106).<sup>7</sup>

Si la realidad es cambiante, inestable y está en continuo movimiento., tenemos, como profesionales, que asumir las competencias necesarias para atender las problemáticas que surgen y dar, de este modo, respuesta a las mismas. Esto, a mi entender, se traduce en una necesidad para desarrollar las competencias; capacidades que debemos adquirir por medio de la formación y la capacitación, para adaptarnos mejor a la realidad e intervenir más acertadamente.

---

<sup>6</sup> Tobón, M.C., Rottier, N., y Manrique, A. La práctica del trabajador social. 1992, p. 100

<sup>7</sup> Ibid, p. 106.

Todo ello, sin obviar el paradigma ideológico en el que nos encontramos para no transformarnos en simples gestores del binomio necesidad/recurso e ir un paso adelante en nuestra intervención profesional. Lo que se perseguiría no es la aplicación sistemática de todos los recursos de los que se dispone ya que lo que verdaderamente importa es que a esa persona se le ofrezca lo que necesita; aquello que responda a sus necesidades reales a través de una atención personalizada donde sólo importen sus deseos (aún por encima de las necesidades que el profesional detecte). Con nuestra actuación no pretendemos ser invasivos e irrumpir bruscamente en la dinámica familiar, igualmente, tampoco en generar situaciones de mayor estrés familiar, sino en procurar la detección adecuada de aquellas necesidades que realmente vengan a provocar sentimientos de alivio y de serenidad para que la persona pueda partir tranquila. En muchos casos es más importante atender a las necesidades emocionales que otras de orden material.

La definición que más me gusta para definir el rol del trabajador social, se resume en un aporte magnífico de Donoso y Saldías (1998):

**El trabajo social familiar es una forma especializada de trabajo social, que entiende como unidad de trabajo a la familia y sus relaciones familiares, considerando el contexto en la cual está inserta. A través de este se pretende atender los problemas psicosociales que afectan al grupo familiar, generando un proceso de relación de ayuda, que busca potenciar y activar**

**tanto los recursos de las propias personas, los de la familia y de las redes sociales.<sup>8</sup>**

La práctica profesional de los Trabajadores Sociales en el ámbito de los cuidados paliativos está integrada, generalmente, en la acción que desempeñan los equipos interdisciplinarios; nuestra atención dirigida a pacientes y familiares está encaminada para atender las necesidades psicosociales que surgen en el proceso de morir.

La atención a familiares y pacientes, desde una perspectiva holística, permite desarrollar capacidades en el grupo familiar para enfrentarse al sufrimiento y adaptarse lo mejor posible a esta experiencia tan trascendente y vital para cualquier persona.

Pilar Arranz, Javier Barbero, Pilar Barreto y Ramón Bayés en su libro “Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y Protocolos” plantearon lo siguiente acerca del sufrimiento.

**Que el hombre-y no solo por el hombre enfermo- sufre es algo evidente; el sufrimiento nos guste o no, forma parte de la condición humana. De hecho como incómoda puesta en escena, el sufrimiento actúa como principio de realidad que reconcilia al hombre con su propia imagen, de por sí contingente y limitada. Y cuando entra en la fase final de la vida, la presencia**

---

<sup>8</sup> Donoso M.P. y Saldías. Modelos de intervención para el trabajo social familiar. Universidad Católica de Blas Cañas. Santiago de Chile, 1998.

**de sufrimiento suele ser casi inmediata en el paciente y en la familia.** <sup>9</sup> (2003, 119)

Para finalizar e insistir en esta idea, destacar que, en relación con la función específica que desempeña el Trabajador Social en el ámbito de “Los cuidados Paliativos”, a mi entender, puedo expresar que este ofrece una cartera de servicios para atender las necesidades por las que la unidad familiar atraviesa. Estas, estarán siempre orientadas a atender las necesidades sociales que cada caso requiera, de forma individualizada.

Para ello, el accionar profesional implica:

- Diagnosticar la realidad familiar y la situación en la que se encuentra el paciente paliativo.
- Realizar un análisis de la realidad, establecer factores de riesgo, como así también definir prioridades a la hora de intervenir.
- Establecer una prognosis, sobre la realidad.
- Focalizar prioridades como así también descartar aquellos problemas que no se abordarán.
- Plantear objetivos e implementar un plan de intervención para atender esta problemática.
- Facilitar asesoramiento sobre la gestión de recursos, cooperar con la familia para la preparación de documentación.

---

<sup>9</sup> Arranz, P., “et al”. Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y Protocolos. Edit. Ariel Ciencias Médicas, Barcelona, 2003, p. 119.

- Contener la problemática emocional de sus miembros, detectar y derivar a otros profesionales para una atención más especializada.
- Dar apoyo emocional y realizar intervenciones familiares, con el objeto de que la familia vea la necesidad sentida para movilizar los recursos personales.
- Intervenir en las familias para abordar conflictos relacionados con la cobertura de necesidades del paciente paliativo y su entorno. Mediar intereses entre los miembros de la unidad familiar.
- Facilitar asesoramiento y contención al cuidador. En este sentido la acción profesional está centrada en educar, apoyar y potenciar las capacidades cuidadoras.
- Realizar la atención al duelo de los familiares.
- Facilitar el apoyo y gestión del voluntariado asistencial.

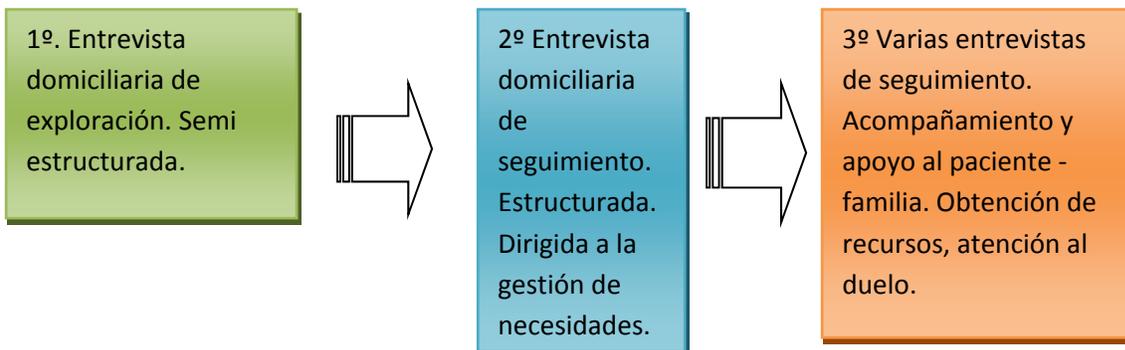
### En relación con otros profesionales:

- Establece circuitos profesionales, potencia el trabajo en red.
- Sensibiliza a otros profesionales de otras áreas, como así también coopera para la buena gestión del caso. Respondiendo en primera instancia a las necesidades del paciente y de la unidad familiar.

Para finalizar el desarrollo de este aspecto, no podemos dejar de lado el análisis y concreción de los recursos de los que disponemos, materializados en la Cartera de Servicios. Esta, contempla:

- VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN FAMILIAR, DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y ELABORACIÓN DE UN PLAN DE INTERVENCIÓN.
- ASESORAMIENTO PARA GESTIÓN DE RECURSOS TANTO PÚBLICOS COMO PRIVADOS.
- COORDINACIÓN CON OTROS PROFESIONALES PARA LA GESTIÓN DE LOS CASOS SOCIALES.
- COORDINACIÓN DEL VOLUNTARIADO ASISTENCIAL.
- ASESORAMIENTO, FORMACIÓN Y APOYO AL CUIDADOR Y A LA FAMILIA.
- APOYO EMOCIONAL A PACIENTES Y FAMILIARES.
- ATENCIÓN AL DUELO.

Es válido aclarar que, en su aplicación, se realiza un circuito conformado por:



## 4.4. EL TRABAJO CON LAS FAMILIAS.

La familia como sistema vivo en permanente cambio, crece y se moldea por muchos factores tanto internos como externos. En el proceso de evolución de la vida humana, las familias atraviesan por momentos o etapas vitales que pueden desestabilizar su normal funcionamiento, creando situaciones de crisis, petrificación y situaciones de gran tensión y estrés.

Muchas definiciones existen de familia, así como tipos, estructuras y características de las mismas. Sobre esto no ahondaré, puesto que ya lo han definido bastante bien los terapeutas.

Solo resaltar que, es de suma importancia situarse en el “ciclo vital de la familia” para comprender mejor la posición en la que se encuentra un paciente paliativo. En este sentido, tal y como lo define José Antonio Ríos **“entendemos como ciclo vital al proceso de evolución esperable”**.<sup>10</sup>

Las etapas de las familias, son los períodos en donde la unidad familiar va evolucionando para adaptarse a los nuevos cambios que aparecen en la siguiente.

Cuando un miembro de la familia se encuentra enfermo, surgen nuevas necesidades en el sistema y esto requiere de una nueva adaptación dentro del ciclo vital en el que se encuentra la persona. No es lo mismo para una paciente de 40 años, que está aún en un ciclo donde sus hijos están en edad escolar, que para un paciente de 80 años en donde estas preocupaciones han dejado de existir.

---

<sup>10</sup> José Antonio Ríos. Los ciclos vitales de la familia y la pareja. Ed. CCS, 2005, p. 15.

EL trabajo con pacientes paliativos requiere de una valoración clara sobre el rol paciente y su función dentro de la unidad familiar, así como con el mapa de relaciones con el que cuenta. Si realizamos un buen diagnóstico, podremos acertar con el plan de intervención y desarrollar una actuación eficaz.

El trabajo con familias requiere atender las necesidades de todos sus miembros, así como detectar e identificar los factores de riesgo, sin perder de vista las amenazas a las que la familia debe hacer frente. De otro lado, igualmente es de suma importancia, valorar las capacidades y potencialidades de la familia para hacer frente a la nueva situación.

Si como profesionales tenemos estos aspectos claros, este hecho constituirá un buen pronóstico para el éxito de la intervención familiar. La oportuna habilidad para la adecuada percepción de la realidad familiar y el establecimiento de un diagnóstico que se corresponda con las verdaderas necesidades, van a determinar la estrategia a seguir dentro de la relación de ayuda así como asegurará el éxito de nuestra intervención.

Profundizando en este sentido, cabe realizarse la siguiente pregunta: **¿Qué necesidades pueden tener las familias, cuando hay un paciente paliativo?**

**Pues bien, las mismas pueden ser de diferente índole o naturaleza:** Económicas, emocionales, de comunicación (relacionadas con proceso de información de sus miembros, de exteriorización de sentimientos, de ayuda al proceso de despedida), de cuidados (en ocasiones se desconocen los cuidados necesarios que se debe dispensar al paciente, así como los que deben recibir los

cuidadores), estructurales (relacionadas a la accesibilidad de la vivienda y al confort del paciente), necesidades de soporte familiar (relacionadas a las redes de apoyo de los sectores formales e informales), organizativas (que son aquellas relacionadas con la modificación de estructuras de funcionamiento previas a otras nuevas, que permitan una nueva adaptación), así como aquellas otras que contemplan y se consideran propias al ciclo vital en el que se encuentra la familia.

La adecuada adaptación de las familias a la realidad, estará condicionada por la identificación de estas necesidades y por la capacidad de enfrentarse a la gestión de las contrariedades que les afectan.

#### **4.5. LAS HABILIDADES PROFESIONALES.**

Las habilidades del profesional son imprescindibles para trabajar con pacientes que se encuentran al final de la vida y sus familiares. Les confieso que nunca reflexioné tanto sobre esta cuestión, hasta que me sumergí en el mundo de los paliativos.

La realidad es que acompañamos con lo que somos, con lo que tenemos dentro de nosotros. Por este motivo, resulta fundamental trabajarlo, crecer interiormente, para poder ser efectivos a la hora de intervenir. Esto se traduce en algo tan simple como, por ejemplo, en la idea de que no puedo intervenir con familiares en duelo, si yo mismo tengo duelos sin resolver. El tener una mirada crítica y un examen de autoconciencia, estar en paz con nuestros sentimientos, haber aclarado los conflictos internos, nos va a permitir mantenernos en una línea de congruencia, entre lo que sentimos, decimos y hacemos.

La formación en habilidades es una buena llave para ayudar a los pacientes y sus familiares, que nos permite hacer más efectivas nuestras intervenciones.

Para la autora Pamela Trevithick, el concepto de habilidades expresa lo siguiente:

**“Habilidad significa el grado de conocimiento, pericia, criterio y experiencia que se pone en juego dentro de una situación, de una línea de acción o de una intervención determinada”.**<sup>11</sup>

La autora distingue entre niveles de habilidades:<sup>12</sup>

- ✚ **Habilidades básicas:** Se refieren a destrezas elementales que son necesarias en la mayoría de las intervenciones en el ámbito de aplicación del Trabajo Social (empatía, saber establecer una relación o comunicación).
- ✚ **Habilidades de nivel medio:** Relacionadas con las destrezas exigidas para hacer frente a situaciones de mayor complejidad, como trabajar con personas resistentes o indiferentes.
- ✚ **Habilidades de nivel superior o especializadas:** Resultan necesarias cuando se realiza un trabajo en contextos que requieren un conocimiento especializado. Para ello, resultaría imprescindible la formación en orientación psicológica, personal, social o en terapia familiar, así como ser capaz de trabajar con problemas multifacéticos e inextricables o en

---

<sup>11</sup> Pamela Trevithick. Habilidades de comunicación en intervención social. Edit. Narcea. Madrid, 2006, p.35.

<sup>12</sup> Ibid, p. 41-42.

situaciones que entrañan conflicto, hostilidad o altos niveles de angustia.

Los Trabajadores Sociales que desarrollan su actuación en el ámbito de los cuidados paliativos, requieren, a mi entender, una formación de nivel superior para abordar la complejidad que entraña el trabajo con pacientes y familiares que se encuentran al final de la vida. Esto resulta imprescindible. Enfrentarse al sufrimiento de otras personas, requiere del desarrollo de un conjunto de habilidades específicas y de un trabajo personal previo, además de la formación teórico práctica necesaria para llevarla a cabo y poner en marcha la relación de ayuda.

Las habilidades de comunicación, han sido desarrolladas por diversos autores; este es un tema recurrente para muchos de ellos que, de alguna forma u otra, han trascendido y penetrado estos conocimientos en todos nosotros. No obstante, creo que la riqueza de estas habilidades radica en el uso adecuado dentro del contexto y en la capacidad personal a la hora de emplearlas. En algún punto, la esencia del Trabajador Social es hacer explícito aquello que está implícito, favoreciendo el proceso de aprendizaje de las familias y pacientes.

Tan importantes son, que incluso hay autores que las definen como técnicas. Hay autores que las definen como técnicas. Entre ellas, podemos destacar las más significativas: De observación; de escucha activa, de recepción, de formulación, de reformulación, de síntesis, de confirmación, de parafraseo, de respuesta empática, de confrontación, de reformulación positiva, de motivación, de cierre y apertura, de

interpretación del lenguaje no verbal, de clarificación, el silencio terapéutico, etc. Cada una ofrece una herramienta a la hora de intervenir y existen variadas finalidades de uso.

Otro aspecto importante es la actitud profesional, el vaciamiento previo de juicios morales requiere despojarnos de todo enjuiciamiento sobre el objeto de intervención. No podemos juzgar las historias de vida, esto crea distanciamiento y malestar. Para hallar la comprensión de la realidad, debemos tener la humildad de aprender y no olvidar el compromiso que tenemos adquirido con el otro.

Si de verdad queremos ayudar a otras personas, debemos mantenernos en una actitud respetuosa y empática. Estar presentes, representa estar con todos los sentidos, libres de cualquier prejuicio o arrastre, sólo importa el momento presente. De otro lado, nuestra atención plena nos va a permitir comunicarnos mejor y esto nos va a posibilitar el desarrollo de una mayor sensibilidad para trabajar ante la experiencia del sufrimiento con personas al final de la vida.

El counselling, se configura como otro camino, otra vía de acción para atender a familiares y pacientes que se encuentran al final de su vida. Este, contempla todas las habilidades antes mencionadas y dirigidas hacia una comunicación más efectiva y practicable. De hecho, es considerada por diversos autores como **“Metodología idónea para comunicación terapéutica y no solo en el ámbito de los cuidados paliativos”**.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Arranz, P., “et al”. Op. Cit.

### 4.6. SOBRE BIOGRAFÍAS

En esta parte de mi trabajo, mi intención se centra en focalizar fragmentos de diálogos, todos ellos extraídos de mi diario de campo, con el objeto de reflejar algunas cuestiones que los pacientes paliativos experimentan al final de la vida. Son dimensiones que, trabajándolas, permiten cerrar las biografías y que nos muestran la trascendencia del ser humano.

Entre éstas se mueve el trabajo de los cuidados paliativos, por eso os invito a una fracción de un mundo descriptivo. Tan solo para poder sensibilizar y comprender aquellas cuestiones vitales que nuestros pacientes paliativos manifiestan cuando se enfrentan al proceso de morir.

José: 82 años. **“La presencia de la muerte.”**

Antes de llegar al domicilio a donde me dirigía para realizar mi visita domiciliaria, veo venir hacia mí un hombre cansado, caminando con dificultad, bajando la calle del pueblo —yo no sospechaba que se trataba de José, ya que no lo conocía—. Cuando llamo a la puerta, me recibe su hija y, animadamente, empiezo mi entrevista de exploración del caso. Cuando José llega a casa, cambia el rumbo de la entrevista y, abiertamente, comienza a relatar su historia de vida, haciéndonos testigos de esta a su hija a mí.

—Yo nunca he tenido un problema de salud, siempre he estado trabajando. Desde que perdí a la madre de mis hijos la vida me hizo tirar siempre “pa lante”, y eso hice. Trabajé en los túneles hasta que me jubilé, ya cansado de tanta lucha. Solo

sabe Dios lo duro que fueron esos tiempos..., con una hembra de siete años y dos varones pequeños, a los que tuve que dejar solos para ir a trabajar. Mi hija sí que supo hacerlo, tan solo era un niña criando a sus hermanos... —José le rinde un largo tributo a su hija agradeciéndole lo que hizo por su familia, las situaciones de adversidad que atravesó y la actitud que tuvo ante la vida. Después, prosigue hablando de su salud—, cuando me enfermé, estuve ingresado en el hospital, me encontraba muy mal y no me quedaban ganas de seguir. Yo sabía que me tenía que ir, ya estaba cansado de tanta lucha y, en aquellos momentos, pensaba en mi esposa, en cuanto la quise, en su compañía y en todos esos momentos que compartimos juntos. También pensé en lo injusta que fue la vida con ella... De verdad, me quería ir, pero estos hijos no me dejaban —dijo señalando a su hija.

En estos momentos, su hija, Antonia, con los ojos llenos de lágrimas, le replicó: — Papá, tienes toda la vida eterna para encontrarte con mamá, mientras tanto quédate conmigo...

Para mí, esta revelación familiar fue una de las más bonitas que he presenciado. Me llenó de felicidad el ver tan bella demostración de afecto. No solo por su contenido emotivo, sino por el simple y bello homenaje que el padre le dio a su hija. En el contexto de entrevista, los Trabajadores Sociales estamos expuestos a un universo de emociones. Facilitar la expresión de los sentimientos, desde el ejercicio de mi rol profesional, es importante en cuanto que sella y refuerza los vínculos afectivos. Es una forma de trabajar las relaciones sociales entre los pacientes y sus familias, así como afianzar los apoyos sociales de una persona.

Este relato, es sólo un fragmento que muestra la intervención a realizar, donde quedan manifiestas las necesidades de la familia.

María: 68 años **“Los asuntos pendientes”**

María llevaba varias semanas en la cama, la última fase de la enfermedad la había transformado en una mujer dependiente. Siempre se había mostrado poco comunicativa sobre sus cuestiones personales. Ahora, estaba al cuidado de una cuidadora que residía con ella. Sus escasas redes de soporte socio—familiar hablaban de su relación con el mundo. Una mujer introvertida, con relaciones conflictivas, que terminaron en distanciamientos con su red familiar y, sobre todo, con su única hermana. Esa mañana fui a visitarla, ya habíamos gestionado varios recursos, hasta tenía un acompañamiento de voluntariado asistencial que la frecuentaba con regularidad y con el que construían un puzle entre charlas y fichas. La paciente se mostraba de buen humor y más animada. En una de nuestras conversaciones, me confesó: —Ayer me llamó. No lo podía creer, después de tantos años... no supe qué decirle y me eché a llorar —Me estaba hablando de su hermana, aquella con la que llevaba tantos años sin hablar—, ella estaba ahí, al otro lado del teléfono, esperando que le dijera algo, pero me eché a llorar. Le pedí que viniera a verme, le conté que estoy enferma, hablamos de lo que pasó entre las dos, creo, creo... —su voz sonaba frágil y, a pesar de que no se atrevía a expresarlo en voz alta, en su rostro se apreciaba la esperanza—, creo que vendrá.

María se mostraba emocionada, me cogía de la mano y la sostenía fuerte. Todo su rostro mostraba sensación de satisfacción y serenidad.

El poder resolver los asuntos pendientes, se convierte en una cuestión clave en estos momentos ya que esto genera tranquilidad. Al enfrentarse con la muerte, el paciente tiene la oportunidad de cerrar aquello que significó una herida, algo inconcluso, o un deseo frustrado. Es aquello que quedó en el pasado y que hoy cobra de nuevo sentido: decirse adiós, pedir disculpas, reconciliarse, amarse, sincerarse, etc. Nuestro rol, en esta situación, está orientado a la posibilitación de la realización de estos deseos personales, que son propios de la esencia humana.

La última vez que vi a María, nos extendimos en un abrazo que inundó mi corazón, una parte de mi se quedó triste porque sabía que sería una de las últimas veces que la vería. Otra, con una enorme sensación de felicidad porque en el mundo de significaciones que ambas compartimos en cada encuentro, paso a paso, ella había resuelto sus asuntos pendientes.

### Peter: 48 años **“El acompañamiento**

Peter estaba en España como tantos extranjeros, motivados por el clima y por los encantos de la Costa del Sol. Venía escapando de su propia historia y de sus relaciones familiares. Peter, era escritor de una revista publicitaria, vivía solo y no tenía demasiados amigos. Yo había realizado enormes esfuerzos para poder conseguirle la documentación necesaria en España, y, realmente me costaba comunicarme con él; mi inglés de aquel entonces era más limitado. No obstante,

me hacía bromas y había “feeling” en las intervenciones. Siempre se mostraba colaborador.

Había conseguido pocos avances en mi intervención, el factor tiempo es un obstáculo al cual nos enfrentamos todos los profesionales que trabajamos con pacientes paliativos. Me sentía realmente frustrada. Peter se moría y yo apenas había conseguido tramitarle la documentación que le permitiera el poder obtener la residencia en España. Ingresado ya en nuestra Fundación, dos días antes de que entrara en situación de últimos días (SUD), pasé a saludarlo a su habitación, ya casi no hablaba. En ese momento, el silencio me pesaba más a mí que a él. Tras despedirme, me levanto para salir de la habitación y me dice: —Stay by me. (Permanece junto a mí).

Algunas veces sabemos que no podemos hacer nada más, la realidad nos confronta con el sufrimiento humano. Asumir eso, es todo un reto. Acompañar es un saber estar que también asumimos como profesionales. El “Stay by me” de Peter, fue para él una necesidad explícita de aquel momento, y di respuesta a ello.

### Rosa: 65 años **“La espiritualidad”**

Tras mi llegada a un domicilio, en mi primera entrevista de exploración, después de haber preguntado sobre la situación familiar y haber detectado las necesidades sociales, tras un largo silencio que se produjo durante mi última pregunta, aparece frente a mí una mujer enojada, que no tenía nada que ver con la que estaba hablando hace unos momentos. Aquella mostraba un sufrimiento espiritual, que hacía que esta perdiera el control de su serenidad. Así empezó Rosa, a expresar

emociones, tras un largo silencio terapéutico, y comenzó a dar respuesta a la primera pregunta abierta que realicé, dirigida a sus emociones.

—No entiendo nada ¿por qué a mí?, ¿qué hice de malo en esta vida?, ¿es que Dios está enojado conmigo?. Toda la vida luchando, trabajando en el campo, al lado de mi marido, criando hijos y trabajando sin parar... todo, para tener este techo. Todo lo que he conseguido lo he hecho con tanto esfuerzo... y ahora que puedo dejar de hacerlo, y pensar en otra cosa, me pasa esto. No es justo... —su rostro expresaba ira y su enojo iba dirigido a Dios—, ya he perdido la fe.

No siempre es fácil comprender esta dimensión, el profesional que da apoyo espiritual requiere de especializadas habilidades en counselling, así como una alta experiencia profesional y la existencia previa de un vínculo trabajado con el paciente. En este caso, detecté que mi compañera de trabajo era la más idónea para atender estas cuestiones trascendentes en la vida de Rosa. El derivarla para su atención psicológica, significó un ejercicio terapéutico profesional y una aceptación de los alcances de mi intervención. Saber detectar esto es muy importante. Rosa, recuperó su fe, comprendió el significado de la palabra aceptación y, en ese “surrender” (rendirse), abrió su espíritu a lo que en su mundo subjetivo llamaba “Dios” y le permitió una reconciliación con este.

Clara: 65 años. Cónyuge de paciente fallecido. **“El duelo**

Habíamos estado trabajando con Clara durante todo el proceso de enfermedad de su compañero y habíamos conseguido avances en nuestra intervención, en tanto que se le había facilitado el apoyo necesario para poder afrontar esta nueva

situación y asumir la pérdida de un ser querido. Como Equipo de atención psicosocial, habíamos estado trabajando con ella para ayudarla en la preparación de esta situación y apoyarla en sus necesidades emocionales. Tras el fallecimiento de su compañero, Clara mantenía una actitud serena, se mostraba estable, aunque con la tristeza lógica y el profundo dolor de una persona que experimenta una pérdida reciente. Cuando nos ve entrar a su casa, se pone a llorar y nos abraza. Así empezó la entrevista de duelo.

—No se hacen una idea de lo difícil que es esto, José esta aquí, siento su olor en la habitación, parece que va a entrar en cualquier momento. Siento como si no se hubiese ido, como si todo hubiese sido un sueño largo y pesado. Unos de esos en los que uno no quiere despertarse... Ayer cociné para él también, no me di cuenta y preparé lo que a él más le gusta —Clara hizo una pausa—. Yo amé a ese hombre..., compartí junto a él los mejores años de mi vida.

Clara me expresó su tristeza y acomodó sus emociones mientras contaba su experiencia de la pérdida. El rol profesional del Trabajador Social ante el duelo, es la de contener la situación de sufrimiento así como posibilitar la ventilación de emociones y realizar intervenciones para la normalización de la vida de la persona que lo sufre. Igualmente, la intervención profesional requiere también el saber detectar cuando estas situaciones pueden complicarse, para poder derivar a otros profesionales.

## **5. CONCLUSIONES Y APORTACIONES INNOVADORAS**

Los trabajadores sociales del ámbito de los cuidados paliativos tenemos el compromiso de explorar el camino de la formación y de ampliar nuestros conocimientos por medio de ésta, para enriquecer nuestra labor profesional y ofrecer una atención integral y de calidad.

Igualmente, debemos tener conciencia de la importancia de desarrollar los recursos personales y adquirir destrezas y competencias a hora de trabajar con pacientes y familiares que atraviesan por este momento vital en sus vidas. No solo debemos atender aquellas demandas específicas de nuestro rol profesional, sino permitimos explorar las demandas **implícitas** de los pacientes y familiares, transformarlas en **explícitas** y posibilitar a los mismos la capacidad de gestionarlas.

Para conseguir este objetivo, adquiere especial significación integrarnos en el funcionamiento de los equipos interdisciplinarios, con el objeto de construir una práctica más enriquecedora; atendiendo siempre a las necesidades de la persona y sus familiares.

Nuestra actuación profesional, y la esencia misma del Trabajo Social, contribuye de forma importante al bienestar de estas personas, llegando a aquellas necesidades más personales a través de la concepción sistémica (micro, macro y mesosistema) y del entorno en el que se desenvuelve una persona. El trabajo con pacientes paliativos, cobra su mayor importancia al comprender a la persona en lo que es, en el momento de la vida donde se encuentra.

Para ello, todas nuestras técnicas e instrumentos nos van a posibilitar el conocimiento de la realidad y la posibilidad de aumentar la calidad de vida de las personas y familias que tenemos delante.

De otro lado, explorar el camino que conlleva el trabajo interdisciplinario requiere de todo un reto, pero también es una oportunidad. Y allí, los aportes de la profesión, la experiencia, el compromiso con el otro, las habilidades profesionales, los valores compartidos y el respeto hacia la labor del otro se tornan fundamentales y se fortalecen; permitiéndonos avanzar en la atención integral de pacientes y familiares al final de la vida.

El Trabajo Social como práctica profesional en el ámbito de los cuidados paliativos ofrece una oportunidad de crecimiento en una doble vertiente; personal y profesional. En el desempeño de nuestro ejercicio profesional, nos enfrentamos diariamente al sufrimiento, le hacemos frente a la condición humana como profesionales y como las personas que somos y nos movemos en un terreno complejo, único, inestable y en permanente movimiento. Y es en este punto, donde también de alguna forma nos reconocemos con el otro, poniendo a prueba nuestra propia integridad, aquella donde deben desaparecer nuestros miedos e inseguridades, para ayudar a otros en el proceso de morir y que puedan hacerlo dignamente.

Para cerrar mis conclusiones hay una frase de Eckhart Tolle (2001), que quiero compartir con ustedes: **“La muerte te desnuda de todo lo que no eres tú. El secreto de la vida es morir antes de morir y descubrir que no hay muerte.”**<sup>14</sup>

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- Arranz, P., “et al”. *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y Protocolos*. Edit. Ariel Ciencias Médicas, Barcelona, 2003.
- Donoso M.P. y Saldías. *Modelos de intervención para el trabajo social familiar*. Universidad Católica de Blas Cañas. Santiago de Chile, 1998.
- Frankl, V. *El hombre en búsqueda de sentido*. Edi. Herder. Pag.90
- Kubler Ross, E. *Conferencias. Morir es de vital importancia*. Edit. Luciérnaga 1998. Pag.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud*. Madrid, 2007.
- Ojeda Martin, M. y Gómez Sancho, M. “El equipo multidisciplinario en Medicina Paliativa”, Editado por la *Revista Medicina Paliativa en la cultura latina*. Edit. 2001. Volumen, mes y año.
- Ríos, J. *Ciclos vitales de la familia y la pareja*. Edit. CCS 2005. Pag.15
- Tobón, M.C., Rotter, N. y Manrique, A. *La práctica del trabajador social*. Edit. Humanitas.
- Tolle, E. *El poder del Ahora*. Edit. Gaia, Barcelona, 2001.

---

<sup>14</sup> Tolle, E. *El poder del Ahora*. Edit. Gaia. 2001.

- Trevithick, P. *Habilidades de comunicación en intervención social*. Manual práctico. Edit. Narcea.2006.

**\*Lorena Vanzini** Egresó de la Universidad Nacional de Lomas de Zamora, Buenos Aires, Argentina en el 2001 con el título de Lic. en Trabajo Social.

Homologado al título de “Diplomatura en Trabajo Social” desde el 2006.

Post grado, “Atención Integral para personas con enfermedades avanzadas y sus familiares”. Universidad Abat Oliva Ceu Bcelona. 2009.

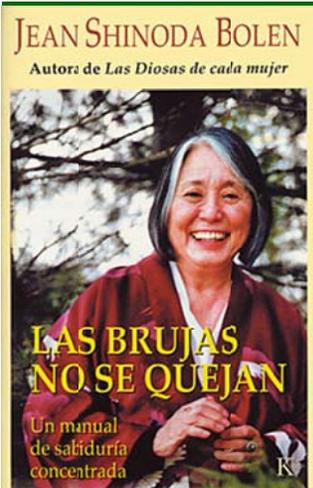
- Trabajadora social del EAPS. Trabajando desde el 2008 hasta el 2013 en los equipos interdisciplinarios de la Obra Social la Caxia dentro de Cudeca.
- Actualmente desempeñando funciones en la Fundación Cudeca como personal de Staff.
- Actividades en docencia y formación complementaria.

.....

## 3-El Libro Sugerido

**Las brujas no se quejan**  
**Sabiduría concentrada para mujeres atrevidas**

**Jean Shinoda Bolen**



La innovadora obra de Jean Shinoda Bolen que precede a este libro (en especial *Las diosas de cada mujer*) contribuyó a que una generación entera de mujeres tomara conciencia de su potencial y valía. En este nuevo texto, *Las brujas no se quejan*, el jocosos sentido del humor y la agudísima introspección de la doctora Bolen se alían para ofrecer a las mujeres trece cualidades que cultivar. Si nos comprometemos a llevar a cabo estos

pequeños ejercicios, seremos más felices y, asimismo, aportaremos nuestro granito de arena para lograr que este mundo sea un lugar mejor.

«Estas cualidades no se cultivan de la noche a la mañana», escribe Bolen. La etapa de la vejez es una época de «maduración» en la que las mujeres pueden consagrar su tiempo, energía y creatividad a lo que en realidad les importa. Jean Bolen nos obsequia con su proyecto: las brujas no se quejan. Al contrario, las ancianas son atrevidas y confían en sus propios instintos. No imploran; en cambio, sí meditan. Eligen su camino con el corazón. Poseen la fiereza del que defiende lo que más le importa. Dicen la verdad con compasión. Escuchan su cuerpo, se reinventan a sí mismas en función de sus necesidades y saborean la parte positiva de sus vidas.

No deje usted de recurrir a estos trece capítulos breves, en los buenos y en los malos momentos, sola o con otras personas... porque «las brujas juntas pueden cambiar el mundo».

<http://editorialkairos.com/catalogo/las-brujas-no-se-quejan>

## 4-Citas que nos Ayudan a reflexionar



-¿Un camino colectivo?

-Por supuesto. No tengo la menor duda de que un pequeño grupo comprometido puede cambiar el mundo. En realidad, así ha sido hasta ahora.

-¿Y cuál es el secreto para lograrlo?

-El millonésimo círculo. Yo aliento a las mujeres a formar círculos que tengan un componente espiritual. Simplemente escuchando los problemas, anhelos y miedos de otras mujeres y contando los tuyos, adquieres fuerza.

**-Perdone, pero por qué en un círculo.**

-Cuando las personas están sentadas en círculo y en silencio se dan cuenta de que hay una conexión espiritual con poder transformador. Yo pertenezco a uno desde hace 18 años: encendemos una vela, guardamos silencio, contamos lo que nos preocupa, debatimos, y juntamos nuestras energías con un propósito.

**Jean Shinoda Bolen** tiene 68 años. Es de familia japonesa y nació y vive en Los Ángeles. Doctora en Medicina, analista junguiana y profesora de Psiquiatría en la Universidad de California

Fuente: <http://crecejoven.com/antropologia--shinodabolen>

## 5- Congresos, Jornadas, Seminarios, Talleres



**VII CONGRESO INTERNACIONAL DE TRABAJO SOCIAL.**

**IX CONGRESO NACIONAL DE TRABAJADORES SOCIALES DE LA SALUD.**

**III CONGRESO NACIONAL E INTERNACIONAL DE REHABILITACIÓN SOCIAL Y OCUPACIONAL.**

**"El Trabajo Social y la Rehabilitación Socio ocupacional, su Actuación en los Procesos de Transformación Social"**

**Mayo, 25 – 30 de 2015**

## **HOTEL NACIONAL DE CUBA**

### **La Habana, Cuba**

La Sociedad Cubana de Trabajadores Sociales de la Salud (SOCUTRAS), le invita a participar en el VII Congreso Internacional de Trabajo Social, el IX Congreso de Trabajadores Sociales de la Salud y el III Congreso Nacional e Internacional de Rehabilitación Social y Ocupacional a celebrarse del 26 al 30 de mayo del 2015, en la sede del Hotel Nacional, de La Habana Cuba.

Bajo el tema central *"El trabajo Social y la Rehabilitación Socioocupacional, su actuación en los procesos de transformación social"*, el propósito de este evento es contribuir al debate interdisciplinario sobre la noción del Trabajo Social y su actuación, como proceso complejo para la transformación en los diversos espacios de la realidad social. Paralelamente se desarrollará el III Congreso Nacional e Internacional de Rehabilitación Social y Ocupacional como disciplina a fin del Trabajo Social.

Estos encuentros tienen la intención de facilitar el diálogo y la sistematización de las mejores experiencias prácticas y teóricas, así como la articulación de alianzas académicas entre instituciones y grupos de la sociedad civil, regionales e internacionales, que contribuyan a la elaboración e implementación de estrategias y políticas públicas en torno al Trabajo Social y la salud en particular, integrados a los procesos de transformación social.

La actuación del Trabajo Social desde los paradigmas emancipatorios, frente a los modelos de dominación aprendidos, nos sitúa ante un compromiso de transformación social que pondere los valores humanistas de solidaridad, igualdad y equidad social.

Contaremos con la participación de prestigiosos conferencistas nacionales e internacionales.

Saludos Cordiales

Lic. Odalys González Jubán

Presidenta del Comité Organizador.

## **ÁREAS TEMÁTICAS**

- Trabajo Social, Desarrollo Humano y Desigualdades Sociales.
- Formación académica e investigación.
- Administración de las políticas e intervención social que promueven la inclusión de las demandas de los grupos diversos.
- Violencia y Políticas Públicas. Experiencias profesionales.
- Trabajo Social, Redes Sociales y medios de comunicación para el cambio Social.

- Trabajo Social, Rehabilitación Socioocupacional y Discapacidad en un mundo diverso.

## REQUERIMIENTOS PARA LA PRESENTACIÓN DE PONENCIA.

- El plazo para la presentación de las ponencias en su versión completa, será hasta el día **31 de Enero de 2015** y se debe enviar vía email a [yamila@medired.scu.sld.cu](mailto:yamila@medired.scu.sld.cu)
- Las ponencias serán presentadas en formato Word, con una extensión máxima de quince páginas (sin contar la bibliografía y anexos), fuente Arial 12, a espacio sencillo, tamaño del papel Carta. En la primera pagina se debe incluir título, autor (a) / (es), grado académico, cargo, institución a la que pertenece u organización donde labora, país, dirección de correo electrónico, área temática, resumen (doscientas palabras) y palabras clave (mínimo tres). Desarrollo del documento y bibliografía (según las normas APA).
- Se admitirá exclusivamente un trabajo por autor o colectivo de autores.
- El tiempo de exposición será de diez (10) minutos y estará a cargo de una sola persona.
- Se expondrán en el Congreso solamente las ponencias que hayan resultado seleccionadas y el dictamen por el Comité Científico se estará comunicando hasta el día **28 de Febrero de 2015**.
- Todos los trabajos se editarán en un CD-ROM, Memoria del Congreso.
- Se darán créditos académicos por la autoría de la ponencia y la participación en las actividades científicas.

**PERFIL DE L@S PARTICIPANTES:** Estudiantes y Trabajadores Sociales, Asistentes Sociales, Educadores Sociales, Activistas Sociales, Luchadores Sociales, Investigadores Sociales, Rehabilitadores Sociales y Ocupacionales, Terapeutas Ocupacionales, Sociólogos/as, Psicólogos/as, Defectólogos/as, Médicos/as y otros profesionales afines.

**IDIOMA OFICIAL DEL CONGRESO:** Español.

---

## Conferencia Europea de la FITS 2015 en Edimburgo



Con motivo de la celebración del Día Mundial del Trabajo Social, la FITS Europa y la Asociación Británica de Trabajadores Sociales anuncian la Conferencia Europea de la FITS 2015 en Edimburgo (Escocia), que tendrá lugar del 7 al 9 Septiembre de 2015, bajo el lema: "Celebrando los logros de las Asociaciones de Trabajo Social en Europa"

El objetivo de la conferencia es reunir a los ámbitos de intervención del trabajo social y la práctica profesional, la elaboración de políticas y la investigación, y para proporcionar una oportunidad para que las y los trabajadores sociales compartan sus experiencias, problemas comunes y se centren en estrategias a nivel europeo.

Más información en [www.ifsweurope2015.org](http://www.ifsweurope2015.org)

---

## VII CONGRESO LATINOAMERICANO DE PSICOLOGIA JUNGUIANA

Se realizará del 3 al 6 de Junio de 2015 en el Hotel Panamericano de Buenos Aires- Argentina.

El tema del Congreso será: "Conflicto y Creatividad, puentes y fronteras arquetípicas".

Es por ello que estamos solicitando a los representantes de la Asociación de Psicología Analítica de Colombia, tengan a bien difundir y alentar la presentación de trabajos dentro de la comunidad junguiana de su país.

Confiamos en vuestra participación para poder construir y disfrutar juntos un nuevo encuentro, esta vez en la Ciudad de Buenos Aires.

# Revista ConViviendo

[www.convivirgrupo.com.ar](http://www.convivirgrupo.com.ar)

[info@convivirgrupo.com.ar](mailto:info@convivirgrupo.com.ar)

Les adjuntamos la dirección del sitio Web del Congreso donde encontrarán la información detallada del mismo: [www.clapjung.com.ar](http://www.clapjung.com.ar)

Reciban un afectuoso saludo, y esperamos sus aportes y comentarios.

Ana Deligiannis

Cristina González Casal

Ana Parrilla Ravenna

Comité Científico de Buenos Aires

<http://www.adepac.org/vii-congreso-latinoamericano-de-psicologia-junguiana/>

## 6-Actividades

### Grupo ConVivir

Citas e informes: 15 5 661 5401, o por e mail a:  
[info@convivirgrupo.com.ar](mailto:info@convivirgrupo.com.ar)

#### Orientación Vocacional Laboral

Coordinan Lic. Lili Calvo y Lic. Guillermo Ossani

#### Asistencia Psicoterapéutica de Niños y Jóvenes

Coordina: Lic. Anabella Ossani

#### Asistencia Psicoterapéutica, Terapia corporal y Orientación a familias

Coordinan: Lic. Anabella Ossani , Lic. Virginia Grassi  
Y Lic. Lili Calvo

#### Orientación a padres en la crianza de sus hijos

Lic. Lili Calvo

#### Clases individuales de Genosociograma, recurso

valioso en el abordaje con familias. Coordina Lic. Lili Calvo

#### Talleres de la Memoria en Grupo ConVivir

Coordinadora responsable: Lic. Virginia Grassi

Con inscripción previa a: [info@convivirgrupo.com.ar](mailto:info@convivirgrupo.com.ar)

Informes y Citas: 155 661 5401

## Consultorio Jurídico Y Mediación

Dra Cristina Recchia

## Consultorio Psicopedagógico

Lic. Marta Tolosa

## 7- Una película para ver

### Arrugas

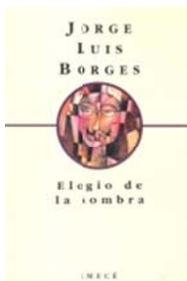


Emilio y Miguel, dos ancianos reclusos en un geriátrico se hacen amigos. Emilio, que padece un principio de Alzheimer, cuenta inmediatamente con la ayuda de Miguel y otros compañeros que tratarán de evitar que vaya a parar a la planta de los desahuciados. Su disparatado plan tiñe de humor y ternura el tedioso día a día de la residencia, pues para ellos acaba de empezar una nueva vida. Largometraje de animación 2D para adultos, basado en el cómic homónimo de Paco Roca (Premio Nacional de Cómic 2008). (FILMAFFINITY)

<http://www.arrugaslapelicula.com/es/>

<http://www.filmaffinity.com/es/film189008.html>

## 8- Una poesía para inspirarse



## Elogio de la sombra

La vejez (tal es el nombre que los otros le dan)  
puede ser el tiempo de nuestra dicha.  
El animal ha muerto o casi ha muerto.  
Quedan el hombre y su alma.  
Vivo entre formas luminosas y vagas  
que no son aún la tiniebla.  
Buenos Aires,  
que antes se desgarraba en arrabales  
hacia la llanura incesante,  
ha vuelto a ser la Recoleta, el Retiro,  
las borrosas calles del Once  
y las precarias casas viejas  
que aún llamamos el Sur.  
Siempre en mi vida fueron demasiadas las cosas;  
Demócrito de Abdera se arrancó los ojos para pensar;  
el tiempo ha sido mi Demócrito.  
Esta penumbra es lenta y no duele;  
fluye por un manso declive  
y se parece a la eternidad.  
Mis amigos no tienen cara,  
las mujeres son lo que fueron hace ya tantos años,  
las esquinas pueden ser otras,  
no hay letras en las páginas de los libros.  
Todo esto debería atemorizarme,  
pero es una dulzura, un regreso.  
De las generaciones de los textos que hay en la tierra  
sólo habré leído unos pocos,  
los que sigo leyendo en la memoria,  
leyendo y transformando.  
Del Sur, del Este, del Oeste, del Norte,  
convergen los caminos que me han traído  
a mi secreto centro.  
Esos caminos fueron ecos y pasos,  
mujeres, hombres, agonías, resurrecciones,  
días y noches,  
entresueños y sueños,  
cada ínfimo instante del ayer  
y de los ayeres del mundo,  
la firme espada del danés y la luna del persa,  
los actos de los muertos,

el compartido amor, las palabras,  
Emerson y la nieve y tantas cosas.  
Ahora puedo olvidarlas. Llego a mi centro,  
a mi álgebra y mi clave,  
a mi espejo.  
Pronto sabré quién soy.

## Jorge Luis Borges

Poemas de Jorge Luis Borges : <http://www.poemas-del-alma.com/elogia-de-la-sombra.htm#ixzz3Cy04IkVt>

Imagen: <http://www.libreriapaidos.com/9789500416276/ELOGIO+DE+LA+SOMBRA/>

## 9- Un corto sobre el Alzheimer



<http://www.youtube.com/user/AlzheimerUniversal>

**“Mi abuela”** es un corto documental del realizador almeriense Juan Jesús Gómez, que cuenta una pequeña pero intensa y bonita historia en torno al Alzheimer. Habla de una historia real y los personajes que aparecen forman parte también de las propias vivencias en las que se ha basado el director y guionista. Este cortometraje ha sido seleccionado en el Festival Iberoamericano de Cortometrajes ABC (<http://fibabc.abc.es>) y está protagonizado por Almudena Gómez y Dolores Amate.

Una vez visto el cortometraje, los espectadores pueden votarlo en la web del Festival Iberoamericano de Cortometrajes de ABC a través del enlace: <http://bit.ly/Mi-Abuela-FIBABC> para apoyar así al cineasta almeriense.

<http://www.lavozdealmeria.es/movil/vernoticia.asp?IdNoticia=69639&IdSeccion=5>

---

# Revista ConViviendo

---

[www.convivirgrupo.com.ar](http://www.convivirgrupo.com.ar)

[info@convivirgrupo.com.ar](mailto:info@convivirgrupo.com.ar)

Copyright registrados en la Dirección Nacional del Derecho de Autor como obra publicada, formando parte de la Página web Grupo ConVivir :

[www.convivirgrupo.com.ar](http://www.convivirgrupo.com.ar), con el número 750845

Imágenes prediseñadas de Microsoft Word 2010 y de las páginas web mencionadas.

Permitida su mención dando cuenta de la Fuente :

Revista ConViviendo y su página web [www.convivirgrupo.com.ar](http://www.convivirgrupo.com.ar)

Te invitamos a que visites nuestra página en  
[www.convivirgrupo.com.ar](http://www.convivirgrupo.com.ar)

