



Licenciatura en Psicología

Trabajo Final de Graduación

Taller para jubilados municipales de la ciudad de Córdoba

María Ximena Barros

2015

INDICE DE TEMAS

| | |
|--|---------|
| • AGRADECIMIENTOS..... | Pág. 3 |
| • RESUMEN /ABSTRACT | Pág. 4 |
| • INTRODUCCION..... | Pág. 5 |
| • ANTECEDENTES | Pág. 7 |
| • OBJETIVOS..... | Pág.9 |
| • MARCO TEORICO | |
| CAPITULO 1 BIENESTAR PSICOLOGICO..... | Pág. 10 |
| CAPITULO 2 TERCERA EDAD..... | Pág. 14 |
| CAPITULO 3 CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO..... | Pág. 19 |
| CAPITULO 4 FACTORES DE RIESGO..... | Pág. 21 |
| CAPITULO 5 CONDUCTA PROSOCIAL..... | Pág. 23 |
| CAPITULO 6 TALLER..... | Pág. 25 |
| • RELEVAMIENTO INSTITUCIONAL..... | Pág.27 |
| • METODOLOGIA | |
| PROCEDIMIENTO..... | Pág. 29 |
| INSTRUMENTOS..... | Pág.30 |
| MUESTREO..... | Pág.31 |
| CONSIDERACIONES ETICAS..... | Pág.32 |
| SINTESIS DE DATOS RECOLESTADOS..... | Pág.32 |
| ANALISIS FODA..... | Pág.35 |
| FUNDAMENTACION DE LA DEMANDA..... | Pág.36 |
| PROYECTO DE APLICACIÓN PROFESIONAL..... | Pág.38 |
| • CONCLUSION..... | Pág. 61 |
| • BIBLIOGRAFIA..... | Pág.63 |
| • ANEXOS | Pág. 66 |

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, mis padres y mis hijas por el apoyo y amor incondicional.

A mis amigos que me motivaron durante todo el transcurso de la carrera.

A mis compañeros, colegas con los que compartí mas que saberes.

A los profesores con los que co-construimos una formación no solo académica sino que el perfil de profesional que quiero llegar a ser.

Y finalmente a quien me dijo” Los proyectos personales nunca se abandonan...” y tenía mucha razón.

RESUMEN

En el presente Trabajo Final se diseñó un Proyecto de Aplicación Profesional sobre Bienestar Psicológico en la tercera edad en el Sindicato Unión Obreros y Empleados Municipales de la ciudad de Córdoba, Argentina. A partir del análisis de entrevistas y cuestionarios hechos a los integrantes de la institución pudo detectarse la necesidad de tratar el tema del bienestar psicológico en la tercera edad en la organización. Considerando que la salud desde la definición de la OMS incluye el bienestar bio –psico- social, se propone un proyecto de actividades psico-educativas a través del formato taller para fomentar la reflexión y el aprendizaje sobre el tema entre sus integrantes. De esta manera, se podrán prevenir y fomentar en la tercera edad mejorías en su calidad de vida. Los encuentros tendrán como eje: conductas de autocuidado, riesgos de salud y conductas pro sociales, entre otros.

Palabras Clave: Bienestar Psicológico- Vejez – Salud –autocuidado –conductas pro sociales.

ABSTRACT

In this Final Graduation Project was developed an application project about psychological well-being for the institution called SUOEM of the city of Cordoba, Argentina. From the analysis of interviews and questionnaires with members of the institution was detected the need to address the issue of psychological well-being in old age of the organization. Considering that Health from OMS definition includes the biopsychosocial welfare, it is proposed the development of psycho-educational activities through workshops to encourage reflection and learning on the subject among its members. In this manner, we will be able to prevent and encourage, in old age, the achieving improvements in their quality of life. The meetings will have as themes: self care behavior, health risks and prosocial behavior, among others.

Key Words: psychological well-being, old age, health, self care, prosocial behavior.

INTRODUCCIÓN

“Según el nuevo informe, Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 , de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que recopiló datos mundiales correspondientes al período comprendido entre 1990 y 2012, la esperanza de vida en Argentina aumentó un promedio de tres años. “ (infonews.com, lunes 19 de mayo 2014).

“Dos décadas atrás, los argentinos llegaban a una edad de 73 años mientras ahora viven 76, según el nuevo documento. En relación a los sexos, los hombres pasaron de alcanzar los 69 años a los 73, mientras que el incremento en las mujeres fue de 72 a 77 años.” (infonews.com, lunes 19 de mayo 2014).

En nuestro país, la expectativa de vida ha aumentado. La Argentina está actualmente entre los tres países más envejecidos de América Latina. Según el informe anual del Centro Latinoamericano de Desarrollo (CELADE) el número de personas mayores de 65 años en Argentina actualmente es del 15% y crecerá al 18% para el 2025, alcanzando un pico de 25% para el 2050. Esto implica un crecimiento sostenido de la población adulta durante los próximos 40 años.

Las cifras dan cuenta del proceso de envejecimiento de la población y sin duda que traerá consecuencias y efectos en las distintas actividades y sectores de la sociedad.

Para Pereira (1999), el envejecimiento de la población lleva aparejado un aumento de la demanda de servicios y atenciones que son propios de las necesidades que generan los adultos mayores en diversas áreas como la economía, vivienda y urbanismo, salud, participación social y educación.

El aumento en la expectativa de vida implica el desafío de adaptarse a los diversos cambios propios de la edad avanzada y enfrentar experiencias de pérdidas y amenazas al bienestar personal (Mella et al., 2004; Molina & Meléndez, 2006; Prieto et al., 2008). Entre tales experiencias se encuentran la viudez, la jubilación, cambios de residencia, menor participación en la sociedad y mayor vulnerabilidad (Rioseco, Quezada, Ducci & Torres, 2008). Las experiencias que el sujeto adopta a lo largo de su vida pueden hacer que el adulto mayor se sienta realizado o en el otro extremo desesperanzado y marginado del resto.

Existen aún estereotipos peyorativos de la vejez pero estos han ido disminuyendo en los últimos años para privilegiar una concepción más positiva de la tercera edad (Aguerre & Bouffard, 2008; Boone & Wink, 2006).

El estudio del envejecimiento se había centrado en un modelo de déficit y en características patológicas, pero con el surgimiento de la psicología positiva, se cambia el foco de interés centrándose en encontrar las cualidades humanas para prevenir el devenir de la adversidad y así conseguir una mejor calidad de vida y un mayor bienestar. Ya no solo se trata de vivir más años, sino de vivir mejor y en mejores condiciones nuestra vejez.

Dentro de los estudios que se relacionan con el adulto mayor, surge el interés por conocer los factores que inciden en la percepción de bienestar en este grupo etario.

En la vejez de hoy se espera que el individuo sea capaz de integrarse y desenvolverse de manera eficaz tanto en su familia como en la sociedad, superando las barreras culturales que le impidan desarrollar todo su potencial y mantener un nivel adecuado de bienestar personal.

Este Trabajo Final de Graduación consiste en un Proyecto de Aplicación Psicológica, dentro del contexto institucional del SUOEM. A través del dispositivo de Taller Psicoeducativo, tendrá como objetivo: promover el desarrollo de bienestar psicológico en jubilados municipales

Entre los beneficios que se espera lograr con este Proyecto de Aplicación Psicológica se cuenta: 1) Promover conductas de autocuidado en adultos mayores 2) Psicoeducar sobre riesgos de salud en la tercera edad 3) Inducir conductas prosociales en adultos mayores 4) fomentar la creatividad para generar conductas de autodeterminación. 5) mejorar la calidad de vida en general y con perspectivas de futuro.

ANTECEDENTES

En los últimos años ha aumentado el interés por la investigación relacionada con la tercera edad. Dado el aumento de las expectativas de vida de la población mayor en los países desarrollados se ha incrementado la preocupación por la calidad de vida de estas personas.

Diversos estudios se realizan a fin de conocer más específicamente este grupo de la población, sus condiciones de vida, sus necesidades propias de las particularidades de ese grupo.

Por lo mencionado anteriormente se destaca la importancia de la cantidad de estudios relacionados con el bienestar psicológico de las personas de la tercera edad y las variables que influyen de forma determinante en él.

Uno de los estudios recientes es el de Flavia Vivaldi y Enrique Barra (2012) el “*Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores*” realizado en Chile y publicado en la revista *Terapia Psicológica*, vol. 30. El fin del mismo fue examinar en un grupo de adultos de entre 60 y 87 años el bienestar psicológico y sus relaciones con el apoyo social percibido y la autopercepción del estado de salud, junto con examinar posibles diferencias de género y de estado civil en las variables examinadas.

Se aplicaron una encuesta sociodemográfica, la escala de bienestar psicológico de Carol Ryff, la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) de Zimet todos de forma colectiva y anónima.

Los resultados fueron: El bienestar psicológico global presenta una correlación moderada con la percepción de salud y por otra parte presenta una relación muy significativa con el apoyo social percibido. Con respecto a las dimensiones de bienestar psicológico, estos estudios permiten afirmar que los hombres obtienen mayor puntaje que las mujeres en todas las dimensiones y las personas con pareja (casadas y convivientes) informan mayor bienestar psicológico global y mayor percepción de apoyo social que las personas sin pareja (solteras, separadas y viudas).

Otro estudio realizado por Ayala, J y Chiriboga, X en el año 2014 es “*Bienestar psicológico en adultos mayores ecuatorianos: Una propuesta de intervención desde la psicología positiva*” y publicado por Revista científica UCSA, Vol.1, en Buenos Aires

Consiste en una revisión documental orientada a proporcionar una guía para la aplicación y elaboración de técnicas orientadas al bienestar psicológico de los adultos mayores de Ecuador, plantea un conjunto de acciones provenientes de la psicología positiva,

las cuales están orientadas a provocar vidas placenteras, vidas comprometidas, vidas con significado y relaciones interpersonales positivas. Este trabajo se limita a realizar una propuesta de intervención que constituye una guía orientadora que permite integrar las técnicas encaminadas al bienestar psicológico e incluirlas bajo el paradigma de la psicología positiva, con el fin de disponer de recursos teóricos y prácticos que permitan el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores .

“Eficacia de un programa para la promoción del bienestar a partir de las dimensiones del esquema de sí mismo en un grupo de adultos mayores de la ciudad de Bucaramanga” es un estudio realizado por Leonardo Yovany Álvarez Ramírez, Lizeth Ibarra y Erika García Espitia en Colombia cuyo objetivo fue evaluar la eficacia de una intervención para la promoción del bienestar en sus dimensiones de percepción de eficacia, valía personal, concepto sobre sí mismo e imagen corporal en adultos mayores de entre 50 y 95 años de edad, de ambos géneros .Se procedió a aplicar cuestionarios ad hoc a un solo grupo, con medidas pre y post intervención en cada área del programa (auto estima, auto concepto, auto imagen, auto eficacia).Se llevó a cabo el programa de intervención y luego de terminado el mismo se procedió a la evaluación post-test.

Los resultados reportan cambios entre el estado inicial y final de los participantes una vez desarrollado el programa por lo que este plantea una estructura viable y efectiva para desarrollar recursos personales en el adulto mayor para buscar un mejor bienestar psicosocial

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Diseñar un taller para promover el desarrollo de bienestar psicológico en jubilados municipales de Córdoba capital afiliados al SUOEM de entre 65 y 73 años.

Objetivos específicos:

- Promover conductas de autocuidado en adultos mayores
- Psicoeducar sobre riesgos de salud en la tercera edad
- Inducir conductas prosociales en adultos mayores

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1 BIENESTAR PSICOLÓGICO

Bienestar psicológico ha sido definido por varios autores sin embargo hay dos que proponen una definición amplia y clara.

Diener y Diener (1995) han agrupado en tres categorías a las definiciones de bienestar psicológico. La primera corresponde a las descripciones de bienestar según la valoración que realiza el propio sujeto de su vida en términos favorables, se relacionan con la satisfacción vital. La segunda categoría corresponde a la preponderancia de afectos positivos sobre los negativos, lo que usualmente una persona puede definir como bienestar, tener más afectos positivos que negativos. La tercera, hacer referencia a la filosofía griega que considera al bienestar como una virtud y como el único valor final y suficiente en sí mismo.

En un nivel psicológico individual podemos ver que la psicología se ha ocupado más de aspectos patológicos, enfermos y desajustados, de todo aquello que tenga que ver con el malestar (Veenhoven, 1988, 1991) y se descuidó el efecto que el bienestar y la felicidad tenían sobre el funcionamiento psicológico personal.

Los desarrollos de la psicología en el terreno de la salud mental elaboraron concepciones que explican el malestar de las personas, descuidando los aspectos que generan salud (Ryff y Keyes, 1995).

Veenhoven (1995) caracteriza a la felicidad y al bienestar psicológico como disposiciones bio-psicológicas naturales. Así como el estado natural biológico del organismo es la salud, en el área psicológica esa disposición la constituye el bienestar psicológico.

Los estudios clásicos sobre satisfacción son criticados por Ryff (1989) y dice que en general se ha considerado el bienestar psicológico como la ausencia de malestar o de trastornos psicológicos, ignorando las teorías sobre la autorrealización, el ciclo vital, el funcionamiento mental óptimo y el significado vital. La autora no contempla la unidimensionalidad del constructo bienestar psicológico, señalando su multidimensionalidad (Ryff y Keyes, 1995).

Carol Ryff (1989,1998) desarrolló un modelo de Bienestar Psicológico que puede considerarse precursor de los modelos actuales de Psicología Positiva, define el bienestar psicológico a partir de elementos no hedónicos, es decir elementos que tienen que

ver más con el logro de meta y valores que nos hacen sentir vivos y nos hacen crecer como personas, el óptimo funcionamiento humano es el que produce una mayor cantidad de emociones positivas o de placer y no tanto el balance entre placer y displacer .

Según Ryff, la gente psicológicamente sana tiene actitudes positivas hacia sí misma y hacia los demás. Toma sus propias decisiones y regula su conducta, además de elegir o dar forma a ambientes compatibles con sus necesidades. Tiene metas que dan significado a su vida y se esfuerza por explorar y por desarrollarse con tanta plenitud como sea posible.

La autora propone un modelo multidimensional:

Dimensiones del Bienestar psicológico

Autoaceptación: está determinada por el grado en que una persona se siente satisfecha con sus atributos personales. Este rasgo es central en la salud mental ya que la persona presenta buena aceptación reflejándose en una autoestima alta y aceptándose como es, esto favorece el bienestar psicológico general.

Relaciones positivas: son la relaciones de confianza con otros, se caracteriza porque la persona tiene la capacidad de amar, esta capacidad disminuye el estrés e incrementa el bienestar psicológico. Tener relaciones satisfactorias con los demás lleva a las personas a participar en grupos e interesarse por establecer nuevos vínculos incrementando el bienestar. Helgeson (1994)

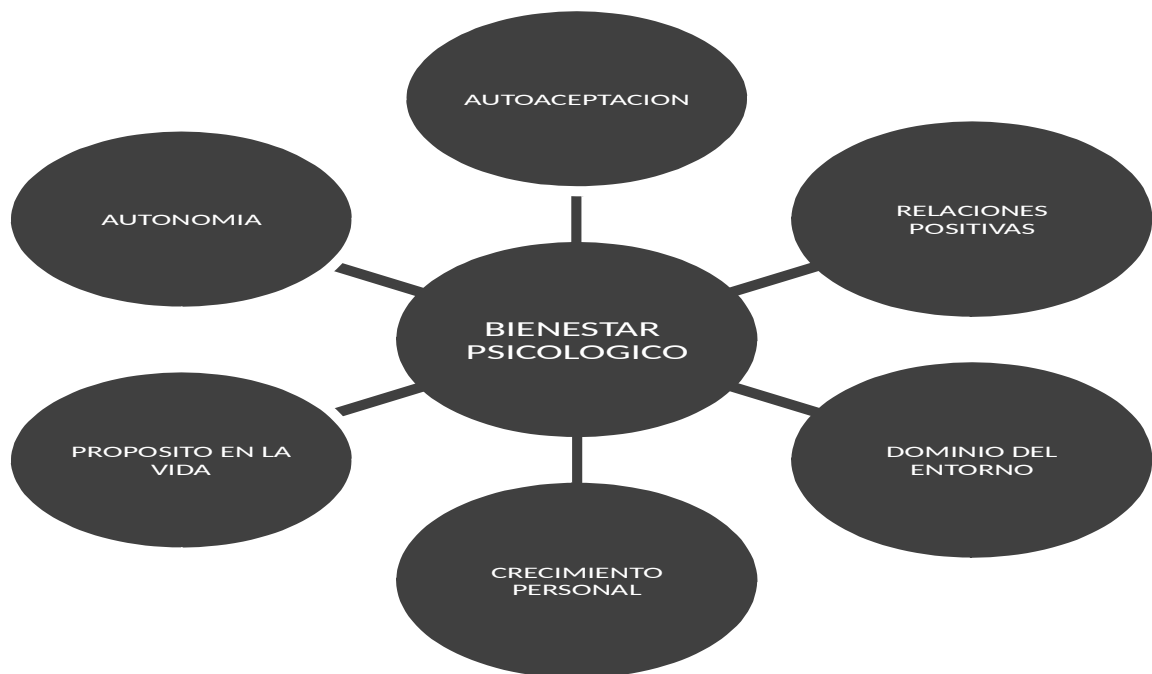
Dominio del entorno: es la habilidad personal para hacer uso de los propios talentos e intereses, así como de las opciones que se vayan presentando. Es la participación activa en el medio ambiente que permite funciones psicológicas positivas.

Crecimiento personal: es el nivel en que la persona se encuentra abierta a nuevas experiencias, obteniendo logros enfrentándose a los retos que la vida presenta. Tiene un sentimiento de desarrollo continuo y se ve a sí mismo como algo que crece y se extiende.

Propósito en la vida: es cuando la persona establece objetivos, tiene sentido de la dirección y una intencionalidad en la vida. Tiene metas y objetivos por los cuales vivir, funciona positivamente y todo esto contribuye al sentimiento de tener una orientación y un lugar en la vida.

Autonomía: se refiere a la autodeterminación, la independencia de la persona y la capacidad para regular su propia conducta, es capaz de resistir presiones sociales para pensar y actuar de ciertas maneras y se evalúa a sí mismo bajo estándares personales.

Dimensiones del bienestar psicológico de Carol Ryff (*Figura 1* tomado de <http://www.crecimientopositivo.es/portal/modelo-de-bienestar-psicologico-de-ryff>, 29 junio 2015)



(Figura 1)

A partir de la definición del bienestar psicológico, Ryff (1989) elabora las Escalas de Bienestar Psicológico (Scales of Psychological Well-Being, SPWB), instrumento muy utilizado en estudios en la actualidad.

Factores asociados

Algunos factores psicológicos que han sido relacionados con el bienestar psicológico involucran características de personalidad como la extraversión, el neuroticismo, la autoeficacia, la autoestima, la capacidad de adaptación, la orientación a las metas y las estrategias para afrontar el estrés.

Por otro lado, algunas variables demográficas también han sido asociadas al bienestar psicológico como la edad, el sexo, los ingresos, el estatus laboral, el estado civil y el nivel educativo.

Las variables psicológicas asociadas a bienestar psicológico podrían explicar, en mayor medida, las diferencias individuales en los niveles de bienestar y el carácter subjetivo del concepto, que las variables demográficas.

CAPÍTULO 2

TERCERA EDAD

En la actualidad encontramos en la sociedad variados estereotipos de lo que representa la persona de la tercera edad, el envejecimiento, las “personas viejas” .Estos estereotipos que son, internalizados en la juventud y reforzados por décadas de actitudes sociales, pueden convertirse en estereotipos personales que determinan la forma en la que vemos a las personas que atraviesan esta etapa de la vida.

La definición cultural de vejez depende de la propia historia y biografía, del contexto y del tiempo en que se viva, varía de un individuo a otro y de acuerdo a las expectativas sociales y culturales de un contexto y tiempo determinado. Dulcey -Ruiz y cols. (1992)

La vejez es la cualidad de ser viejo por el hecho de haber vivido más tiempo .Ser viejo es haber vivido más que otras personas, haber envejecido.

Si bien hay culturas como la oriental en la que la vejez es considerada un símbolo de estatus, nuestra cultura considera el envejecimiento como algo indeseable.

Hoy en día existe una creciente notoriedad de adultos mayores sanos y activos. Los informes sobre triunfadores mayores aparecen con frecuencia en los medios. Es cada vez más inusual que se presente a los ancianos como personas decrepitas e indefensas y, en cambio, con más frecuencia se les describe como personas sensatas, respetadas y sabias, un cambio que puede ser importante en la reducción de los estereotipos negativos acerca de los ancianos (Bodner, 2009).

En el mundo existe un crecimiento de la población global en proceso de envejecimiento. Se estima que, en el año 2040, la población total de ese grupo de edad ascenderá a 1.3 billones de miembros. Se estima que dentro de 10 años, la cantidad de personas de 65 años en adelante sobrepasará por primera vez a la de los niños de cinco años y

menos. Los incrementos más rápidos se darán en los países en desarrollo, donde ahora vive 62% de la gente vieja del mundo (Kinsella y He, 2009).

En estos países se han dado factores como la disminución de la fertilidad junto con el crecimiento económico, una mejor nutrición, estilos de vida más sanos, mejor control de las enfermedades infecciosas, agua, más instalaciones de salud y el avance en la ciencia, la tecnología y la medicina que son los que favorecen al aumento de la esperanza de vida y al envejecimiento de la población.

Muchos problemas que se consideraban inevitables no se deben al envejecimiento en sí, sino a factores del estilo de vida o a enfermedades.

Busse, J. C. Horny Meer, (1987) distinguen el envejecimiento en:

- Envejecimiento primario: es un proceso gradual e inevitable de deterioro corporal que empieza a una edad temprana y continúa a lo largo de los años, sin que importe lo que la gente haga para aplazarlo.

-Envejecimiento secundario: es resultado de la enfermedad, el abuso y la inactividad, factores que a menudo pueden ser controlados por la persona.

Envejecimiento primario

El proceso del envejecimiento conlleva cambios y alteraciones biológicos/físicos y psicológicas que, con frecuencia, tienen repercusiones importantes en el desenvolvimiento cotidiano de la persona aunque en muchas ocasiones esos cambios pueden controlarse o corregirse.

Modificaciones en cuanto al cambio del color del cabello o la pérdida de éste, o las que se producen en la piel con la aparición de las arrugas son signos evidentes del paso de los años que no todas las personas aceptan de igual modo y pueden tener consecuencias en su esfera psicológica. Otros cambios, menos visibles pero igual importantes, afectan a los órganos internos y los sistemas corporales, el cerebro y el funcionamiento sensorial, motor y sexual.

Los cambios pueden convertirse en problemas y hacer que el sujeto se vuelva más inseguro, dependiente, retraído y que en casos graves pierda la capacidad para desenvolverse por sí mismo.

Aunque existe una enorme variabilidad en esta etapa de la vida, se pueden mencionar algunos de los cambios más importantes.

Cambios físicos /biológicos:

1. Cambios sensoriales: los cinco sentidos tienden a debilitarse, esto repercute en el procesamiento de la información, principalmente a nivel visual y auditivo.

•Visuales: algunos de los problemas que se evidencian en el envejecimiento son:

- Vista cansada o presbicia, debido a que el cristalino se vuelve menos flexible las personas tienen dificultad para la visión de objetos cercanos.

- Cataratas. El cristalino se vuelve opaco y por ello disminuye la entrada de luz que alcanza la retina.

- Glaucoma. El aumento de la presión intraocular provoca la atrofia del nervio óptico y anomalías en el campo visual.

• Auditivos: la presbiacusia o pérdida de audición con la edad es muy frecuente entre los mayores y la mayoría se debe a cambios degenerativos de la cóclea, el principal receptor neurológico para la audición. Las pérdidas de las frecuencias medias y altas dificulta la audición en situaciones con ruido de fondo.

2. Cambios musculares, óseos y articulares:

Son responsables de la lentitud en los movimientos y en la imprecisión de los mismos. Algunos de ellos son:

- La fuerza muscular disminuye de forma progresiva y se acelera a partir de los 70, esto es debido a la pérdida de masa muscular o la atrofia de las fibras.

- La osteoporosis es la pérdida de densidad de los huesos con un aumento de la fragilidad y probabilidad de fracturas. Las personas con este problema pueden sufrir fracturas óseas si tienen caídas con la consiguiente reducción de la movilidad.

- La osteoartritis es el desgaste del cartílago que protege las articulaciones. Conlleva la aparición de dolor e inflamaciones. Tiene repercusión en el desenvolvimiento de la persona en sus actividades básicas.

Cambios psicológicos:

En cuanto a otros aspectos relacionados con la esfera psicológica se destacan la existencia de ciertos cambios que se producen con el paso de los años, con gran incidencia en el rendimiento cognitivo de la persona.

Uno de ellos y quizás el más importante al afectar a todo el comportamiento, es la disminución en la velocidad de procesamiento de la información. Al igual que sucede con los movimientos motores, las personas mayores necesitan más tiempo que las jóvenes para realizar actividades de tipo cognitivo (Hoffman, Paris y Hall ,1996)

Hoffman, Paris y Hall (1996) dicen que los procesos de pensamiento no han de deteriorarse y la capacidad de aprender puede continuar a lo largo de la tercera edad.

El aprender requiere que las personas mantengan su atención enfocada en la tarea durante periodos relativamente largos y esto sería lo que vendría a ser dificultoso. Las personas mayores no tienen atención defectuosa sino que es simplemente menos eficiente.

Con respecto a la memoria, parece que la memoria sensorial no disminuye con la edad y no hay deterioro en la capacidad estructural de la memoria a corto plazo o en la retención de información en la memoria de largo plazo. La capacidad operacional de la primera o la memoria de trabajo se vuelve menos eficiente.

“La principal tarea de las personas mayores es la de comprender y aceptar su vida y utilizar su gran experiencia para hacer frente a los cambios personales o pérdidas. Durante la tercera edad las personas se enfrentan a tres temas distintos: 1) han de adaptarse a la disminución de la fortaleza en su salud física, 2) adaptarse a la jubilación y 3) aceptar su propia muerte.” Hoffman, et al. (1996)

Cambios sociales

La mayor parte de los cambios tiene que ver con la situación que se plantea con la jubilación, que obliga a un cambio muy grande en la forma de vida según el lugar central o no que ocupa el trabajo para el sujeto.

La jubilación se da a determinada edad, según la ley en Argentina a los 65 años, y se da un cambio brusco en el modo de vida. Si bien es una recompensa por los años de trabajo no siempre es vivida por todos de la misma manera y en la misma edad. Algunos a los que el trabajo satisface, sienten estar en condiciones de trabajar unos años más. “Se relaciona la jubilación con la soledad, con una vivencia de inutilidad, un encontrarse con un tiempo libre para el que no se está preparado “dice el gerontólogo francés Hugonot (citado por Viguera, 2002).

El adquirir un nuevo rol social puede generar sensación de vacío, desvalorización, e inquietud frente a todo el tiempo libre del que se dispone.

Otro de los cambios de rol importante de esta etapa es lo que se llama *la abuelidad*, lo que trae aparejado el cambio de estatus interno en la familia, cambio de roles y relaciones afectivas en tanto los hijos devienen padres y el adulto mayor deviene abuelo.

Los cambios en relación a la función social de los abuelos han dado un giro en los últimos tiempos y han pasado de ser los responsables de un rol educativo a ser los buscadores de diversión (Iacub ,2001).

Envejecimiento exitoso

Debido al número cada vez mayor de adultos mayores activos y saludables, el concepto de envejecimiento ha cambiado. El envejecimiento exitoso u óptimo ha reemplazado en buena medida la idea de que el envejecimiento es resultado de procesos intrínsecos inevitables de pérdida y deterioro.

Una cantidad considerable de trabajos han identificado tres componentes principales del envejecimiento exitoso: 1) la evitación de la enfermedad o de la discapacidad relacionada con la enfermedad, 2) el mantenimiento de un elevado funcionamiento físico y cognoscitivo y 3) la participación constante en actividades sociales y productivas (actividades remuneradas o no, que crean valor social).

Quienes envejecen con éxito suelen contar con apoyo social, emocional y material, lo cual favorece la salud mental, y en la medida que se mantengan activos y productivos no se consideran viejos (Rowe y Kahn, 1997).

CAPÍTULO 3

CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO

El concepto de Autocuidado fue definido por Dorothea Orem (1999), enfermera norteamericana, como el “conjunto de acciones intencionadas que realiza o realizaría la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior”.

El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza la persona para sí misma, una actividad aprendida orientada hacia un objetivo, en favor de la propia existencia.

Orem (1999) entiende el autocuidado, como una función humana reguladora aprendida que debe aplicar cada individuo en forma deliberada y continúa a través del tiempo, con el fin de mantener su vida, estado de salud, desarrollo y bienestar.

A su vez, enfatiza que la realización del autocuidado requiere la acción intencionada y calculada que está condicionada por el conocimiento y repertorio de habilidades de un individuo, y se basa en la premisa de que los individuos saben cuándo necesitan ayuda y, por tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar.

Para lograr que las personas sean capaces de realizar conductas para su propio beneficio, se deben hacer responsables y protagonistas de sus acciones, reconocer sus potencialidades y limitaciones que pueden condicionar su accionar. (Orem, 1999)

El acto de cuidar de uno mismo requiere de una serie de conductas:

- La toma de conciencia del propio estado de salud
- Deseo consciente de satisfacer las propias necesidades de autocuidado

- Pensar en la posibilidad de realizar una conducta de autocuidado
- Analizar el pro y los contras de las alternativas
- Tomar una decisión acerca de la situación de salud
- Diseñar un plan o procedimiento
- El compromiso de implementar y continuar con el plan

Autocuidado en la vejez

La mayor parte de los adultos mayores no solo tienen la capacidad física y cognitiva para aprender técnicas de autocuidado y practicarlas sino también para transmitirlos a otros. Esto contradice uno de los grandes mitos que giran en torno al envejecimiento, y mantienen la idea de que en la vejez es demasiado tarde para adoptar un estilo de vida saludable o participar activamente en el propio autocuidado (Orem, 1999).

Para Orem (1999), el adulto mayor que participa en un programa que contenga actividades de apoyo al autocuidado se comportaría como una “agencia de autocuidado”, que corresponde al grupo de habilidades humanas para la acción deliberada:

- la habilidad de atender a cosas específicas (lo que incluye la habilidad de excluir otras cosas) y de comprender sus características y el significado de las mismas
- la habilidad de percibir la necesidad de cambiar o regular las cosas observadas
- la habilidad de adquirir conocimiento sobre los cursos de acción o regulación adecuados
- la habilidad de decidir qué hacer y
- la habilidad de actuar para lograr el cambio o la regulación.

Toda actividad de autocuidado en salud ayuda a prevenir factores de riesgo o retrasar la dependencia e invalidez, y así disminuir el uso del recurso público de asistencia de salud que demandan mayor cantidad de recursos económicos y sociales (Orem, 1999).

CAPÍTULO 4

RIESGOS DE SALUD

Para poder entender la definición de riesgos de salud se separaran los términos.

Por un lado se define salud, luego que se entiende por riesgo y cómo se asocian estos términos en última instancia.

Según la OMS (1948) «La *salud* es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.»

El *riesgo* está definido como una probabilidad de que se produzca un resultado sanitario adverso, o como factor que aumenta esa probabilidad (OMS, 2002).

El estudio de análisis de riesgos ha crecido últimamente, centrándose en la definición, cuantificación y caracterización de las amenazas para la salud humana y para el medio ambiente; este conjunto de actividades es lo que en términos generales se conoce como evaluación de riesgos (OMS ,2002)

Según el informe sobre la salud en el mundo (OMS ,2002) la evaluación de riesgos suele comprender cuatro elementos:

- Determinación del peligro: determina los tipos de efectos en la salud que pueden producirse,
- Evaluación de la exposición: combina datos sobre cómo, cuántos y quiénes están expuestos a los distintos riesgos

- Evaluación de la relación dosis-respuesta: relaciona el efecto en la salud con la cantidad y calidad de la exposición.
- Caracterización del riesgo: combina las evaluaciones anteriores para calcular el riesgo sanitario estimado, como el número previsible de personas que contraerán cierta enfermedad en una población determinada.

Factor de riesgo

Según el informe sobre la salud en el mundo (OMS ,2002) un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene.

Riesgos de salud

En el informe sobre la salud en el mundo (OMS, 2002) mencionan que los riesgos para la salud no actúan de forma aislada. La cadena de acontecimientos que llevan a un resultado sanitario adverso comprende causas tanto inmediatas como lejanas:

- los factores inmediatos actúan directa o casi directamente en la causación de enfermedades, por ejemplo el consumo de alcohol, el sedentarismo,
- las causas lejanas se encuentran al comienzo de la cadena causal y actúan a través de varias causas intermedias, por ejemplo: el cambio climático, la desigualdad socioeconómica

Es indispensable tener en cuenta toda la cadena causal en la evaluación de los riesgos para la salud. Muchos riesgos no pueden separarse para ser considerados de forma aislada, pues actúan en distintos niveles que varían a lo largo del tiempo (OMS, 2002)

La OMS (2002) establece que para poder prevenir es fundamental dedicar atención preferente a los riesgos para la salud. En la prevención de las enfermedades y los traumatismos es necesario proceder primeramente a la evaluación y la reducción sistemáticas de sus causas pudiendo así abordarlas antes de que generen daño en la salud

CAPÍTULO 5

CONDUCTA PROSOCIAL

González Portal (1995) entiende por *conducta prosocial* toda conducta social positiva con o sin motivación altruista. Positiva significa que no daña, que no es agresiva. A su vez se entiende por motivación altruista el deseo de favorecer al otro con independencia del propio beneficio. La definición incluye un aspecto conductual y otro motivacional.

La conducta prosocial, una de las formas del comportamiento moral, se ha asociado, en las distintas investigaciones, con las conductas de consuelo, dar, ayuda, altruismo, confianza, compartir, asistencia, cooperación y solidaridad y se ha identificado más con la de altruismo, el tipo de comportamiento moral más elevado. (González Portal, 1995)

“Desde la psicología, pues, la conducta prosocial es un constructo componencial, ya que hay varios sistemas y capacidades individuales implicados, tanto cognitivos como afectivos, influyéndose mutuamente, así como con variables como la experiencia, expectativas, recompensas, factores disposicionales y factores situacionales.”(González Portal ,1995)

Conducta prosocial y otras variables interpersonales.

En una serie de investigaciones se relacionó la conducta prosocial y la antisocial con una serie de variables interpersonales, como por ejemplo sociabilidad, liderazgo, retraimiento social, agresividad, etc. Se observó que a mayores refuerzos o incentivos de ayuda en el ámbito familiar, mayor socialización del individuo (Monivas, 1996).

Aplicando la teoría de Bandura (1977) del aprendizaje social, es posible desarrollar habilidades prosociales. Este método para incentivar las conductas prosociales se basa en tres técnicas:

Primero, por el modelado la persona puede ver cómo otros se comportan en forma socialmente aceptable.

Segundo, por la práctica reiterada, esa persona practica dicha conducta reiteradamente y en forma guiada.

Tercero, por la planificación del éxito, es decir que esa persona compruebe que comportarse de esa manera reditúa beneficios o éxitos.

Las razones que justifican el empleo de métodos para obtener conductas prosociales son tres: a) La deshumanización que ha producido el desarrollo de las grandes ciudades

b) el desarrollo enorme de los medios de comunicación, que han hecho aumentar la difusión de información y casos límites, y

c) un paradójico aumento y reducción convergentes de la sensibilidad de la sociedad ante situaciones de emergencia y de necesidad experimentadas por otros (Monivas, 1996).

CAPÍTULO 6

TALLER

Ezequiel Ander Egg dice que “Taller es una palabra que sirve para indicar un lugar donde se trabaja, se elabora y se transforma algo para ser utilizado. Aplicado a la pedagogía el alcance es el mismo: se trata de una forma de enseñar y sobretodo de aprender, mediante la realización de “algo” que se lleva a cabo conjuntamente. Es un aprender haciendo en grupo” (Ander Egg, 1991 pág. 10).

Ahora bien la palabra Taller es utilizada en distintas áreas y con diferentes fines prácticos, es importante delimitar su significado y acotarlo a los fines específicos y diferenciarlo según sus ámbitos de formación, como también a la población a la que será destinado.

En esta actividad conjunta que es el taller, todos están implicados en la tarea a realizar, donde el intercambio de ideas y experiencias se va generando naturalmente de forma que apunta a lo multifacético y complejo de la realidad, abordado desde lo sistémico y global dice Ander-Egg (1999).

La idea de global apunta a las múltiples perspectivas y a la relación de conocimientos ya adquiridos como así también a la adquisición de otros nuevos. Es decir que a algunos aspectos de los conocimientos ya adquiridos, se van integrando nuevos conocimientos

Esta característica particular del aprender haciendo implica que la participación de los actores de la diada enseñanza -aprendizaje son dos actores activos, partes de una experiencia conjunta donde se vinculan aportando todos en la resolución de los problemas o realización de tareas.

Ya que se enseña y se aprende a través de la experiencia realizada conjuntamente en la que todos están implicados e involucrados como sujetos/agente podemos decir que es una metodología participativa de todos los talleristas y se aprende en el hacer, (Ander Egg, 1994)

Esta metodología pedagógica permite desarrollar una actitud científica, a aprender y apropiarse del saber, anima a “detenerse” frente a las cosas para tratar de desentrañarlas, problematizando, interrogando, buscando respuestas, sin instalarse nunca en certezas absolutas.

Uno de los desafíos operativos que tiene el sistema de taller es conseguir el grupo de aprendizaje. El taller Implica y exige de un trabajo grupal, y el uso de técnicas adecuadas. Un grupo alcanza mayor productividad y gratificación grupal si usan técnicas adecuadas

La autora Maya Betancourt desarrolla conceptos de grupo donde considera que en él “se logra la síntesis de hacer, sentir y pensar que cada participante aporta en el proceso de aprendizaje. A través de estos se posibilitan los procesos de comunicación, superación de conflictos personales, transformarse- transformar y re transformarse, apropiándose del conocimiento, aprender a pensar y aprender a aprender”. (Maya Betancourt, 1996. S/p.)

La complementariedad entre lo individual y grupal será fundamental para poder trabajar en el taller así como también los roles de los participantes.

En cuanto al rol del docente, en este tipo de taller actúa a través de su pertenencia a un equipo de trabajo, el docente “ayuda a que el educando aprenda a aprender” (Ander Egg, 1991) educador a cargo de un taller las siguientes funciones: sensibilizar y motivar, animar a los educandos que vayan autodeterminándose, proporcionar información e indicar fuentes de conocimientos, actuar como asistente técnico, enseñar a razonar y pensar científicamente

, llevar a que cada alumno interroge, reflexione y piense por sí mismo.

Por otro lado el rol de los participantes para Maya Betancourt (1996) debiera funcionar de acuerdo a poder: expresarse, argumentar, analizar, participar, manipular cosas, herramientas, equipos, etc., tener libertad y autonomía ,actuar responsablemente y con compromiso, participar cooperativamente, comprender las necesidades del grupo y del individuo, aportar a tener un ambiente permisivo y cordial y sentirse seguros ,planificar colectivamente las actividades y objetivos ,centrar el interés en el proceso y en las tareas grupales, tomar decisiones por el propio grupo y aplicar los conocimientos teóricos,

RELEVAMIENTO INSTITUCIONAL

Sindicato Unión Obrera de Empleados Municipales

Breve reseña histórica

La fundación del gremio SUOEM Sindicato Unión Obreros y Empleados Municipales cito en la calle 9 de julio 642 Córdoba , data del año 1944 dentro del marco sociopolítico del peronismo donde fueron favorecidas la emergencia del movimiento obrero y movimiento sindical.

En el año 1976 el sindicato es intervenido por el gobierno militar por lo que deja de funcionar hasta el advenimiento de la democracia y con el primer intendente electo democráticamente Ramón B. Mestre se recupera el cuerpo de Ordenanzas que rigen a la Ciudad de Córdoba y la Obra Social para los trabajadores. En el año 1982 se produce la recuperación del Gremio a manos de los empleados municipales que luego de convocar a la primera asamblea general en Abril de ese mismo año deciden conformar una comisión transitoria que hace la toma de la sede y recuperan así el edificio donde actualmente funciona.

En diciembre de 1983 se realizan elecciones generales donde se eligen los nuevos dirigentes bajo el modelo de programa pluralista y de unidad y democracia sindical que sigue vigente hasta el día de hoy.

Misión

- Preservar la unidad, pluralidad y democracia sindical.

- Defender los intereses de los trabajadores.
- Proveer de servicio de salud, social, social deportivo y de esparcimiento.

Visión

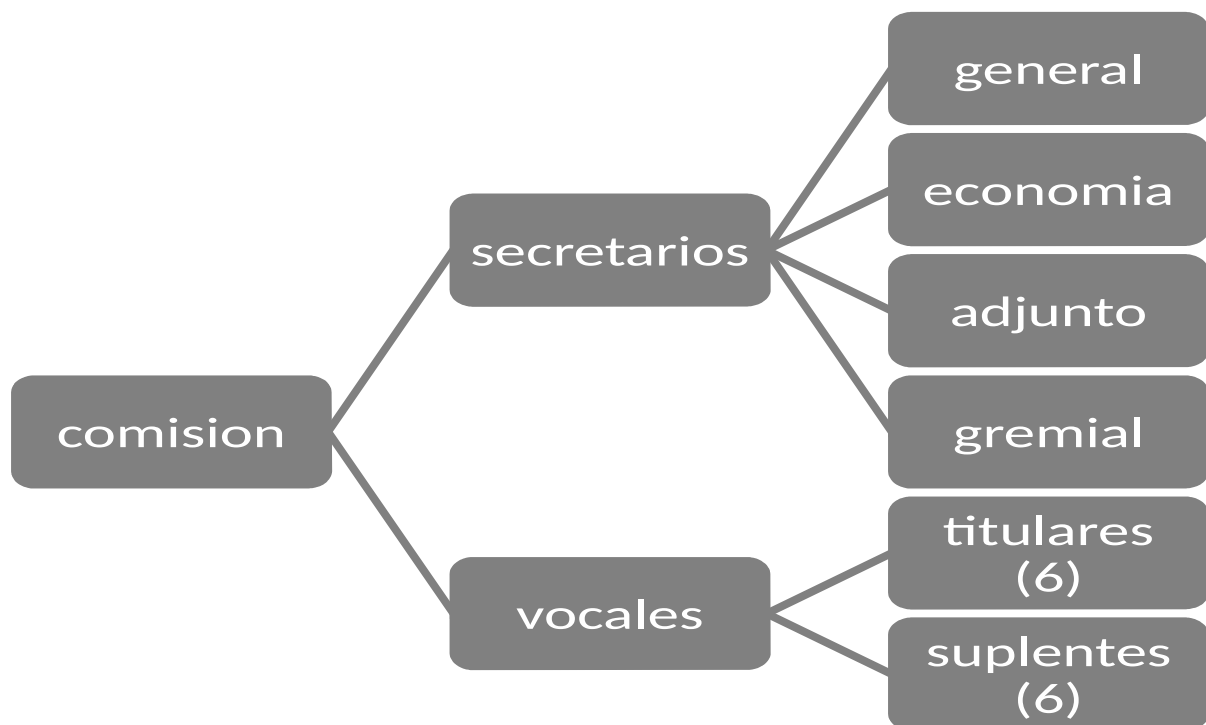
- Mantener los logros obtenidos y avanzar en las necesidades de los agremiados.

Servicios

La institución cuenta con una clínica donde presta servicios de salud, una farmacia, una colonia de vacaciones en Villa Animi, un hotel en Mar del Plata y un club social y deportivo en barrio Jardín.

Organigrama

El SUOEM cuenta con una organización institucional que responde a un estatuto. Las autoridades se constituyen en una comisión formada por:



METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo se optó por el enfoque diseño de investigación cualitativo. Por cuestiones de disponibilidad y acceso se eligió la institución sindical de los empleados y obreros municipales de la ciudad de Córdoba, SUOEM, con sede en la calle 9 de julio 642 a donde se asistió en varias oportunidades, solicitando el permiso para la recolección de datos, realización de entrevistas. , se acordaron y pautaron los momentos de realización de las mismas y en los días sucesivos se administraron cuestionarios *ad-hoc* elaborados para los fines de este trabajo.

PROCEDIMIENTO

En un primer momento se procedió a hacer una visita a la sede del gremio en la calle 9 de Julio 642 del barrio centro de la ciudad de Córdoba, buscando obtener datos sobre quienes podrían ser candidatos a voluntarios e informantes clave. Así como también se pidió autorización para poder realizar el trabajo de investigación en las instalaciones.

Se logra en ese mismo momento dar con uno de los informantes clave, se solicita entrevista y el voluntario accede por lo que es entrevistado allí mismo.

Los datos se recolectaron en una primera entrevista de una duración aproximada de una hora reloj, que por no disponer en el momento del encuentro de grabador no pudo ser registrada mediante grabación, no obstante se tomaron notas de la misma.

Se solicitó entrevista con otro informante clave la misma se concretó el día acordado, en una oficina de la misma sede. Esta fue de una duración de aproximadamente 45 minutos y fue registrada de forma escrita y grabada con la previa autorización del voluntario.

En los días sucesivos y aprovechando una instancia en la que se encontraron varias personas de la población reunidas (asamblea general), se solicitó a algunos voluntarios responder los cuestionarios a los que el total de las personas pidieron sean leídas las preguntas por el entrevistador y fueron respondidas oralmente por ellos. Se logró obtener diez cuestionarios, todos en presencia de los voluntarios y cara a cara.

Se procedió a analizar los datos obtenidos de la primera entrevista

Con la segunda entrevista se procedió del modo descripto para la primera entrevista.

Por ultimo en relación a los cuestionarios se procedió a contabilizar las respuestas por ítem para luego analizarlos según los indicadores a los cuales correspondía cada ítem. A partir de toda la información obtenida se efectuó una síntesis con su posterior análisis.

INSTRUMENTOS

Los instrumentos que se utilizaron son:

Cuestionario ad-hoc

Un cuestionario consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir. Debe ser congruente con el planteamiento del problema e hipótesis Brace (2008).

El cuestionario aplicado a los voluntarios fue elaborado para esta investigación siguiendo como ejes temáticos algunos de los indicadores de temas relevantes en adultos de la tercera edad:

- Cuerpo
- Cantidad de años
- Declive de las funciones físicas,
- Deterioro en el funcionamiento mental atención memoria
- Situación socio laboral, jubilación, sentimiento de exclusión social.
- Percepción de su edad
- Estilo de vida, nuevo rol en la familia, abuelidad.
- Sexualidad

Se adjunta modelo de cuestionario en ANEXOS (pág.71)

Entrevista semiestructurada

La entrevista se define como una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados).

Las entrevistas semiestructuradas, por su parte, se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados (es decir, no todas las preguntas están predeterminadas) Sampieri, H. y cols. (2003) Es decir que en este tipo de entrevista es posible tener previamente planificado un guion que determine aquella información temática que se quiere obtener como así también formular preguntas que surjan del discurso del entrevistado y sean de interés del entrevistador .

En este estudio se realizó un modelo de guía de preguntas para la entrevista con los siguientes ejes temáticos:

- Historia:
 - > Fundación
 - > Devenir histórico

- Misión
- Visión
- Fortalezas
- Debilidades
- Amenazas
- Oportunidades
- Demanda

Se adjunta modelo de entrevista en ANEXOS (pág .68)

MUESTREO

Para este estudio se eligió una población formada por jubilados afiliados al gremio SUOEM, conformada de 12 personas. Este tipo de muestra se denomina muestra no probabilística de tipo intencional o a propósito, León y Montero (2003) ya que se buscaron dos informantes claves para la realización de las entrevistas y el resto de la muestra, de conveniencia, fueron diez personas voluntarias a las que se les administró el cuestionario porque estaban disponibles en el momento en el que se llevaba a cabo el estudio. Se logró una muestra con la misma cantidad de personas de ambos sexos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se informó a las autoridades de la institución sobre los objetivos del presente proyecto, se presentó también un consentimiento informado asegurando el resguardo de toda la información obtenida sobre la institución y que el uso de la misma es a los fines de la investigación. Las personas que integran la institución comprendieron el estudio, y participaron de manera voluntaria. La colaboración de los sujetos entrevistados y encuestados cuenta con las garantías de anonimato y confidencialidad expresada en el encabezado de los

cuestionarios, para la entrevista que fue grabada se solicitó autorización previa del voluntario para hacer uso del grabador.

SÍNTESIS DE DATOS RECOLECTADOS

Después de las visitas a la institución elegida y de la recolección de la información, se llevó a cabo un análisis de los datos recabados en conjunto entre las entrevistas y los cuestionarios aplicados.

Algunos de los resultados arrojados

Las personas investigadas están en el rango etarios de entre 62 y 73 años. Seis varones y seis mujeres.

El estado civil de los mismos es variado, cinco de los doce están actualmente casados y viven con su pareja, Tres de los doce están divorciados y uno de ellos vive con su nueva pareja ,dos están solteros, uno viudo y viven solos .

Cinco de los doce hace más de 8 años que se ha jubilado, tres hace menos de tres años y dos entre tres y ocho años.

La mitad de las personas cree que su estado de salud es mejor que el de la mayoría de las personas de su edad y la otra mitad respondió que cree que su estado de salud es similar al de la mayoría de las personas de su edad.

Solo una de las personas padece de una enfermedad y solo una respondió que le cuesta atender o concentrarse o pierde la memoria.

De las personas entrevistadas ocho realizan actividades de diferente índole, preponderantemente de carácter social y deportivo-recreativo.

Ocho de diez personas realizan actividad física regularmente y disfruta de actividades de esparcimiento y deportivas.

Solo una persona tiene una persona discapacitada a cargo.

Las personas respondieron sentirse con la edad que tienen (6 de 10) y cuatro de ellos dijo sentirse con menos años de los que tiene.

Casi todos dijeron (menos 1 de los 10) sentirse satisfechos y útiles con las cosas que hace.

Ocho personas dijeron no disfrutar de su sexualidad y tres dijeron disfrutar de la misma.

Los voluntarios respondieron que en su vida diaria se mantienen entretenidos seis de los diez, activos cinco, alegres cuatro, ocupado uno, de buen humor uno y triste solo uno.

No hubo respuestas para los ítems solo, acompañado y aburrido.

En cuanto a la pregunta de que si les gustaría participar de actividades para jubilados en el gremio ocho personas respondieron afirmativamente y dos en forma negativa. De las que respondieron afirmativamente dijeron querer realizar: talleres, organizar fiestas, torneo de fútbol, labores sociales y gremiales y cualquier otra actividad que se les proponga.

Otros datos recogidos

Los jubilados no asisten regularmente a la sede, solo cuando son convocados para elecciones generales.

Desde la institución no hay manera de saber cuál es el estado de los jubilados afiliados ya que no tienen comunicación con ellos, el número entre 2000 y 2500 jubilados agremiados y no se tiene una base de datos actualizada.

En la institución se reconoce una falta de diagnóstico de los problemas de los afiliados por parte de una persona idónea. Existe una necesidad de profesionales para el abordaje de problemáticas que les resulten desconocidas o dificultosas. Y se considera importante la prevención en salud mental.

Se esperan mejoras en la infraestructura ya que se está trabajando en la terminación de obras del tercer piso en construcción, con posibles usos múltiples.

Así mismo se detectó buena predisposición de los jubilados para realizar actividades en la sede.

ANALISIS FODA

| FORTALEZAS | DEBILIDADES |
|-------------------|--------------------|
|-------------------|--------------------|

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> -Poseer unidad entre los agremiados en función de objetivos comunes - Poseer infraestructura propia para el uso de los diferentes servicios que presta a los afiliados -Contar con referentes activos -Positiva representación social del secretario general del gremio por parte de los afiliados - Sentido de pertenencia e idiosincrasia de los dirigentes gremiales - Poseer habilidades y conocimientos sobre estrategias de negociación - Gran número de agremiados -Oferta de servicios que presta a los afiliados - Capacidad de autogestión de medios para los servicios prestados -Ejecución de labor social reconocida. | <ul style="list-style-type: none"> - Carecer de comunicación con los jubilados que no se acercan a la sede sindical - Insuficientes medios de comunicación con los jubilados -Dificultad para convocar a los jubilados a cualquier actividad. -Falta de conocimiento sobre los problemas de los jubilados -Falta de diagnóstico de los problemas de los afiliados por parte de persona idónea. -Insuficiente convocatoria a planes de lucha que no tengan objetivos generalizados -Falta de infraestructura para actividades específicas de los jubilados -Dificultad para relacionarse entre los empleados de diferentes áreas. - Dificultad para sostener el servicio de salud e instalaciones de vacaciones - Carencia de profesionales idóneos en abordajes de problemáticas que les resulten desconocidas o dificultosas |
| OPORTUNIDADES | AMENAZAS |
| <ul style="list-style-type: none"> - Infraestructura en construcción, con posibles usos múltiples. -Buena disposición de los jubilados para realizar actividades en la sede. - Creatividad y buena predisposición para abordar problemas emergentes. -Reconocimiento sobre la necesidad de prevención en salud mental. | <ul style="list-style-type: none"> -Inestabilidad generada por los cambios de gobierno y de gestión. -Dependencia obligada de la obra social de la provincia APROSS -Precariedad laboral de los trabajadores contratados. |

FUNDAMENTACIÓN DE LA DEMANDA

En función de la información obtenida y a partir de lo antes descrito, es que se considera necesario y pertinente el diseño y planificación de un Proyecto de Intervención en la sede del gremio SUOEM destinada a los jubilados afiliados.

Se considera que existiría una necesidad o demanda de un espacio donde se pueda hacer posible el intercambio, información, discusión y abordaje de los temas que atañen a las personas adultas mayores que se hayan jubilado y se encuentren interesadas en trabajar los mismos desde un enfoque psicológico y fundamentalmente desde la psicohigiene que en este momento la institución no cuenta.

La institución reconoce un déficit con respecto al diagnóstico de la situación de salud mental de sus afiliados jubilados, asimismo cree importante el abordaje de problemáticas del campo de la psicología, por lo que se plantea un proyecto que tenga esto mismo como objetivo.

De este modo, la intervención vendría a cubrir esa parte menos lograda y así propiciar mayor satisfacción en sus miembros afiliados dándoles un servicio más para las personas de la tercera edad que les permitirá hablar y dialogar sobre diversos temas con sus pares intercambiando experiencias valiosas para ellos mismos.

TEMA DEL TRABAJO DE PAP

A partir de las consideraciones antes descritas, es que se considera necesario y pertinente el diseño y planificación de un Proyecto de Intervención sobre Bienestar Psicológico en la Tercera Edad en la sede del S.U.O.E.M. Se considera que existe una necesidad o demanda de un espacio de diálogo e información sobre diversas temáticas propias de esta etapa vital entre sus miembros jubilados, siendo no cubierta por la organización dentro de sus actividades actualmente.

Para esto se propone a modo de intervención el diseño de un taller con el objetivo general de promover el bienestar psicológico para sus miembros jubilados y cuyos objetivos específicos son promover conductas de autocuidado, psicoeducar sobre riesgos de salud en la tercera edad e inducir conductas prosociales en adultos mayores. Se considera que el

desarrollo de talleres grupales les permitirá hablar y dialogar sobre el tema con sus pares intercambiando experiencias.

Se considera que en el contexto de un taller se produce un proceso de cambio, que causa cierto grado de resistencia. La resistencia de la persona adulta ante el cambio es menor y se supera cuando el aprendizaje está relacionado con las necesidades actuales personales u organizacionales. Es importante que la persona que participa en el taller sienta la necesidad, manifieste un interés personal y vea su beneficio. Las personas superan su resistencia frente al cambio cuando sienten la posibilidad de usar lo aprendido de inmediato en su vida cotidiana o en su ocupación. Para apoyar el proceso de cambio también es necesario utilizar herramientas que permitan a los participantes incorporarse en la dinámica del taller y adquirir experiencias personales.

Por eso es importante que participen todas las personas que asisten al taller; es decir, que los participantes no sean sólo objetos del proceso sino sujetos que aportan sus experiencias y tienen en cuenta sus intereses, pues es así como fortalecen efectivamente sus capacidades y habilidades y mejoran el desempeño personal.

PROYECTO DE APLICACIÓN PROFESIONAL

Título: Talle Psicoeducativo: *Bienestar Psicológico en adultos mayores*

En el presente *Trabajo Final de Graduación* se propone el diseño y realización de un taller psicoeducativo sobre bienestar psicológico en la tercera edad en el gremio S.U.O.E.M. por medio de encuentros grupales para personas de la tercera edad.

Se parte de la idea que fomentando la reflexión, aprendizaje, procesamiento de información y autoconocimiento, se pueden lograr mejorías en la calidad de vida de las personas de la tercera edad.

Se sostiene a su vez, que las actividades grupales psicoeducativas sirven para que los adultos mayores se integren, permitiendo el empoderamiento del cuerpo y trabajar su autoimagen positiva. Pero también el trabajo grupal permite concientizar sobre cuestiones que tienen que ver con sus propios límites y restricciones ya sean físicas, sociales relacionadas con su estatus de vejez.

La creación de un taller de bienestar psicológico para los participantes jubilados del SUOEM espera generar en la comunidad institucional una satisfacción informacional sobre la temática abordada, logrando incorporar bibliografía, espacios de debate y profesionales interesados para poder abordar la demanda encontrada en el FODA.

La viabilidad de este proyecto es muy alta ya que en el diagnóstico se vio un interés en el desarrollo del presente taller por parte de miembros de la comisión de jubilados y por los jubilados entrevistados.

Destinatarios:

La población para formar parte del taller es de ambos sexos. Las edades son variadas, siempre superiores a los 65 años. Para el desarrollo del taller se fija como mínimo un grupo de 5 participantes y el máximo de participantes para poder operar en este dispositivo grupal elegido es de 16 participantes

Se propone comunicar la disponibilidad del servicio que el gremio les brinda a sus afiliados a través de las vías oficiales de las que dispone la institución a saber :cartelería informativa, publicación en la revista de tirada mensual del SUOEM, publicación en página web <http://www.suoemcordoba.com.ar/> y redes sociales <https://es-la.facebook.com/suoem.cordoba/> , <https://twitter.com/suoemcordoba?lang=es> sitios oficiales ,la inscripción se realizaría vía e-mail y una vez alcanzado el cupo se formaría los grupos y se comunicaría vía mail y telefónicamente la fecha y el horario del inicio de las actividades.

Lugar:

El lugar de los encuentros será en la sede gremial que cumple con los requisitos que garantizan la accesibilidad de los destinatarios del presente proyecto y los talleres se llevarán a cabo en el tercer piso donde se encuentra el salón de usos múltiples donde se desarrollan los demás talleres institucionales ya que es un lugar espacioso, iluminado, cuenta con recursos tecnológicos ya instalados, sillas, mesas, etc.

Horario:

Los talleres se desarrollaran en horarios de la mañana para favorecer una mayor concentración de los participantes y actitud colaborativa en los ejercicios participativos y dinámicos.

Duración y frecuencia:

La duración total de la propuesta del taller será de ocho encuentros. Se propone un encuentro semanal, de una hora y media de duración, con la posibilidad de prolongarse unos minutos más, según el interés y clima grupal.

Modalidad:

Grupal (8 a 16 miembros, se estimó este número en un solo grupo por vez, el número se ajusta al recomendado para este dispositivo grupal de taller).

Desde la presente intervención se propone la modalidad de talleres. Se utilizarán como herramientas las dinámicas y técnicas grupales como medios para alcanzar mayor productividad, gratificación y crecimiento grupal e individual.

Las personas destinatarias del taller estarían atravesando problemáticas y situaciones vitales similares, necesitando vínculos que brinden sentimientos de pertenencia y sostén ante la pérdida de otros vínculos y roles sociales; vínculos que el grupo del taller puede dar. El grupo de pares, ofrece un espacio y una pertenencia que permite reconocerse y también aprender sobre otras realidades, pensamientos y situaciones de vida esto sería un motivo que favorecería y estimule la participación grupal.

Cronograma:

| | Mes 1 | | | | Mes 2 | | | |
|-------------|-------|---|---|---|-------|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Encuentro 1 | | | | | | | | |
| Encuentro 2 | | | | | | | | |
| Encuentro 3 | | | | | | | | |
| Encuentro 4 | | | | | | | | |
| Encuentro 5 | | | | | | | | |
| Encuentro 6 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Encuentro 7 | | | | | | | | |
| Encuentro 8 | | | | | | | | |

Secuencia de actividades:

En cada encuentro se trabajará sobre un eje o temática. La estrategia será ir de lo más general a lo más particular es decir se tomara como guía los objetivos planteados anteriormente.

Ejes temáticos:

Conductas de autocuidado

Encuentro 1: conductas de autocuidado – mitos

Encuentro 2: conductas de autocuidado - autoestima .aspecto psicológico

Encuentro 3: conductas de autocuidado –esquema corporal

Riesgos de salud

Encuentro 4: riesgos de salud consideraciones generales –enfermedades propias de la edad

Encuentro 5: riesgos de salud especificaciones – medico invitado

Conductas pro sociales

Encuentro 6: conductas pro sociales –Autonomía

Encuentro 7: conductas pro sociales –Vínculos: familia y pareja

Encuentro 8: conductas pro sociales – cierre

ENCUENTRO 1:

La tercera edad: Como me encuentro hoy.

Objetivos:

Definición de los criterios relativos al tiempo, lugar que se establece para trabajar, objetivos y roles que han de desempeñarse (encuadre)

- Reflexionar sobre las características de la vejez y los cambios físicos y psicológicos que trae aparejada esta etapa vital y como es que se encuentran en este momento de su vida.

Actividades:

1) Red de ovillo de lana:

Objetivo: Establecer lazos de confianza en el grupo. Vivenciar la formación de un entramado en forma de red.

El grupo se ubica en círculo y, comenzando por el orientador, se presentan dando a conocer su nombre y por qué eligieron realizar dicho taller. Reflexión sobre la red que se forma, la interdependencia en un grupo.

Tiempo: 10 minutos

2) **Establecimiento del encuadre:** Con la red formada de la actividad anterior, los orientadores explicitan por qué están reunidos, los objetivos que se persiguen en el proceso y se aclaran las condiciones que permitirán los encuentros grupales, días, horarios, lugar y duración total del mismo. Se comenta también sobre la importancia de la asistencia y el compromiso necesarios para que los objetivos puedan ser cumplidos, la confidencialidad de la información que circula en el grupo así como también la necesidad de respeto y participación entre los presentes.

Tiempo aproximado: 15 minutos

3) Técnica del periodista:

Objetivos: Conocer datos de interés sobre los miembros del grupo. Vincular a los participantes entre sí.

a) Se le dice al grupo que es importante conocerse antes de empezar a trabajar. Para ello se les propone jugar a ser periodistas durante algunos minutos. Se divide al grupo en subgrupos: en uno habrá periodistas en otro entrevistados. Los periodistas deben entrevistar a alguno de sus compañeros en 5 minutos.

b) Seguidamente, los entrevistadores harán lo mismo con los que en la primera parte fueron periodistas. Es decir, se invierten los roles.

c) El que hace de periodista le preguntará a los entrevistados: Nombre, edad, estado civil, lugar donde vive, con quién vive, hobbies, profesión o lugar donde trabajó, cómo es un día de su vida cotidiana, qué espera del curso.

d) Cada uno presenta su entrevistado al grupo con las respuestas recibidas en la entrevista. Una vez terminada la presentación, el entrevistado puede completar o aclarar aspectos de su persona.

e) El coordinador cierra la técnica presentándose y realizando un comentario como por ejemplo:

“Hoy comenzamos de esta forma para que sepamos algo de cada uno de nosotros. Todo primer encuentro suele ser difícil porque no sabemos cómo es el otro y esto nos hace sentir incómodos e intranquilos ante desconocidos. Hoy nos hemos conocido y relacionado, podemos decir algo de los demás. En los siguientes encuentros seguiremos acercándonos más y formando vínculos. Lo hemos hecho hoy a través de una técnica que ha permitido descubrirnos. Ustedes ya no son personas aisladas, sino un grupo con algunas características en común: hay quienes les gusta leer, hay otros con sentido del humor, hay algunos que son abuelos, etc”.

Tiempo: 15 a 20 minutos

4) **Tormenta de ideas:** ¿Cómo estoy con mi vejez hoy?

Objetivos: Introducir a los integrantes a la temática de autoconocimiento: cambios físicos y psicológicos.

Consigna: construir, grupalmente en una pizarra una red de contenidos sobre el tema: como veo mi vida de adulto mayor.

a) Se plantea la consigna y las condiciones necesarias para que pueda realizarse: deben poder presentarse todos los aspectos o matices del tema, sin dejar nada de lado, por secundario que sea.

b) Los participantes se abocan a la tarea, discutiendo y analizando el concepto general y buscando presentar todas las ideas en torno a la cuestión sin restricción o limitación.

c) El coordinador es el responsable de llevar un registro de las ideas expresadas en la pizarra y de procurar desarrollar una atmósfera grupal adecuada. Observa también, los roles ejercidos por los integrantes, la interacción y los obstáculos de la participación.

d) Terminado el tiempo, el coordinador hace un resumen y conjuntamente con los participantes extrae conclusiones de la red de contenidos expresados en la pizarra.

Tiempo: 30- 40 minutos

5) **cierre del encuentro: video debate**

Objetivos: La presente actividad busca recabar información sobre los conocimientos de las personas y mitos que tiene con respecto a la tercera edad, a modo de diagnóstico inicial para avanzar en la comprensión y crecimiento personal en el resto de los encuentros. Reflexión sobre los temas trabajados durante el encuentro.

a) Ver el video “eres un triunfador” de manera grupal:
<https://www.youtube.com/watch?v=PjBpOml8TmM>

b) El grupo elabora algunas conclusiones del trabajo realizado y sumarlas a las elaboradas en la actividad anterior. Cierre de la actividad y del encuentro explicitando los objetivos buscados y los logros alcanzados.

Tiempo: 15 minutos

ENCUENTRO 2:

Autoimagen. La imagen corporal

Objetivos:

- Fomentar la autoestima
- Reforzar la imagen positiva de uno mismo y de los demás miembros del grupo.

Actividades:

1) Recordando nombres:

Objetivos: Crear clima de confianza y comunicación en el grupo

a) Todos los participantes estarán de pie. Una vez que están dispuestos y formando un círculo, el coordinador facilita una pelota y establece la consigna: Con la pelota en la mano cada uno se presenta: “mi nombre es, soy bueno en... (Cocinar, leer, caminar, ir al cine, etc.)”, empezando por el coordinador.

b) Una vez que se hizo la ronda de nombres y vuelve al coordinador, se formula la próxima consigna: Se tira la pelota a otro. Se dice el nombre del otro y se cambia el lugar con el elegido.

Tiempo aproximado: 10 a 15 minutos.

2) Saludos múltiples:

Objetivos: Observar los distintos modelos comunicativos y la posibilidad de permitirse, soltarse o cerrarse de los participantes.

a) Todos se quedan parados después de la actividad anterior se van proponiendo diferentes formas de saludarse entre todos mientras se camina en círculos: con la mano derecha y una mano izquierda atrás, codo con codo, como si tuvieran una espada en la mano, espalda con espalda, cabeza con cabeza, tirándose besos, etc.

b) Finalmente se saludan como más les guste.

Tiempo: entre 10 a 15 minutos

3) El espejo mágico:

Objetivos: Aprender a querernos. Construir una autoimagen más positiva y realista (Autoconcepto)

a) Se ubica a los participantes –ahora sentados- en círculo, incluyéndose el coordinador.

b) Se prepara el clima de silencio, tranquilidad y concentración. Con música para relajación se le pide a los participantes que cierren los ojos, sientan su cuerpo, respiren profundamente, despejen pensamientos, preocupaciones. Se le recuerda que están en un espacio de confianza, un lugar de aprendizaje y donde pueden ponerse en juego porque es seguro.

c) Comenzar recordando el cuento de Blanca Nieves, en el que la madrastra solía preguntar a un espejo encantado quién era la mujer más hermosa del reino. Y como el espejo tenía poderes, le respondía. Continuar diciendo que, en este caso, vamos a utilizar el espejo a modo de elemento simbólico, pues es un objeto en el que nos miramos siempre para saber cómo estamos. Pero, en esta ocasión, en vez de mirarnos para preguntarnos nuestro aspecto físico, lo vamos a colocar junto a la oreja, y con los ojos cerrados le preguntamos: “espejo, espejo, quiero que me digas que es lo que más te gusta de mí. Y seguramente el espejo nos lo dirá.

d) El coordinador puede iniciar la técnica para darle confianza a los integrantes. Este debe mantener el espejo junto a su oreja, con los ojos cerrados, y pensar que es lo que más le gusta de sí mismo. Como si el espejo realmente lo dijera, lo expresa en voz alta. Ej: “Oscar, lo que más me gusta de vos es...”

e) Pasar el espejo al participante ubicado a su izquierda, siguiendo el sentido de las agujas del reloj. Se repite la operación hasta finalizar la ronda. Es fundamental recalcar que solo pueden decirse cualidades positivas.

f) Finalizado el ejercicio se les pregunta cómo se han sentido, si les resultó fácil escuchar la contestación del espejo o necesitaron mucho tiempo y si les gustó el ejercicio. Se

les puede preguntar para qué les ha servido. Recaltar que es muy importante lo que han dicho porque no es muy frecuente hablar bien de nosotros mismos o buscarnos cualidades positivas. No porque no las tengamos, sino porque en general se hace hincapié en los aspectos negativos más que en los positivos.

Tiempo: 40 minutos

4) Reflexión:

a) Reflexionar de manera grupal, teniendo en cuenta lo acontecido en la actividad anterior, en torno a la consigna: ¿Qué cosas nos gustan de nosotros mismos? ¿Qué cosas hacen sentirnos lindos? ¿Qué significa para nosotros ser una bella persona? ¿Qué aspectos valoramos de nosotros mismos?

Se puede cerrar la actividad diciendo: “Hoy nos hemos detenido en lo que nos gusta de nosotros mismos. Es una forma de reafirmar nuestra confianza, de comenzar a querernos, de potenciar los aspectos buenos que nos ayudan a crecer, a valorarnos y a relacionarnos con nosotros mismos y con los demás de una manera distinta, más positiva y de mayor aceptación”

Tiempo: 20 minutos

ENCUENTRO 3:

El cuidado personal

Objetivos:

- Propiciar la toma de conciencia del propio estado de salud.
- Promover el reconocimiento de conductas positivas y negativas para la salud

Actividades:

1) Caldeamiento

Objetivo: Fomentar la grupalidad al mismo tiempo en que se busca distender el clima y tomar conciencia del propio cuerpo en el aquí-ahora-conmigo

a) Se pide al grupo: “Caminamos por el aula, sin mirar a nadie, a distintas velocidades, tomamos contacto visual. Sigo caminando, cuando me encuentro con alguien me quedo mirándolos a los ojos. Sigo caminando. Voy dejando los pensamientos de lado y busco tomar contacto con mi cuerpo. ¿Cómo me siento? Intento conectarme con las sensaciones que tengo en el cuerpo: paso por los dedos, los pies, las rodillas... Empiezo a detectar como estoy hoy y sigo caminando. ¿Qué cosas estuvimos pensando en el encuentro anterior?, ¿Qué cosas me gustan de mí? ¿Qué características me hacen una persona bella? ¿En qué cosas soy bueno? Sigo caminando y trato de construir una imagen que me represente, que sea lo más real posible. Con las cosas buenas y malas. Una vez que tienen una imagen y se pueden ver desde afuera se detienen y mantienen la imagen propia en la cabeza“

2) Aviso clasificado: a) Se le pide a los participantes que tomen asiento en forma de círculo. Se le otorga lápiz y papel y se le da la consigna:

b) Deberán escribir en una hoja de papel una descripción de sí mismo como si se ofreciera para “algo” en un aviso clasificado en el diario. Recordar el tema de cantidad de palabras (para lograr síntesis) para agilizar la creatividad y la espontaneidad.

c) Luego, deberán leer en público su aviso pero de modo tal que deban convencer a los oyentes (posibles inversores o compradores) que son el mejor postulante para realizar dicha actividad.

e) Cierre de la actividad. Se pregunta a los participantes cómo se sintieron, para qué les sirvió la actividad y por qué creen que se eligió para dicho encuentro.

Tiempo: entre 30 y 45 minutos

2) **Foro:** cuál es la importancia del cuidado del cuerpo, la mente y el espíritu

a) Se divide al grupo en parejas y entregan preguntas para reflexionar:

- ¿Qué cosas hacemos a diario para cuidar el cuerpo? y ¿Qué cosas de las que hacemos creemos que dañan, maltratan y descuidan nuestro cuerpo?

- ¿Qué podemos hacer para mejorar nuestro estado anímico?
- ¿Cómo respetamos y valoramos nuestra vida?
- ¿Qué hacemos para sentirnos bien/mal?
- ¿Cómo podemos cambiar lo que está en nuestras manos cambiar?

b) Cada grupo trata el tema en discusión libre e informa y puede anotar algunas respuestas.

c) Luego, se comparten las conclusiones de cada sub-grupo en el grupo total. Para esto, se elige a un secretario que registra las conclusiones y que finalizada la discusión las comparte con el resto del grupo.

3) Dramatización:

a) A partir de las conclusiones el coordinador une parejas de tal forma que el grupo quede dividido en dos. Se le explica a los grupos que son compañías de teatro, artistas de primer nivel por lo que cada uno debe ponerse un nombre que los represente y elegir un manager.

b) Una vez hecho esto, grupo “a” y “b” deben elegir una de las líneas de preguntas repartidas en la actividad anterior para ser representada con una historia. Para esto, tienen que decidir personajes, escenario, un guion, etc.

c) Grupo “a” y “b” dramatizan la historia. Y luego cada manager explica al público qué preguntas eligieron, por qué fueron esas y no otras, y cómo hicieron para ponerse de acuerdo.

d) El cierre de la actividad queda a cargo del coordinador, quien hace una pequeña reflexión de lo trabajado en el día respecto de la autoimagen, las distintas maneras con las que se puede disfrutar de la salud corporal y los impedimentos que se pueden tener para hacerlo.

ENCUENTRO 4:

Riesgos de salud

Objetivos

- Concientizar sobre la responsabilidad personal en riesgos de salud.
- Desarrollar estrategias de autoobservación.

Actividades:

1) Objetos que nos representan:

Objetivo: Fomentar el trabajo en equipo y desarrollar la integración grupal

a) Se solicita a cada uno de los integrantes del grupo que deposite en una bolsa un objeto personal que sea significativo para él, que lo represente o que lo caracterice.

b) Uno a uno, los participantes sacaran un objeto –que no sea el propio- sin verlo ni elegirlo. Luego comunicarán al grupo qué es. Lo observarán detenidamente e imaginarán los rasgos de su dueño, por qué lo habrá elegido. El coordinador recomienda que no hagan juicios de valor sino solo descripciones.

c) Terminada la descripción, puede arriesgar un nombre o preguntar al grupo. De este modo, el dueño del objeto se identifica y debe reconocer los aspectos verdaderos de los que no lo son en la descripción hecha.

d) Cada participante hace lo mismo con el objeto que le tocó.

e) Terminada la ronda, el coordinador del grupo pregunta si les gustó la actividad, cómo se sintieron describiendo a alguien a través de un objeto, y cómo se sintieron cuando los describían.

f) Como cierre se hace la reflexión “hemos querido por una técnica distinta conocernos, a través de objetos. Si bien el objeto tiene una finalidad, en este caso el significado se lo da el que lo porta”.

Tiempo: 30 minutos

2) **Lectura comentada:**

Objetivo: Informar sobre el tema de las medidas preventivas de salud a partir de un disparador escrito. Profundizar en la reflexión a partir del trabajo y debate grupal de la información.

a) Se divide al grupo en sub-grupos de tres integrantes. Se reparte una fotocopia a cada sub-grupo de lectura.(Anexo pág. 117)

b) Cada sub-grupo lee en voz alta el capítulo que le corresponde.

c) Se facilita al grupo una guía de preguntas para reflexionar individualmente y luego en el sub-grupo.

d) Se pone en común en el grupo grande el texto, las preguntas e inquietudes, debates y conclusiones alcanzadas por el grupo

e) El coordinador realiza un cierre con los objetivos alcanzados y temas/problemáticas que se trabajaron.

Tiempo: 60 minutos.

ENCUENTRO 5:

Salud y cuidados preventivos

Objetivos:

- Ampliar de modo general la información con la que cuentan los participantes sobre los cuidados, riesgos y prevención de enfermedades.

- Proveer y aclarar información sobre enfermedades de la tercera edad. Generar un espacio para que el grupo pueda formular las preguntas y temas que desconoce o conoce insuficientemente con la ayuda de un experto.

- Permitir la formulación de preguntas que el grupo demanda, y no lo que el coordinador piensa que el grupo necesita

Actividades:

1) Cuchicheo:

Objetivos: Hacer interactuar a todos los miembros permitiendo que hasta los más tímidos puedan participar

a) Se divide al grupo en parejas y se reparte a cada uno un tema de salud y autocuidado.

b) Todos los participantes dialogan, discuten, responden a la pregunta correspondiente por parejas simultáneamente. Estas conversaciones pueden durar entre 10 a 12 minutos, pero nunca deberán extenderse más allá de 15 minutos para evitar la pesadez de la reunión.

c) En una segunda ronda, uno de los miembros de cada pareja comparte las conclusiones, diferencias y similitudes encontradas en el debate. Las otras parejas deben permanecer en silencio pero reflexionando su opinión sobre cada tema.

d) Se anotan los temas en el pizarrón y las ideas generales en torno a los mismos

Tiempo: 30 minutos

2) Entrevista pública:

Objetivos: Generar un espacio para que el grupo pueda formular las preguntas y temas que desconoce o conoce insuficientemente con la ayuda de un experto. Permitir la formulación de preguntas que el grupo demanda, y no lo que el coordinador piensa que el grupo necesita.

a) Un médico gerontólogo invitado, es presentado frente al grupo por el coordinador quien explicita el tema por el cual fue convocado y que constituye el tema del día: “Vejez y salud: riesgos y prevención”. El coordinador, para romper el hielo, efectúa la primera pregunta. Luego, siguen los otros participantes con sus propias preguntas, inquietudes u opiniones sobre los temas trabajados.

b) Para el desarrollo exitoso de la misma es necesario procurar mantener un diálogo flexible, que no tiene por qué reducirse a preguntas y respuestas, son válidos comentarios,

reflexiones, etc., evitar respuestas monosilábicas y evitar lenguaje demasiado técnico o especializado

c) Una vez finalizada la entrevista se puede hacer una especie de resumen y se agradece la presencia del experto invitado.

Tiempo: 60 minutos

ENCUENTRO 6:

Autonomía y dominio del entorno

Objetivos:

- Reflexionar sobre los mitos en torno a las limitaciones de la vejez.
- Profundizar sobre el tema del bienestar psicológico en la tercera edad: Autonomía y Dominio del entorno

Actividades:

1) Cine-fórum: “Ultimo viaje a las vegas”

La estrategia de emplear una película como disparador. Esta estrategia tiene como premisa que la información obtenida del entretenimiento sea atractiva, fácil de entender y capaz de influir en los comportamientos.

La proyección de esta película, en particular en este encuentro, tiene el objeto de favorecer la identificación de los participantes con los personajes de la historia– así como de las situaciones que se les plantean y construir en el grupo un clima de confianza y seguro para desarrollar el tema.

Breve sinopsis: La historia de cuatro viejos amigos, todos jubilados en sus 70 años, dispuestos a celebrar. El único de ellos que aún sigue sin compromiso, Bill (Michael Douglas), va a casarse y deciden realizar la despedida de soltero en el centro de todas las fiestas: Las Vegas. Mary Steenburgen encarna a Diana, una cantante que, casualmente, empieza a tener una química especial con Bill. Pero otro de los amigos, Paddy (Robert De

Niro), también se fijará en ella... Las alocadas aventuras que estos cuatro amigos vivirán en Las Vegas, tendrán unas consecuencias imprevisibles. “Los actores siendo grandes del cine le dan una cuota especial de humor no-escandaloso relacionado fundamentalmente al volverse viejo, la amistad que perdura y los achaques que la edad te trae. Nos presentan situaciones en las que muchas personas maduras pueden sentirse identificadas y que pueden sacarles muchas risotadas durante la película. La trama es muy simple: una despedida de soltero en Las Vegas. ¿Qué nos aporta? Un tema que muchos de nosotros no pensamos pero inevitablemente llega es la vejez. A veces uno cree que ser viejo es sinónimo de retiro, de vida tranquila, en parte es cierto, pero no por eso vas a dejar la diversión. No hay edad para divertirse, mucho menos para estar con amigos y pasarla de maravilla. Se tocan temas propios de la edad con mucho humor y es así como hoy en día nuestros señores veteranos deberían vivir la vida y disfrutarla. También tiene su lección, donde el valor de la amistad se demuestra de diversas maneras incluso de formas que uno no lo creería. El toque sentimental que nos puede hacer reflexionar.”(J.D.Caceres,2014 <http://www.filmaffinity.com/>)

Ficha técnica:

TITULO: Último viaje a Las Vegas

TITULO ORIGINAL: Last Vegas

TITULO ALTERNATIVO: Plan: Las vegas

ACTORES: Robert De Niro, Michael Douglas, Morgan Freeman, Kevin Kline.

ORIGEN: Estados Unidos.

DURACION: 104 Minutos

CALIFICACION: Apta mayores de 13 años

PAGINA WEB: <http://www.ultimoviajelasvegas.com.ar>

DISTRIBUIDORA: Alfa Films

FORMATOS: 2D.

- a) Se proyecta la película al grupo
- b) Se reflexiona en grupo acerca de las identificaciones con los personajes.

c) Al finalizar, el coordinador debe intervenir para subrayar los aspectos que considera más importantes, los que necesitan una explicación complementaria. Se hace un breve resumen de las conclusiones y los objetivos que se buscaron durante el encuentro.

Tiempo: 110 minutos

ENCUENTRO 7:

Vínculos familiares y pareja.

Objetivos:

- Estimular la flexibilidad mental para la resolución de problemas con más de una alternativa
- Concientizar sobre la importancia de los vínculos personales y familiares.
- Valorar el sentimiento de seguridad y confianza

Actividades

1) Estudio de caso

Consiste en la investigación, análisis y búsqueda de soluciones a un caso (situación real), mediante la discusión y el diálogo en el grupo tendiente a la extracción de conclusiones. El caso debe ser lo más detallado y completo posible, pues ello ayudará al grupo en la búsqueda de soluciones a problemas complejos.

a) El coordinador explica los objetivos de la reunión y el procedimiento que se va a utilizar

b) Se divide al grupo en dos sub-grupos y se reparten fotocopias del caso a trabajar (Anexo pág. 133)

c) Se expone el caso a estudiar en voz alta, leído por el coordinador para todo el grupo.

d) Los sub-grupos comienzan el estudio de caso tratando de realizar un diagnóstico de la situación, formulando los principales problemas, actores intervinientes en el dilema y en sus posibles soluciones, examinando sus causas e interrelaciones recíprocas, etc. Ello se hace mediante la conversación y el libre intercambio de ideas y opiniones.

e) Una vez finalizadas las reflexiones, un representante de cada grupo las comparte al resto. Mientras tanto, el coordinador puede ir registrando aportes en una pizarra, a fin de que el grupo pueda luego concluir con más facilidad.

f) Agotada la discusión del caso, el animador puede recapitular el trabajo realizado y se le pide al grupo que piense en las soluciones que les parecen más adecuadas de entre todas las propuestas. De manera respetuosa, entre todos deben decidir una de las soluciones posibles y el por qué.

g) Finalmente, el grupo debe tratar de sacar las conclusiones del caso que le pueden servir para resolver sus propias situaciones de vida.

Tiempo: 60 minutos

2) **El lazarillo**

a) El grupo se divide en parejas. Se indica a cada pareja que primero uno haga de lazarillo y el otro de ciego, con los ojos cerrados sin vendarse. El lazarillo debe conducirlo por distintos lugares en los que debe sortear obstáculos: bancos, sillas, compañeros, paredes, etc.

b) Luego cambian los papeles y hace de lazarillo el que actuó de ciego en la primera parte.

c) Reflexión: Se conversa con todo el grupo, para que cada uno diga cómo se sintió, tanto cuando hizo de lazarillo como de ciego. Si tuvo miedo, si confió, qué se imaginó, con qué lo relacionó de su vida. Se puede preguntar por el sentido de la experiencia.

d) Cierre a cargo del coordinador:

“Hemos tratado de vivenciar lo que significa ser ciego, no ver, no poder percibir la realidad, aun a riesgo de hacernos daño al llevarnos por delante con cosas, si no encontrábamos un lazarillo que nos ayudara a sortear las dificultades. Esto nos da una sensación de desamparo e inseguridad muy grande. Decimos que alguien es ciego cuando no puede ver algo que para los demás es evidente. Y, en estos casos, necesitamos también un lazarillo que nos lleve y nos acompañe para descubrir el camino y no hacernos daño. Para aceptar un lazarillo, es necesaria la confianza. ¿Cuántos lazarillos hemos necesitado para ser lo que somos ahora?”

e) Se pide a cada integrante que piense, vaya hacia atrás e intente reconocer a todos aquellos que les ayudaron y en los que confiaros: Amigos, parejas, profesores, familiares. Todos los que los sostuvieron, acompañaron y lo siguen haciendo.

Tiempo: 30 minutos

ENCUENTRO 8:

Conductas pro sociales .cierre.

Objetivos:

- Fomentar relaciones positivas y vínculos respetuosos
- Fomentar la participación social activa: nuevas vías de participación

Actividades

1) Lo que más me gusta y valoro de mi compañero .Objetivos: Aprender a ver primero lo positivo. Expresar nuestros sentimientos hacia otros. Tomar conciencia de que nuestra autoestima mejora cuando nos sabemos queridos.

a) Se divide a los alumnos en parejas, se les dice que cierren durante un minuto los ojos y piensen en aspectos positivos de su compañero.

b) Se propone que conversen unos minutos entre ellos para que intercambien sus percepciones con la siguiente dinámica: ¿Qué piensa de mí? Al recibir un comentario es necesario responder con gracias.

3) Con el grupo entero, se comenta que les pareció la experiencia y por qué creen que se la propuso.

4) Reflexión: Es importante escuchar cosas positivas de uno mismo, así como poder decir las a los demás y que a la vez ellos las digan de nosotros. La manifestación de los afectos acerca a las personas crea un mejor clima de trabajo y eleva la autoestima.

Tiempo: 35 minutos

2) Llego- me voy

a) Sentados aún en parejas, cierran los ojos y piensan en el día que comenzaron el taller. Intentan recordar cómo se enteraron que se dictaba, si les interesó rápidamente o debieron animarse, si fueron acompañados o no. Buscan en su memoria el primer encuentro: sensaciones, ideas, prejuicios, miedos, vergüenzas.

b) La idea es que puedan elegir una escena, sin palabras de dicho momento inicial y otra donde muestren la situación actual en relación al grupo y al tema. Se discute en la pareja cómo serán representadas las escenas a través de dos estatuas y entre ambos integrantes intentan construirla.

c) Conviene que cada integrante pueda verse en algún momento de la presentación desde fuera en la estatua, es decir, que alguien del público pueda reemplazarlo por un momento para colaborar con la reflexión.

d) Al observar las escenas se pueden realizar una interpretación de las vicisitudes del aprendizaje. ¿Cómo los ve el público en el antes y en el ahora? ¿Dónde (cuerpo, gesto, mirada, acción) se observan esos cambios?

e) Luego, es el turno de la estatua de la siguiente pareja hasta que todo el grupo haya presentado sus escenas.

f) Al final se debe realizar una reflexión donde cada participante establece como se ha sentido y que ha aprendido de la actividad

Tiempo: Aproximadamente 40 minutos.

Cierre. Evaluación grupal e individual

1) Intercambio de regalos:

a) El coordinador propone a los integrantes del grupo que piensen en el proceso vivido y que recuerden con qué expectativas, preguntas, miedos llegaron y que intenten verse en su situación actual.

b) Una vez realizado este ejercicio se propone un intercambio simbólico. Ubicando al grupo en círculo se pone en el centro una caja “taller”, cada integrante debe sacar de dentro de la caja algo que el proceso le haya dado (una capacidad, una respuesta, una pregunta). Luego, debe dejar a cambio en la caja otra (una sugerencia, por ejemplo). La idea es llevarse algo y dejar algo a cambio, puede hacerse de manera escrita u oral.

Tiempo: 15 minutos

3) Evaluación individual (cuestionario ad hoc)

Se entregará a cada integrante un cuestionario (Anexo pág.137) para conocer las consideraciones personales respecto al desarrollo del taller y poder realizar una evaluación más completa del mismo.

Recursos necesarios:

- Humanos: coordinador.
- Materiales: hoja resma, lapiceras, fotocopias, sillas, pizarra, tizas, mesa, caja de cartón
- Tecnológicos: televisión, dvd “película ”, equipo de música o parlantes,

Presupuesto

| Presupuesto | | | |
|------------------|--------------------------|----------|-------------|
| Materiales | Costo Por unidad | Cantidad | Costo Final |
| Sillas | \$- | 0 | \$- |
| Mesa | \$- | 0 | \$- |
| Televisión | \$- | 0 | \$- |
| DVD | \$- | 0 | \$- |
| Equipo de música | \$- | 0 | \$- |
| | Ya hay en la institución | | |
| Resma de Hojas | \$50 | 1 | \$50 |
| Lapiceras | \$5 | 20 | \$100 |
| Lana | \$30 | 1 | \$30 |
| Pizarra | \$200 | 1 | \$200 |

| | | | |
|---------------------------|----------------------------|----------|--------|
| Tizas | \$5 | 1 | \$5 |
| DVD | \$30 | 1 | \$30 |
| Fotocopias | \$0.8 | 80 | \$64 |
| | | | \$479 |
| Honorarios | Costo Hora / integrante | Cantidad | Total |
| Coordinador- Psicólogo | \$ 95 | 8 | \$ 760 |

Total----- \$ 1239

CONCLUSION

En el presente Trabajo Final de Graduación se abordó la temática del bienestar psicológico en la tercera edad en el Sindicato Unión Obrera de Empleados Municipales de la ciudad de Córdoba. A partir de un diagnóstico organizacional pudo detectarse la necesidad de un espacio institucional que permitiese reflexionar sobre el bienestar psicológico de sus integrantes, manifestada ésta en la necesidad de informar y prevenir distintas afecciones relativas a este ciclo vital. Surgió entonces la propuesta de diseñar un proyecto de psico-educación para sus agremiados.

Detectada la necesidad de debatir e informarse sobre su salud bio psico social, se plantearon las actividades desde una estrategia de intervención con los objetivos de promover conductas de autocuidado en adultos mayores psicoeducar sobre riesgos de salud e inducir conductas pro sociales. Se consideró el formato taller desde la propuesta de Ezequiel Ander-Egg (2007)

como el más apropiado ya que está centrado en el aprendizaje, en la co-construcción y apropiación del saber. Pensando el aprendizaje como una experiencia y construcción grupal, los protagonistas del proyecto dejan de ser los contenidos o los objetivos prefijados y pasan a ser el grupo y sus emergentes o inquietudes.

Ya que la falta de información juega un papel importante en la construcción de mitos y prejuicios y que por lo tanto ocupa un lugar en las actividades diseñadas; el Taller sobre Bienestar Psicológico en la Tercera Edad se centra en la creación mutua –entre el coordinador y los miembros- de un espacio seguro, confiable y divertido posibilitador de pensar en grupos y que no sólo son un lugar posibilitador de aprendizajes sino que también permiten experiencias de integración y apuntalamiento en los adultos mayores.

En este trabajo final, pudimos ver que la vejez es un momento de la vida que implica numerosos cambios que van desde el cuerpo, el rol social, lugar familiar, entre otros. Se supone entonces que mejorando redes de apoyo se pueden tramitar situaciones de crisis y desamparo propias de la edad, otorgando al mismo tiempo un lugar de pertenencia y nuevos vínculos. A la vez se considera que para una vejez saludable se requiere trabajar sobre el empoderamiento de las personas sobre el autocuidado y acciones tendientes a prevenir enfermedades propias de esta población de adultos mayores.

Considero que la psicología tiene numerosas herramientas para aportar e incumbencias que responder en lo que es el bienestar físico, mental y social (definición de salud de la OMS) de las personas ya que no es solo la ausencia de enfermedad sino que abarca una mejor calidad de vida por el desarrollo de potencialidades de la persona y la satisfacción de sus necesidades siendo agentes activos en esta búsqueda de vivir y transcurrir sus días de la mejor manera posible.

BIBLIOGRAFÍA

- *Álvarez Ramírez, L.Y., Ibarra L y García Espitia, E. (2010) Eficacia de un programa para la promoción del bienestar a partir de las dimensiones del esquema de sí mismo en un grupo de adultos mayores de la ciudad de Bucaramanga (Colombia). Recuperado en 08 de julio de 2015, de <http://revistas.usbbog.edu.co/index.php/Psychologia/article/view/108/106>*
- *Ander-Egg, Ezequiel (2007) El taller: una alternativa de renovación pedagógica, Buenos Aires, Argentina: Ed. Magisterio del Río de la Plata.*

- Ayala J y Chiriboga, X, (2014) *Bienestar psicológico en adultos mayores ecuatorianos: Una propuesta de intervención desde la psicología positiva* Rev. cient. UCSA(Argentina), Vol.1 N. ° 1 Recuperado en 08 de julio de 2015, de <http://www.ucsa.edu.py/wp-content/uploads/2014/12/9.-AR-Ayala-J.-45-52.pdf>
- Casullo, M. y Castro Solano, A. (2000). *Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos* Revista de Psicología de la PUCP. Buenos Aires Vol. XVll, 1. Recuperado en 8 de julio de 2015de [file:///C:/Dialnet-EvaluacionDelBienestarPsicologicoEnEstudiantesAdol-4531342%20\(1\).pdf](file:///C:/Dialnet-EvaluacionDelBienestarPsicologicoEnEstudiantesAdol-4531342%20(1).pdf)
- Harlem Brundtland, O., Organización mundial de la Salud (2002) *Informe sobre la salud en el mundo 2002 .Reducir los riesgos y promover una vida sana*,cap 2 pag.9 Recuperado en 08 de julio de 2015, de <http://www.who.int/whr/2002/en/Chapter2S.pdf>
- Hoffman, Lois; Paris, Scott y Hall Elizabeth. *Psicología del desarrollo Hoy*, Sexta Edición, Vol. II, España, 1996, Ed. Mc. Graw-Hill.
- <http://www.es.familydoctor.org/familydoctor/es/seniors/caring-for-an-elderly-relative/diseases-and-conditions-common-in-seniors.html>
- <http://www.tercera-edad.org/salud/enfermedades.asp>
- http://ar.selecciones.com/contenido/a3491_una-historia-de-amor-despues-de-60-anos
- <http://www.crecimientopositivo.es/portal/modelo-de-bienestar-psicologico-de-ryff>
- *infonews.com* nota 19 de Mayo de 2014 10:29 Recuperado en 08 de julio de 2015, de <http://www.infonews.com/nota/144771/segun-la-oms-la-esperanza-de-vida-en-argentina-aumento-un-promedio-de-tres-anos>
- *Journal of Personality and Social Psychology* 1995, Vol. 69, No. 4,719-727 *The Structure of Psychological Well-Being Revisited* Carol D. Ryff and Corey Lee M. Keyes

University of Wisconsin—Madison Recuperado en 08 de julio de 2015, de <http://midus.wisc.edu/findings/pdfs/830.pdf>

- León, O.G y Montero I. (2003). *Métodos de investigación en psicología y educación. España: McGraw Hill.*
- Medaura, Olga y Monfarrell Alicia (2008) *Técnicas grupales y aprendizaje afectivo, Hacia un cambio de actitudes, Buenos Aires, Argentina :Ed. Lumen*
- Meléndez Moral J.C. (1998) *Programa de intervención para la mejora de la autopercepción en jubilados Psicogerontología Volumen 14 (5) - 261 Recuperado en 8 de julio de 2015 de <http://www.uv.es/melendez/envejecimiento/intervautopercep.pdf>*
- Mella, R, González, L, D'Appolonio, J, Maldonado, I, Fuenzalida, A, y Díaz, A. (2004). *Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor. Psykhe (Santiago), 13(1), 79-89. Recuperado en 08 de julio de 2015, de <http://www.scielo.cl/scielo.php>*
- MOÑIVAS, A. *La conducta prosocial (1996) Cuadernos de Trabajo Social n~9 Págs. 125 a 142 Ed. Universidad Complutense.(Madrid) Recuperado en 08 de julio de 2015, de <http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/viewFile/CUTS9696110125A/8357>*
- Reina C. Carmen, Ortiz G. Ana y Unger Bárbara (2003) *Hacer Talleres, Una guía práctica para capacitadores Colombia: Grafiq Editores*
- Rodríguez Uribe, A. Valderrama Orbezo, L.J. y Molina Linde, J.M. (2010) *Intervención Psicológica en Adultos Mayores .Psicología desde el Caribe (Colombia), núm. 25, enero-junio, 2010, pp. 246-258, Recuperado en 08 de julio de 2015, de http://datateca.unad.edu.co/contenidos/301138/VEJEZ_Y_MUERTE_AVA_2015-1/Entorno_conocimiento/UNIDAD_1/Intervencion_Psicologica_en_Adultos_Mayores.pdf*
- Sampieri, H. y cols. (2003). *Metodología de investigación. México: McGraw Hill.*

- *Sanhuesa Parra M, Castro Salas M, Merino Escobar J.M .(2012) Artículo de investigación Optimizando la funcionalidad del adulto mayor a través de una estrategia de autocuidado .av.enferm., XXX (1): 23-31, .Recuperado en 08 de julio de 2015, de <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n1/v30n1a03.pdf>*
- *Taylor S.et al, Dorothea Orem: Modelo de Autocuidado. Marriner-Tomey, A. Modelos y Teorías de Enfermería. Traducción al Español de la 4ª ed. Madrid: Harcourt Brace; 1999.*
- *Vivaldi, F.; Barra, E.(2012).Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. Terapia Psicológica (Chile), vol. 30, núm. 2, pp. 23-29 Recuperado en 08 de julio de 2015, de <http://www.redalyc.org/pdf/785/78523006002.pdf>*

ANEXOS

Consentimiento informado

Córdoba,... de.....de 2015

Yohe sido informado por Barros ,María Ximena alumna regular de la carrera Licenciatura en Psicología ,matricula n°PSI01965 sobre la participación de la institución a la que pertenezco con el cargo de Para la elaboración de un Proyecto de Aplicación Profesional, que no se llevara a cabo, con el propósito del Trabajo Final de Graduación de la Licenciatura de Psicología de la Universidad Empresarial Siglo 21 de la alumna.

Entendiendo que los datos que se recaben sobre la institución están protegidos bajo el imperativo ético de confidencialidad y anonimato que rige sobre los vínculos entre los profesionales de salud mental y alumnos en periodo de capacitación e investigación bajo la supervisión de la Comisión Asesora Evaluadora del Trabajo Final de Graduación.

Firma de persona a cargo

firma del alumno

EJES TEMÁTICOS DE ENTREVISTA A INFORMANTE CLAVE

Historia:

Fundación y devenir histórico

Misión:

- ¿Para qué existe el SUOEM?
- ¿Qué necesidades tienen los agremiados?
- ¿Cómo satisface el gremio a esas necesidades?
- ¿En qué se diferencia de otros gremios?
- ¿Cree que está respondiendo a las necesidades?

Visión:

- ¿Cuáles son las metas del SUOEM?
- ¿A qué se desea llegar y qué se está haciendo para ello? (plan)

Fortaleza:

- ¿Qué es lo mejor que tiene el SUOEM?

Debilidad:

- ¿Qué cree que se debería cambiar o qué cree que le falta?

Amenaza:

- ¿Qué pone en riesgo a la institución?

Oportunidad:

- ¿Qué cosas harían más fuertes al gremio?

Demanda:

- ¿Crees que se puede beneficiar al agremiado del SUOEM con un aporte de la psicología?

EJES TEMÁTICOS DE CUESTIONARIOS PARA JUBILADOS

Indicadores de temas relevantes en la tercera edad

-Cuerpo

- Cantidad de años
- Declive de las funciones físicas,
- Deterioro en el funcionamiento mental atención memoria
- Situación socio laboral, jubilación, sentimiento de exclusión social.
- Percepción de su edad
- Estilo de vida, nuevo rol en la familia, abuelidad.
- Sexualidad

Cuestionario para jubilados

Queremos conocer sobre las características y cuál es su opinión sobre el momento de su vida actual .Le haremos preguntas, las cuales tendrán respuestas con opciones, Ud. deberá marcar la opción que más le parezca y completar donde corresponda .Estos datos serán de

carácter confidencial y anónimo y serán usados solo a los fines de investigación para una tesis de grado.

Edad:

Sexo: M F

1. Estado civil: Casado

Viudo

Soltero

Divorciado

2. ¿Con quién vive? : Solo

Acompañado

En casa de algún familiar.

3. ¿Cuánto tiempo hace que se jubiló?: 1 a 3 años

3 a 8 años

Más de 8 años

4. ¿Cuál cree que es su estado de salud en relación con las personas de su edad?

Mejor que el de la mayoría de las personas de mi edad

Similar al de la mayoría de las personas de mi edad

Peor que el de la mayoría de las personas de mi edad

5. ¿Padece de alguna enfermedad actualmente? SI NO

¿Cuál?

6. ¿Pierde la memoria, le cuesta atender o concentrarse? SI NO

7. ¿participa de alguna actividad religiosa, social, club, voluntariado, asociación etc.?

SI NO

¿Cual?.....

8. ¿Disfruta de alguna otra actividad? SI NO

¿Cuál?.....

9. ¿Realiza alguna actividad física? SI NO

¿Cuál?.....Actividad física regularmente (gimnasia, pasear, algún deporte)

Alguna actividad física 3,4 veces al mes (bailar, pasear, jardinería, etc.)

Solo la actividad doméstica normal (compra, gestiones, comida, arreglo de la casa)

Casi completamente inactivo físicamente (ver T.V., jugar a las cartas, coser)

10. ¿Tiene Usted. a su cargo o cuidado a algún hijo, nieto, o a un familiar enfermo o discapacitado? SI NO

¿Quién? Hijo, nieto, familiar, otros.....

11. ¿con cuántos años se siente?

Con menos años,

Con los mismos años,

Con más años que los que tengo

12. ¿Disfruta de su sexualidad? SI NO

13. ¿Se siente útil, satisfecho con las cosas que hace? SI NO

14. en la vida diaria se mantiene: (marque todas las que quiera)

Entretenido

ocupado

aburrido

Solo activo de buen humor

Triste acompañado alegre

15. ¿Le gustaría participar de actividades para jubilados del SUOEM en la sede de la institución? SI NO

¿Cual?.....

¡Muchas gracias por su colaboración!

ENTREVISTA A ÁNGEL BENEDETTI

(Comisión de Jubilados, Secretario Adjunto, Secretaría de Salud del gremio de SUOEM)

X: ¿Qué se acuerda o qué me podría contar sobre el origen y fundación del gremio?

A: El origen del gremio es aproximadamente en el año 1944, de la mano de Alborno. Te digo de los que recuerdo, luego estuvo Ugarte del '69 al '70, y luego Leiria fue el último Secretario General antes del golpe del '76, donde el gremio fue intervenido, el suboficial hace que tomen el gremio hasta el año 1983 que con la intendencia

Yo Ruben Daniele he sido informado por Barros, María Ximena alumna regular de la carrera Licenciatura en Psicología, matrícula n°PSI01965 sobre la participación de la institución a la que pertenezco con el cargo de Sec. General para la elaboración de un Proyecto de Aplicación Profesional, que no se llevara a cabo, con el propósito del Trabajo Final de Graduación de la Licenciatura de Psicología de la Universidad Empresarial Siglo 21 de la alumna.

Entendiendo que los datos que se recaben sobre la institución están protegidos democrática del bajo el imperativo ético de confidencialidad y anonimato que rige sobre los intendente vínculos entre los profesionales de salud mental y alumnos en periodo de Mestre volvimos a capacitación e investigación bajo la supervisión de la Comisión Asesora recuperar nuestro Evaluadora del Trabajo Final de Graduación.

gremio. Durante estos años oscuros se creó un movimiento de resistencia, que por supuesto nos encontrábamos de forma clandestina. En esas épocas, nos habían tomado el edificio

Firma de persona a cargo

firma del alumno

RUBEN DANIELE
SECRETARIO GENERAL
S.U.O.E.M.



funcionábamos, por lo que teníamos que reunirnos siempre en distintos lugares porque en esa época no permitido que la gente se reúna o agrupe, no querían que nos juntáramos a hablar ni a pensar. En esos momentos, comienzan a formarse las agrupaciones de militantes, que seguían funcionando sin poder hacer nada. Hasta que en el año 1982 las distintas agrupaciones, los radicales con la roja y blanca, la izquierda con la unidad renovadora y la agrupación 8 de noviembre, forman comisiones internas. En la gestión de Cafferata Nores, estas agrupaciones forman un cuerpo de delegados que era chico, eso era en el año '82 más o menos, todavía el gremio estaba intervenido. Funcionaban en gremios prestados. En el mes de abril de 1982, se convoca a la primera Asamblea General, en ese momento era Hernández quien estaba a cargo, y se decide formar una comisión transitoria. Esta comisión toma la sede gremial y restituyen el local del SUOEM. Se llama a

las primeras elecciones democráticas en octubre de 1983, donde se presentaron 3 listas: la verde, donde estaba Rubén Daniele, la blanca que eran los radicales, y la celeste y blanca que era el peronismo. El 15 de diciembre, gana la lista verde. Que queda en la conducción del gremio hasta hoy en día.

X: ¿Cuál era la propuesta de esa lista? ¿Por qué gana?

A: Y gana porque en esa época se habían juntado Daniele como la cabeza y varios compañeros más con un programa pluralista donde el lema era “Unidad y Democracia Sindical” y eso era lo que hacía falta en esa época. Se habían juntado varios con ideas diferentes, pero con un objetivo en común: recuperar la defensa del trabajador

X: ¿Cuáles son los logros que pueden reconocerse al gremio?

A: La más grande de estas épocas es recuperar al gremio. En esa época en la que estaba Romanutti de intendente, recuperamos la ordenanza, porque en la época del gobierno perdimos todas las garantías constitucionales, no había concejo deliberante ni leyes, nada.

Y bueno, recuperamos la ordenanza y la obra social para los trabajadores. Y la otra grande fue cuando después de 30 días de paro que hicimos a Mestre le ganamos para el empleado una recomposición salarial del 193%. Fue una lucha dura que ganamos.

X: ¿Cuáles son los objetivos que tiene el gremio?

A: Principalmente, luchar por el salario de los trabajadores, preservar la idiosincrasia, tener nuestra clínica, la reconstruimos a la casa vieja que había sido tomada y destruida por los militares, compramos la colonia de Villa Animi y el hotel en Mar del Plata, el club de Barrio Jardín y la farmacia del gremio.

X: ¿Cuáles son las metas del SUOEM?

A: Mantener lo adquirido hasta el momento y seguir mejorando, seguir adquiriendo beneficios para el agremiado.

X: ¿Cómo es la organización de la institución?

A: Bueno, existe un Estatuto y la dirigencia gremial está formada por cuatro secretarios, el de economía, el secretario adjunto, el secretario gremial y el secretario general. Después hay seis vocales titulares y seis vocales suplentes.

X: Estuve buscando algún tipo de documentación para obtener información de la institución y me dicen que no hay, ¿qué puedes contarme sobre eso?

A: Es que en el año '76, cuando tomaron el gremio y lo intervinieron, destruyeron y quemaron todos los documentos históricos que teníamos. Cualquier papel que hubiera o foto, quemaron todo.

X: Bueno Ángel, muchísimas por tu colaboración!

A: No, de nada. Estoy a su disposición.

ENTREVISTA A MANUEL ÁVILA

(Secretario Adjunto de la comisión de los jubilados SUOEM)

X: Bueno, estamos con Manuel Ávila, secretario adjunto del gremio del SUOEM, a quien voy a entrevistar

M: De los jubilados

X: De la parte de los jubilados. Bueno Manolo, lo que te quería preguntar para empezar es qué te acordas o qué sabes de la historia del gremio.

M: Por lo que tengo entendido la historia de este gremio comienza por los años cuarenta, 1940 en adelante, la fecha exacta no la tengo. Y nace creo en esta casa donde estamos ahora, en 9 de julio 642.

X: te acordas quienes eran los que estaban en ese momento?

M: No, no me acuerdo. Sé que el Secretario General, la hija trabajó en recursos tributarios acá en el Palacio Municipal y se debe haber jubilado ella en el año 2001-2002 por ahí

X: Y en ese momento vos te acordas para qué se hizo el gremio? Cómo nace?

M: Y nace en la época que nacieron todos los gremios, en defensa de los trabajadores, se acentúa con la llegada de Perón y la dirección de la Secretaría de Trabajo de la Nación de donde empieza a desarrollar el tema del gremialismo, la inserción del gremialismo que se realiza después en el peronismo. Y comienza como siempre, en defensa de los trabajadores de

todas las épocas porque no solamente acá en los '40 cuando ocurre la matanza de las mujeres en...por eso se festeja el 1° de mayo, se mueren en Estados Unidos, entonces viste el gremialismo viene también de mucho antes, viene de la revolución de los bolcheviques en Rusia, viene o sea, no es una creación de un hecho, de un momento y viene creciendo

X: Como en un movimiento socio-político

M: Exactamente, en algunos casos participando de la política, como fue en Rusia y después como fue acá en Argentina con el peronismo. Y bueno, lo principal en ese momento, la principal tarea que tienen los sindicatos es la defensa de los trabajadores, generalmente siempre han sido oprimidos por los patronales ya sea a nivel de los años '30 cuando la explotación, el tema de las fábricas, la industrialización. Antes que el tema era laboral, el campo, o sea que tenían patronos pero en el campo, eran peones rurales que se le llaman en esta época

X: Claro

M: Y bueno, ya cuando llega la industrialización en el año treinta, aparecen ya los gremios de fábrica

X: Y en este caso, que la Municipalidad es un ente público...

M: Y bueno, después se crean los sindicatos de todos los estamentos públicos que antes eran por ejemplo, habían gremios tres o cuatro en el año '50, antes del '55 que agrupaban a la mayoría de los trabajadores estatales que eran ATE, después se abrió Unión Personal Civil de la Nación, después se abrió Yacimientos Petrolíferos Fiscales que era YPF, el gremio fue. Bueno después fueron creciendo diferentes gremios al amparo de las leyes laborales que beneficiaban todo el tema de los trabajadores

X: Bien, vos viste que este gremio es considerado uno de los gremios más fuertes de la Argentina

M: El nuestro en la actualidad, por lo menos desde que está Rubén en la dirección de este gremio, calcúlale más o menos desde el año '85 a la fecha, este es uno de los gremios realmente más poderosos que hay

X: ¿Qué crees que haya hecho que el gremio sea tan fuerte?

M: Esa fuerza es porque Rubén siempre ha actuado bien de frente en la defensa de los trabajadores, nunca ha negociado nada digamos a espaldas de los trabajadores y eso es un reconocimiento que viste que parece que no existiera pero está, está metido en nosotros. Los jubilados digamos que somos los que estamos ahora ya de vuelta, que estamos también recibiendo parte de lo que luchamos y bueno, y lo que están ustedes digo por los nuevos que reciben parte de lo que hemos hecho nosotros. Por supuesto, siempre apoyándolo al “Gringo”, no es porque nos une una amistad con él aparte que, pero es realmente un dirigente de valor, de fuste, es una persona que aspira a defender a este gremio con uñas y dientes, o alguna vez hizo política cuando fue diputado y parece que no se sintió a gusto, no pudo hacer las dos cosas y volvió a repetir y siguió con este gremio, y bueno, nos ha enseñado que la unidad es lo que a nosotros nos permite estar en donde estamos. Si no hubiéramos tenido unidad, no hubiéramos podido luchar contra Mestre, era un tipo terrible.

Interrupción de una persona que acude a la oficina....

X: En sí, al día de hoy es uno de los gremios más fuertes. Y de los otros gremios, ¿vos cómo, qué ves qué se diferencia de los otros gremios? Porque varios gremios particulares, éste tiene su particularidad, ¿cuál sería?

M: Siempre da la particularidad el dirigente. El dirigente es el que da la particularidad de sus afiliados y hace la diferencia del resto de los otros gremios. Cada dirigente tiene una forma de actuar que no es la misma. Entonces eso, no hay una regla para ser dirigente. Cada uno por ahí llega a un fin por diferentes medios, que no digo que son ni buenos ni malos, son medios. El fin de cualquiera de los dirigentes en general, que cualquiera de los dirigentes de los trabajadores de acá de la ciudad de Córdoba, de un gremio estatal o un gremio privado tiene el fin que es la defensa de los trabajadores, viste porque por más que los medios no sean los mismos y vos por ahí uno opina que lo que está mal de los medios, que cada realidad es distinta

X: Claro, pero también te digo, supongo que de esto tiene que ver también con cuales son las necesidades de los agremiados y en algún punto que haya una buena comunicación entre el dirigente y las necesidades

M: Pero a eso te lo dan siempre los tiempos, mira nosotros por ejemplo en la época de Mestre, en la degradación de los paros eternos que le hicimos a Mestre, porque medio que cuando asume Mestre, no es que el gremio se divide sino que el afiliado o el empleado que era radical estaba con la patronal de turno y los que no éramos radicales estábamos con el gremio, y la historia no era esa. Hasta que los compañeros radicales se dieron cuenta que cuando vos laburas, trabajas por una remuneración y esa remuneración te alcanza para vivir, se te termina tu partidocracia, te pones a trabajar al lado del gremio. Toda esa unidad digamos es la que nos llevó a nosotros, a que nosotros con Rubén a la cabeza, le venciéramos el brazo a Mestre. Por qué? porque llegó un momento en que todos nos metíamos la mano en el bolsillo hacía tiempo y no teníamos nada, y los radicales cuando se dieron cuenta también dijeron “bueno no, chau, la política la hacemos de acá para afuera, acá somos trabajadores”. Y nosotros en esa época queríamos cobrar el sueldo que cobran los empleados públicos y los docentes, imaginate en el lugar donde estábamos en la lona Cuando empezamos ese conflicto con Mestre, la economía de Argentina medio que empieza a tener problemas, empieza la famosa inflación y esa inflación empieza a ir subiendo, a ir subiendo con lo justo nosotros estábamos en conflicto salarial, entonces llegó un momento que ya no podíamos ser como los empleados públicos y los docentes, queríamos ganar un salario que nos fuera a cubrir de la inflación. Nosotros estábamos en esa carrera, los empleados públicos y los docentes pobres no estaban en esa carrera, cuando vinieron los golpes hiperinflacionarios 100% de inflación, 200% de inflación, ellos no podían saltar de cero a doscientos, pero como nosotros estábamos en una escalera, inflación 210 a nosotros nos daban 200 o 205. O sea nosotros, ese nivel salarial lo tenemos por la lucha de ese momento

X: Esa lucha que fue bastante dura

M: Claro, si vos decís hoy “uy! los empleados públicos agarran 1500 pesos a fin de año en bonos”, nosotros tenemos prohibido agarrar bonos. Ya nos hemos concientizado, el bono no conviene porque perjudica a la clase trabajadora en general y al jubilado en particular. Entonces qué ocurre, ellos es distinto. Porque 1500 para un tipo que gana 8000, es un montón de plata, ¿me entendés? y no le importa si va al hocico o no, él sabe que a esa fiesta la va a terminar pasando medianamente como la gente. Nosotros todo lo que nos dan es todo plata, en qué? porcentaje, a donde van? al básico, y eso repercute en todo. Entonces vos decís “uy, Pien no sirve”, no no Pien hace lo que tiene que hacer en su gremio como puede hacer, con su fin que tiene que es mejorar el ingreso de los trabajadores.

X: Claro, cada uno con sus particularidades. Creo que es una cosa fuerte también esto que me decís vos de la unidad, haber logrado esa unidad.

M: Claro, claro. Y la unidad se logra a través de la falta de plata, me entendés? claro, si vos observas cuando nosotros hacemos un paro, una marcha o una asamblea cuando hay un tema salarial viste, se junta el doble de lo que se juntó ayer, que ayer fue un montonazo, pero por qué? y porque afecta a todos en su conjunto. Cuando hay cosas particulares que son focalizadas y falta la ropa o no nos pagan las horas extra o hay reparticiones que no tienen horas extras, administrativos que no cobran prolongación de jornada o los porcentajes por inspectoría, entonces ese tipo tiene diferentes intereses

X: ¿Y cómo pensás que desde el gremio se puede responder a los diferentes intereses de los empleados en sí o los agremiados? la mayoría de los empleados están agremiados, o no?

M: Si, la mayoría. Entre jubilados y activos, activos creo que hay ocho mil más o menos para redondear y jubilados somos dos mil y pico. Acá ninguna de las dos asociaciones son obligatorias, vos te afilias si querés, si no querés no te afilias. No es que a vos si no estás afiliada y el gremio te tiene que defender te va a defender sin preguntar si sos afiliado o no, porque la defensa del trabajador es lo primero.

X: ¿Qué pensás que hace que la gente venga y se afilie?

M: Primero la confianza que tienen en el dirigente, segundo ven cómo ha crecido este gremio, hemos crecido económicamente, hemos crecido en salud, cuando hablo de economía, hablo de salud, de las vacaciones, tenemos en Mar del Plata, en Villa Ani Mi

X: Eso, contame que tiene el gremio

M: Y, en Villa Ani Mi hay una colonia de vacaciones, se la compraron en el primer gobierno de Rubén. Después creo que en el tercero compramos el club en Barrio Jardín, después compramos un sanatorio en Sobremonte que se lo vendimos a la justicia, compramos el sanatorio que tenemos en la calle Santa Rosa, todo esto que te estoy hablando es propio. Y bueno acá, todavía está en edificación el último piso, pero todo es nuestro y todo hecho con plata que ingresa del aporte de los afiliados. O sea que en general, siempre ha habido un buen manejo de la plata.

X: Y la verdad que esto es un lujo, es muy linda esta sede

M: Si si, acá teníamos el edificio viejo y lo hicimos demoler, yo estaba en esa época de Tesorero y compramos el club de Barrio Jardín, el de Mar del Plata, compramos el sanatorio de la calle Santa Rosa, hicimos toda la estructura para levantar este edificio, y cuando me jubilé -los jubilados no podemos estar en comisiones, las comisiones son para los activos- armamos una comisión para jubilados y bueno, estamos acá.

X: Muy bueno. Y en esta comisión de jubilados que es lo que se interesan para...

M: Y, acá nosotros el impedimento para tener más expectativas para darle a los jubilados para traerlos es que falta el piso este que te digo yo

X: Claro, falta concretar

M: Claro, que es para concretar porque ese piso va a tener lugares para diferentes tareas, que canto, que baile, lo que sea, computación, coro. Toda esa idea está, el tema es el espacio. Si no tenes espacio no podes hacer, estamos haciendo por ejemplo los jubilados, a pedido nuestro, se creó el servicio de diabetes del sanatorio, que es un servicio especializado que tenemos, tenemos podólogos, nutricionistas, tenemos una profesora de gimnasia que da clases dos veces a la semana a los jubilados que tienen diabetes o no jubilados y para toda la gente. Y bueno viste, acompañamos a los responsables

.

Interrupción de una persona...

M: Entonces bueno nosotros a veces no podemos hacer para los jubilados y es difícil que el jubilado afiliado venga porque por ahí juega a la bochas en su barrio, al truco en los campeonatos que hacen en su barrio o los centros vecinales y está alejado eso de acá. Por eso nosotros hacemos cosas que tengan que ver por ahí más con los activos, parte del cuerpo que pertenece al servicio de diabetes y va repartición por repartición realizando un control que en definitiva sirve mucho porque previene y la prevención en el tema de salud es la base principal que hay, no hay prevención hay mala salud, hay prevención, bueno. Si después vos quieres guiarte por lo que te haces, un control de glucemia, más el peso, la masa muscular y

vos te preocupas por darle bolilla tu vida se supone que va a ser mucho mejor, si no le das bolilla, bueno cada uno hace lo que quiere de su vida.

X: Y ese es el medio de comunicación que tienen con los jubilados, a través de los activos

M: Si si, y es una tarea que nosotros sostenemos porque sabemos que cae muy bien, porque Rubén nos lo ha dicho porque él recibe todo,

X: Sí, por supuesto

M: los comentarios generalmente le llegan a él. Los mismos delegados de las reparticiones, porque la gente que está en las reparticiones le agradece a los delegados y los delegados a nosotros. Las cosas que podemos hacer las hacemos.

X: Igualmente he visto que tienen página web también

M: Si, nosotros tenemos la página web y después comunicamos a todos eso siempre a través del gremio porque acordate que nosotros como misión no tenemos una individualidad, somos una parte del gremio, no somos un centro de jubilados. Si fuéramos un centro de jubilados podríamos viajar como todos los jubilados viajan a través del PAMI que no pagan nada. Nosotros no, a nuestros viajes los organizamos nosotros y lo hacemos nosotros y se pagan bueno, a través del gremio y generalmente se hacen 3 o 4 veces al año, 40-50-60 personas. Cuando fuimos el anteaño pasado a Bariloche y llevamos tres colectivos, o sea bastante gente. Pero bueno, los otros días han venido de cómo se llama...Las cataratas del Iguazú, ahora estamos armando uno en agosto para Las Termas, así que bien bueno viste. Y hay un grupo que le gusta viajar, este grupo pregunta, entonces hay unas mujeres que están las que están y se conocen, viste, vamos a hacer un viaje y llaman en general, pero los que vienen el grupo que conoce

X: Generalmente los que ya se conocen

M: claro los que conocen el grupo porque nosotros los municipales, no somos así de relacionarse fácilmente entre nosotros. Ahora no está funcionando pero teníamos una pileta y no iban 100 municipales por día, menos, nada. Y era una pileta espectacular en un barrio

piola, viste, era en un lugar cerca del centro, o sea que se yo. La mayoría de los municipales tienen vehículos, no tenían que andar en colectivos

X: ¿Y vos porque pensas que es? ¿Por una cuestión de relación?

M: Si, para mí sí. Nosotros somos. No le veo lo otro, no soy psicólogo *risas* capaz que Ud. me diga después no manolo es otra cosa ,y sería importante que lo dijeran .nosotros tenemos en nuestro gremio... son muy diferentes ,somos como diferentes clases de trabajadores porque los trabajadores somos todos una clase porque somos trabajadores no cierto una sola pero ,por ahí se hacen las divisiones ,que el área operativa ,que el área administrativa ,que el área de salud , que el área de educación ,entendes, las clases se dividen en áreas y eso por ahí que no estás acostumbrado a juntarte con uno que está trabajando en el área operativa o con uno que está trabajando en cementerios que cada uno por supuesto tiene su realidad distinta por eso me parece a mí que cuesta un poco más

X: Ya lo vamos a investigar a ver que es

M: Claro si, si es interesante eso ,vos ves por ejemplo a los médicos en salud ,yo lo digo de afuera ,cuesta al médico me parece a mí atraerlo al gremio ,teníamos muchos afiliados el tema es que cuando se jubilan hay q ver si se vuelven a re afiliarse por ahí la gente el común que ha sido siempre participe del gremio ,porque hay gente que es afiliada por ejemplo yo que siempre fui afiliado y participe del gremio que no lo usa para nada .

X: ¿es una cuestión de profesión o grupos de profesionales?

M: no sé si están todos afiliados me parece que están más afiliadas los de las reparticiones chicas. Por ejemplo el médico que está de guardia, que hace guardia 24 hs., una vez por semana por ahí no tiene una pertenencia, no termina de adquirir una pertenencia

X: me estás hablando de un gran grupo ,porque tenes a los médicos del de urgencias más los médicos del infantil es un gran grupo

M: hay afiliados y dentro de ese grupo están las enfermeras y auxiliares, todo es un combo que en general si son afiliados pero en mi percepción, llevándote al estar en algunos lugares cuesta esa conjunción por eso al principio te decía que a nosotros nos une la defensa de nuestro trabajo y la defensa de nuestro salario esos son los dos puntos que yo creo que más

X: ¿serían los objetivos que tiene el gremio?

M: serían los objetivos que tiene el gremio y los del afiliado de un empleado común algunos dicen ¿qué es lo que me da el gremio? y a vos lo que el gremio te da ,te da ,lo primero que te da es la defensa del trabajo ,si llegas a tener algún problema vas a venir acá y acá te van a defender van a tratar de que a vos no te echen por lo que sea y la otra es pelear por el salario ,por el salario peleamos para todos estés afiliado o no estés afiliado acá el tipo cobra el salario hagas paro o no hagas paro .”hagamos paro y cobramos el aumento solamente los que hacemos parao” no ,no los que hacemos paro somos tan solidarios con nuestros compañeros nos tragamos la bronca y hacemos paro por los que no hacen cuando ellos cobran ,cuando a vos te descuentan los días y a ellos no se los descuentan pero vos has trabajado por ellos ,porque vos tenes un sentido de solidaridad a los trabajadores que hay compañeros que no lo tienen .no es q sean ni profesionales ,por ahí tenes compañeros en reparticiones que son como vos, digo que no son profesionales en esa área y por ahí no hacen paro así q al gremio ,por eso nosotros ,yo siempre he tratado de que el afiliado se tiene que sentir, estar cerca nuestro, tener pertenencia ,por eso es decir no vienen los jubilados o vienen poco pues vamos a ir al gremio lo vamos a llevar a diferentes reparticiones ,en esas reparticiones están los hijos ,y van y le cuentan che papa vos sabes ahí anduvieron los jubilados

X: es buena estrategia

M: no cierto, lo hacemos yo soy uno de los que insistí que lo hiciéramos es porque yo lo siento así siempre lo sentí así yo desde que trabajo en el gremio siempre me calenté con un montón, discutí con un montón pero siempre que venía se sentaba y lo atendía, capaz que no le solucionaba el problema, por ahí no está a tu alcance solucionar el problema pero vos lo escuchas y le decís mira la verdad que yo llego hasta acá.

El otro día apareció un compañero que está pasivizado no es jubilado es pasivizado un médico y era de medicina preventiva llegó , re mal , antes de anoche fue, re mal ,eran las 6:30 de la tarde ,mira soy pasivizado pero soy del aprozess ,no estoy afiliado porque me fui al chaco ,estaba Rubén y le digo Rubén mira lo vamos a llevar al compañero al sanatorio para ver que tiene y si lo tienen que internar que lo dejen internado ,baje tome un taxi y lo subí lo lleve al compañero lo internaron ,ayer fui a ver como estaba y estaba un poco mejor pero tiene epoc tiene insuficiencia respiratoria bueno va a zafar, capaz que zafe encima el tipo

tiene unos problemas personales un problema de divorcio el tipo estaba medio bajoneado ,me entendes , yo lo llevo no me cuesta nada por lo menos hacerlo yo, yo siempre lo hago

X: ¿y hay alguien que se encargue de eso o vos o de manera informal lo hacen?

M: no lo que pasa es que no es que sea algo general de repente viene un tipo que a la tarde

lo que sí vamos a la mañana a veces vamos uno o dos o tres compañeros al sanatorio, ahí nos dan un listadito y nos dicen mira este es jubilado este no es jubilado y ahí vamos y lo vemos ,tenes familia o no tenes familia ,si está bien acompañado o no está bien acompañado si necesitas algo o no necesitas nada por ahí la otra vez voy a ver uno como andaba lo iba a venir a acompañar de noche así que le dije hable con la secretaria del director para que le diga a la guardia que lo dejaran entrar ,esta mañana iba a venir una señora que vive con él en el chaco que iba a llegar fuera del horario después de 13 horas de viaje para que la dejaran entrar, bueno ves uno hace no es que va a tapar

X: es una labor social

M:siii claro ,claro y bueno eso es lo que tenemos que hacer nosotros ,esto no tiene que ser una mutual me entendes porque nosotros no le podemos dar ,este gremio por ejemplo no tiene que tener ganancias ,tampoco tiene que tener pérdidas ,porque si tiene pérdidas se funde nosotros ,siempre te hablo de mi a las ganancias uno las tiene que diseminar para el área salud que se supone que siempre da pérdidas ,porque el Apress no te da la plata que el gremio gasta en mantener los afiliados a pesar de que Apress dice bueno a ver tal persona va a poder tener 10 visitas al médico al mes , acá venís 12 veces y 12 veces te atienden y no deberían porque te damos una mano en otro lado te cobran y tenes el cupo cumplido venga el mes que viene y chau acá no es así, no solamente por lo que pienso yo sino también por lo que dice Rubén ,por eso viste la salud da pérdidas ,no ,no importa ,no somos empresarios de la salud nosotros tenemos obligación de bancarnos las pérdidas de salud

X: igualmente el gremio no es solamente la parte salud

M:por eso el gremio es todo que se yo ,el turismo da pérdidas porque villa Animi da perdidas ,mar del plata da pérdidas porque los empleados todo el año y los impuestos todo el año y vos lo vas a ocupar tres meses y bueno eso es así no podes poner una burbuja para que

en mar del plata todo el año sea verano y acá en Villa Animi Mi todo el año sea verano, y es más ahora con nuestro poder adquisitivo más de uno a pesar del famoso cepo bancario viajan a todos lados los municipales se pueden salir de argentina a diferentes lugares

X: ¿que piensas que puede poner en riesgo al gremio?

M: la falta de unidad en general, la falta de unidad en la defensa de los trabajadores, que se vuelvan todos individualistas que no le importe a nadie nada más que salvarse cada uno, sálvese quien pueda eso puede llevar ,eso es el intento que ha sido siempre dividir los gremios para que la patronal tenga mayor injerencia ,por ahí lo hacen en algunas reparticiones

X: divide y reinarás

M: yo estoy seguro que en tu repartición más de uno de los directores debe haber hecho la prueba de manejarse con diez bien con diez regular y con diez nada entonces entre pitos y flautas tenía veinte a favor el director, cuando se dan cuenta que están siendo usados por el director ,se vuelven a juntar y chau director

X: y desde cuestiones más de tipo económico por ejemplo que el Apros diga con Uds. no trabajamos más

M: nosotros somos asociados al Apros, no formamos parte del Apros, el Apros es provincial cubre a todos los empleados que son de la provincia, nosotros no somos empleados de la provincia somos municipales pero sí cubre a los del interior que son de la provincia la diferencia entre ellos y nosotros es el pago de los porcentaje creo que ellos pagan el jubilado de la provincia paga el 5% y el que no es de la provincia paga en 5,5% que sería lo que pagamos nosotros.

si nosotros como alguna vez quisiéramos irse del Apros, no nos podemos ir porque la ley dice q si nosotros nos vamos del Apros nos vamos de la caja de jubilaciones tendríamos que armar a su vez además de una obra social propia armar una caja de jubilación propia entonces los tipos te tienen agarrado porque nosotros en definitiva como gremio nosotros somos casi una obra social, porque tenemos todo lo que tiene una obra social, tenemos consultorio ,consultorios externos ,operamos internamos

suena el teléfono y atiende el llamado. Se interrumpe la grabación

X: venía diciendo sobre la unidad...

M: nosotros tenemos que hacer entender que la lucha es la que defiende tus intereses que solo no va a lograr nada ,pero es como si en algunos sectores lo llevan a eso y cuando vos preguntabas de los gremios no todos los gremios son iguales ,están los gremios de servicios los gremios nuestros, los gremios industriales .los gremios industriales vos te haces el malo te llaman un día cuanto es cheque , acá nosotros no acá para que te echen una de las formas es que no marques ,vos no marcas los días que tenes que marcar ,no hay defensa vos después tenes que ver que quiso el director te hizo una mala jugada o te persigue te quiere cambiar de lugar más o menos los va a salvar ,los industriales no los tipos dicen acá no lo quiero más y chau por eso por ahí los gremios industriales tienen otros manejos de las cosas que se yo los gremios de comercio por eso cada gremio tiene su característica

X: en cuanto a lo que es el empleado municipal vos podés distinguirlo ,es decir ,el empleado municipal es ...Tal cosa

M: no ,no podés decir porque nada es mayoría ,somos muy distintos y a algunos nos calienta más el laburo algunos tenemos más necesidad de laburo que otro entonces me parece que es así yo quiero vivir con dos mangos y vivo con dos mangos yo quiero vivir por diez entonces voy a hacer todo para ir mejorando, yo tengo este laburo mi viejo tuvo este laburo y crecimos con una casita después tuvimos una casita un poquito más grande porque mi viejo laburó toda su vida porque se rompió bueno yo debo hacer lo mismo porque algún día yo voy a formar una familia tengo que cuidar mi laburo tengo que tratar de mejorar mis ingresos ,entendes si yo viviera en un rancho sin baño con un hueco al fondo ahora quiero tener después conocí un baño quiero seguir teniendo un baño y mis hijos se supone no van a querer volver al baño del fondo van a querer seguir digo ,es lo que cada uno de nosotros ,y eso es lo que pasa en el trabajo algunos se calientan más otros se calientan menos y al trabajo hay que mantenerlo si o si porque es la fuente de tu vida es la fuente tuya de crecimiento, entonces vos no tenes trabajo es uno de los problemas más serios que debe haber. Y es lo que vos ves ahora el contratado por más de que vos le expliques no te hagas problema este gremio nunca te va a abandonar, nunca hemos abandonado a alguien siempre hemos estado detrás de los intendentes que fueran que hicieran ingresar a los que ellos hicieron ingresar ,porque no los ingresa el gremio el gremio no ingresa a nadie el que ingresa es la patronal por eso después

cuando se están yendo te tiran el problema a vos ,ahora sos vos el que tenes que salir a luchar por ellos ahora esto de los concursos esta bueno vos entras quedas en la lista va a haber un listado de espera por orden de mérito entonces se supone que si esto siguiera bien mejorando todos los demás intendentes que vengan de acá en adelante ,no digo que no van a agregar porque seguro que van a agregar pero por lo menos van a ir tomando a la gente q ya está entonces vos como gremio decís bueno nuestro problema de que tener q renegar para hacer entrar a efectivos o q no los eche el nuevo gobierno que entra porque no tiene la antigüedad por el tema q sea ya tenes ,te soluciona y el trabajador está bien porque por mas q sean 8 sean 9 igual van a quedar efectivos

X: y también es una persona que aporta su parte al gremio

M: también aunque no aportara

X: para ser realista desde lo económico si la gente se desafilia el gremio baja los ingresos y no puede hacer, no puede seguir creciendo.

M: por supuesto, sin duda un gremio como el nuestro que aporta muchos servicios porque no todos los gremios dan salud porque la función del gremio no es dar salud por eso el tiempo ha ido cambiando porque viene un afiliado tuyo y te dice che no tenemos médico voy hasta el médico y me cobra plus no me atiende como la gente ,entonces eso va creciendo hasta que va a llegar un momento en q vos decís che me parece q lo tenemos q receptor ,che cuantos jubilados estamos acá 10 y hay 5 diabéticos hay 4 diabéticos ¡ah la miercole! tenemos q ver .. y tu mujer si mi mujer es diabética y como la atienden y no la atienden bien el que la atiende no es diabetólogo es endocrinólogo que se yo ahí digo podemos crear un servicio de diabetes tiramos una propuesta a la comisión directiva lo hablamos con Rubén ,Rubén dice lleven a la comisión directiva la comisión directiva lo aceptaron entonces

X: así es como se va creando

M: si así es como se va creando y es el único servicio que hay el único servicio como servicio

X: y hay planes como para crear algún otro servicio en salud, como por ejemplo salud mental desde lo que es lo psicológico

M: y acá nosotros creo que tenemos una licenciada y dos médicos psiquiatras

X: ¿y que tarea hacen?

M: atienden en consultorio y lo demás te lo provee el Apros

X: y a vos te parece q esta bueno un aporte de la psicología?, qué pensas q puede aportar la psicología a los jubilados?

M: dicen que el jubilado cuando se jubila que medio que se bajonea el tema es q ese jubilado que se bajonea trate de buscar ayuda por q si vos no tratás de buscar ayuda es muy difícil darla

X: detectar dónde está el problema?

M: como se yo q se yo q hay jubilados que están deprimidos no sabes, cómo sabemos que está enfermo porque vamos y lo vemos pero el tipo ya está enfermo entonces digo hagamos prevención en q hacemos prevención en el tema de diabetes

X: en psicología existe un abordaje donde se hace una investigación de cuál es la necesidad

M: acá hay secretaria de derechos humanos que tiene alguna idea de viste de que se hicieran tipo de talleres así de drogadicción de obesidad pero son temas no fáciles de tratar no son temas me parece a mí fáciles como de abordar

X: para eso están los profesionales que se dedican a eso

M: pero viste eso tiene que nacerá a través de un algo que esté en cuenta ...

X: un trabajo interdisciplinario

M: eso no puede salir de nosotros.

X: pero bueno el trabajo de diabetología salió de ustedes y eso es importante de reconocer.

M: pero por eso te digo son cosas que son posibles de hacer de abordar son más posibles nos parece a nosotros ,capaz que haya sido re difícil y para nosotros nos pareció re fácil porque nosotros ,y ustedes que hacen que saben yo no sé pero mi mujer es diabética tengo alguna idea de la diabetes se que es jodido si vos no te cuidas con la comida si no te cuidas con esto y bueno vas a las reparticiones ves que está lleno de gorditos y vos los llamas para que se hagan la glucemia y no se la hacen ,entonces vos que tenes una idea de cómo es te das a la idea de que la persona no quiere que se la detecten la persona no quiere terminar sabiendo lo que va a terminar teniendo. Viste obesos van a terminar teniendo diabetes digo no el 100% pero alguno

X: pero bueno la persona q se jubila es un combo lo que tiene, en realidad no es q se deprima y se enferma de depresión ,puede q si pero en realidad la etapa evolutiva tiene muchas pérdidas la persona q se jubila una grande es el trabajo y cuando uno trabaja en con estas cosas tan fuertes que tiene una identidad tan grande a través del trabajo, entonces es como que hay una pérdida ahí y va perdiendo otras cosas, se empiezan a sentir más solos se empiezan a sentir más pachuchos, menos útiles. Y en realidad a lo mejor es más propio de la etapa evolutiva en la que están, que de una patología.

M: Es probable, pero mira, nosotros por ejemplo cuesta llegar porque si vos mandémosle una carta a cada afiliado, primero no terminas sabiendo si ese domicilio que tiene dado es el que todavía tiene, segundo, mandar 2500 cartas sale un vagón de plata que no sabes qué resultado te va a dar. Primero no sabes si le va a llegar, segundo si llegó, lo leyó y lo tiró ¿me entendes? entonces cuesta llegar. Pero vamos a hacer la marcha, va a haber un acto eleccionario, llamamos a 2000 tipos. Tres teléfonos que usaría, “che tenes que participar, tenes que venir, mañana es la marcha che loco” no vienen. Ayer estuvo lindo juntamos 20 tipos, le pusimos 20 pecheras verdes, la banderita. Claro, porque tenemos cierta receptividad, el teléfono funciona a la mañana y a la tarde menos, che que hacen, que no hacen, cuando cobramos el próximo aumento?, dale que en junio cobramos el de diciembre

X: Y ya podría existir una demanda de parte de los jubilados, podría existir una demando, o no? o vos crees que no?

M: a la justicia?

X: No, una demanda en el sentido de “che, queremos tal cosa, necesitamos, por qué no haces?”

M: Te digo lo que hacemos nosotros desde acá, vos invitas y el jubilado es como si se jubilara de todo. Sigue afiliado por una consecuencia de que sabe que su gremio lo va a necesitar por la salud, por el turismo o porque es un tipo que considera que debe seguir agremiado para seguir manteniendo el gremio porque se sabe que si el gremio no tiene afiliados no existe. Entonces viste, capaz que haga innato, que ya lo tiene metido él. Se jubila y se jubila. Se levanta a las 6 de la mañana, toma mate, come el criollo con la mujer si no quiere está loco, yo me levanto a las 9 me entendés? y vengo a la tarde, y no tengo por qué levantarme a las 9, me levanto cuando tengo una reunión o hay asamblea, va a haber un paro va a haber una marcha, yo sigo. Sé que va haber un paro de Luz y Fuerza por ahí y yo me pliego al paro, me voy caminando con los tipos, con los bancarios me entendés? Y que se yo, me levanto más temprano para ir a hacerle un trámite a un jubilado pero hay días que no

X: Hay otras motivaciones

M: Todos los que están ahí, todos los llamamos, 100-50 habrá, y vos decís “no que estoy achacado, que no puedo ir porque me duele esto, porque me duele aquello, porque vamos a caminar” y al final tienen razón, no estamos en las mismas condiciones, no estamos

X: Eso generalmente a las personas les genera un malestar, entonces todo eso son factores que van contribuyendo a que estén bajón

M: Por eso, los invitamos a bailar, hacemos la fiesta del jubilado en septiembre, y bueno, van como 250 entre varones y mujeres

X: Mucho

M: Y claro! un montonazo y se bailan todo y se quiebran todos los huesos ahí dando vueltas, son un desastre los viejos *risas* los invitamos a la marcha y no me duele el hueso no puedo. Me entendés? es así, “no no puedo tengo que cuidar mi nieto”

Y te digo, el jubilado pasa a formar parte, los nietos de los jubilados pasan a formar parte gracias a Dios de los abuelos que le dan una mano para la nieta o el nieto llevarlos al colegio porque vos tenes problemas que se yo, uno al ser inspector y si tenes horarios más

libres, tu hijo entra a las 8, a las siete menos cuarto marcas, sacas el trabajo y te vuelves, picas a tu casa y lo llevas. Pero tenes que ser inspector y corriendo a las 12, que la maestra se fue antes y tenes que salir. El administrativo, yo te digo porque yo he sido inspector. Mi mujer maestra, y la vaga estaba muerta

X: Yo he sido igual entonces, dónde estabas vos Manolo?

M: Yo trabajaba en obras privadas, primero yo entré en la zorrera en el '70 hasta el golpe, ahí estuve como 6,7 meses sin laburar, hasta que un día un jefe dijo "ah que estos tipos están al pedo, cómo no van a trabajar" viste, y quería que nos fuéramos y yo no, y él tenía un chico no nos íbamos ni a palos, había que comer, había que llevar la guita a la casa. Hasta que un día viene el tipo y me dice "a ver usted qué sabe hacer?" si estudié unos años ingeniería, otro que arquitectura, "saben leer planos?" si, nos dio un plano "que es esto, qué es esto y qué es esto?" y chau otro plano, vení vos lee esto. Y al otro día a trabajar a la calle, inspector. Y por eso yo iba con los chicos en el auto, los chicos chiquitos y yo me acuerdo que los dejaba al frente de la casa que me bajaba. Y por eso te digo yo, todos somos tan diferentes en el trabajo.

Y bueno, esta es nuestra vida, nuestro trabajo y hay que contárselo a los hijos. Con Mestre nosotros estábamos en la lona, si nos quebraba el paro chau gremio. Nosotros llegábamos a hacer huelgas de hambre, yo hice una huelga de hambre 12 días pero era huelga no macana, y ahí nadie comía nada, nos atendían médicos todos los días, el que comió lo corríamos, esto es así es huelga de hambre y hay que cagarse de hambre porque ya no había más nada que hacer así iban a quemar el lugar viste y no loco no podes quemar el palacio ahí laburo yo. Y al otro día yo me quedé sin lugar, me entendes? entonces no sé porque algunos dicen "eh está medio loco el tipo que sacrifica su cuerpo para dar" bueno, y yo sé que es medio loco así, pero bueno hay veces que lo tenes que hacer obligado.

X: No, es desesperante.

M: Y lo hicimos y los chicos decían "bueno, que hacemos?" y bueno acá tiene que venir la familia, tenemos que marchar con la familia y otro si, que bueno que traigamos a los hijos y bueno, así andaban, salen unos hijos en las fotos viste chiquititos, unos más grandes unos más chicos

X: Yo me acuerdo, a mí me llevaron

M: Los míos también

X: Sobornada por una Coca-Cola pero me llevaban *risas*

M: Y son las cosas que vos tenes que hacer, si un gremio no recibe a socios, desaparece.

X: Es así

M: Pero la concepción que tiene el que viene desde muchos años y que los gobiernos no la han podido romper, que acá en este país es la del peronismo que el trabajador es peronista y que el de la fábrica es peruca y el hijo sigue peruca y digamos que el padre no le hable nada del peronismo, pero vos viste que eso está siempre dando vueltas.

X: Así es che

M: Y eso está siempre dando vueltas y rodea a todo esto

X: Bueno, es que es una concepción también de vida el peronismo, no es una filosofía solamente

En esta parte de la entrevista se produce una interrupción por lo que se suspende la grabación, como finalización se saluda y se agradece.

Fin de la entrevista

Córdoba ,8 de Julio de 2015

**A la Secretaria de Gestión y Evaluación Académica
Lic. Elisa Panero**

**A la Responsable del Área Trabajos Finales de Graduación
Dip. Ana Porta**

De mi mayor consideración:

El que suscribe estudiante de la Licenciatura/Carrera...

PSICOLOGIA.....,

Apellido.....**Barros**.....Nombre...**María Ximena**

DNI...**25363336**..., LEG. **1965**....; se dirige a Ud. a los efectos de solicitarle tenga a bien recibir esta nota como anexo de la presentación de mi proyecto para Trabajo Final de Graduación.

De acuerdo con lo establecido por el Ministerio de Educación de la Nación, declaro en esta nota que el proyecto del Trabajo Final de Graduación realizado y presentado para su evaluación y corrección, es copia fiel de la producción original de quién suscribe.

Así mismo, declaro en la presente que el contenido total que el trabajo contempla es de autoría propia y respeta el formato de cita APA adoptado por la Institución.

Estando de pleno conocimiento de las sanciones dispuestas para los casos de copia dudosa y/o plagio por el Reglamento Institucional

Firma:

Aclaración: **María Ximena Barros**

DNI 25363336 Legajo n° 1965

Mo. Ester

Cuestionario para jubilados

Queremos conocer sobre las características y cuál es su opinión sobre el momento de su vida actual. Le haremos preguntas, las cuales tendrán respuestas con opciones, Ud. deberá marcar la opción que más le parezca y completar donde corresponda. Estos datos serán de carácter confidencial y anónimo y serán usados solo a los fines de investigación para una tesis de grado.

Edad: 70

Sexo: M (F)

1. Estado civil: Casado

Viudo

Soltero

Divorciado

2. ¿Con quién vive?: Solo

Acompañado

En casa de algún familiar.

3. ¿Cuánto tiempo hace que se jubiló?: 1 a 3 años

3 a 8 años

Más de 8 años

4. ¿Cuál cree que es su estado de salud en relación con las personas de su edad?

Mejor que el de la mayoría de las personas de mi edad

Similar al de la mayoría de las personas de mi edad

Peor que el de la mayoría de las personas de mi edad

5. ¿Padece de alguna enfermedad actualmente? SI (NO)

¿Cuál?

6. ¿Pierde la memoria, le cuesta atender o concentrarse? SI (NO)

7. ¿participa de alguna actividad religiosa, social, club, voluntariado, asociación etc.? (SI) NO

¿Cual?.....CARITAS.....

1

Calo

Cuestionario para jubilados

Queremos conocer sobre las características y cuál es su opinión sobre el momento de su vida actual. Le haremos preguntas, las cuales tendrán respuestas con opciones, Ud. deberá marcar la opción que más le parezca y completar donde corresponda. Estos datos serán de carácter confidencial y anónimo y serán usados solo a los fines de investigación para una tesis de grado.

Edad: 69

Sexo: (M) F

1. Estado civil: Casado
Viudo
Soltero
Divorciado

2. ¿Con quién vive? : Solo
Acompañado
En casa de algún familiar.

3. ¿Cuánto tiempo hace que se jubiló?: 1 a 3 años
3 a 8 años
Más de 8 años

4. ¿Cuál cree que es su estado de salud en relación con las personas de su edad?
Mejor que el de la mayoría de las personas de mi edad
Similar al de la mayoría de las personas de mi edad
Peor que el de la mayoría de las personas de mi edad

5. ¿Padece de alguna enfermedad actualmente? SI (NO)

¿Cuál?

6. ¿Pierde la memoria, le cuesta atender o concentrarse? SI (NO)

7. ¿participa de alguna actividad religiosa, social, club, voluntariado, asociación etc.? SI NO

¿Cuál? Fútbol

8. ¿Disfruta de alguna otra actividad? SI NO ¿Cuál? todas las que me inviten

9. ¿Realiza alguna actividad física? SI NO

¿Cuál? Actividad física regularmente (gimnasia, pasear, algún deporte) X

Alguna actividad física 3,4 veces al mes (bailar, pasear, jardinería, etc.)

Solo la actividad doméstica normal (compra, gestiones, comida, arreglo de la casa)

Casi completamente inactivo físicamente (ver T.V., jugar a las cartas, coser)

10. ¿Tiene Usted. a su cargo o cuidado a algún hijo, nieto, o a un familiar enfermo o discapacitado?

SI NO

¿Quién? Hijo, nieto, familiar, otros.....

11. ¿con cuántos años se siente?

Con menos años, X

Con los mismos años,

Con más años que los que tengo

12. ¿Disfruta de su sexualidad? SI NO

13. ¿Se siente útil, satisfecho con las cosas que hace? SI NO

14. en la vida diaria se mantiene: (marque todas las que quiera)

Entretenido X

ocupado

aburrido

Solo

activo X

de buen humor

Triste X

acompañado

alegre X

15. ¿Le gustaría participar de actividades para jubilados del SUOEM en la sede de la institución?

SI NO

¿Cual?..... social y deportiva ej. toleo futbol

¡Muchas gracias por su colaboración!

Rosa

Questionario para jubilados

Queremos conocer sobre las características y cuál es su opinión sobre el momento de su vida actual. Le haremos preguntas, las cuales tendrán respuestas con opciones, Ud. deberá marcar la opción que más le parezca y completar donde corresponda. Estos datos serán de carácter confidencial y anónimo y serán usados solo a los fines de investigación para una tesis de grado.

Edad: 66

Sexo: M F

1. Estado civil: Casado
Viudo
Soltero
Divorciado

2. ¿Con quién vive?: Solo
Acompañado
En casa de algún familiar.

3. ¿Cuánto tiempo hace que se jubiló?: 1 a 3 años
3 a 8 años
Más de 8 años

4. ¿Cuál cree que es su estado de salud en relación con las personas de su edad?

Mejor que el de la mayoría de las personas de mi edad

Similar al de la mayoría de las personas de mi edad

Peor que el de la mayoría de las personas de mi edad

5. ¿Padece de alguna enfermedad actualmente? SI NO

¿Cuál?

6. ¿Pierde la memoria, le cuesta atender o concentrarse? SI NO

7. ¿participa de alguna actividad religiosa, social, club, voluntariado, asociación etc.? SI NO

¿Cuál?

1

8. ¿Disfruta de alguna otra actividad? SI NO ¿Cuál? casino

9. ¿Realiza alguna actividad física? SI NO

¿Cuál? Actividad física regularmente (gimnasia, pasear, algún deporte)

Alguna actividad física 3,4 veces al mes (bailar, pasear, jardinería, etc.)

Solo la actividad doméstica normal (compra, gestiones, comida, arreglo de la casa)

Casi completamente inactivo físicamente (ver T.V., jugar a las cartas, coser)

10. ¿Tiene Usted. a su cargo o cuidado a algún hijo, nieto, o a un familiar enfermo o discapacitado?

SI NO

¿Quién? Hijo, nieto, familiar, otros.....

11. ¿con cuántos años se siente?

Con menos años,

Con los mismos años,

Con más años que los que tengo

12. ¿Disfruta de su sexualidad? SI NO

13. ¿Se siente útil, satisfecho con las cosas que hace? SI NO

14. en la vida diaria se mantiene: (marque todas las que quiera)

Entretenido ocupado aburrido

Solo activo de buen humor

Triste acompañado alegre

15. ¿Le gustaría participar de actividades para jubilados del SUOEM en la sede de la institución?

SI NO

¿Cuál?.....

¡Muchas gracias por su colaboración!

Tere

Cuestionario para jubilados

Queremos conocer sobre las características y cuál es su opinión sobre el momento de su vida actual. Le haremos preguntas, las cuales tendrán respuestas con opciones, Ud. deberá marcar la opción que más le parezca y completar donde corresponda. Estos datos serán de carácter confidencial y anónimo y serán usados solo a los fines de investigación para una tesis de grado.

Edad: 66

Sexo: M F

1. Estado civil:
- Casado
 - Viudo
 - Soltero
 - Divorciado

2. ¿Con quién vive?:
- Solo
 - Acompañado
 - En casa de algún familiar.

3. ¿Cuánto tiempo hace que se jubiló?:
- 1 a 3 años
 - 3 a 8 años
 - Más de 8 años

4. ¿Cuál cree que es su estado de salud en relación con las personas de su edad?
- Mejor que el de la mayoría de las personas de mi edad
 - Similar al de la mayoría de las personas de mi edad
 - Peor que el de la mayoría de las personas de mi edad

5. ¿Padece de alguna enfermedad actualmente? SI NO

¿Cuál?

6. ¿Pierde la memoria, le cuesta atender o concentrarse? SI NO

7. ¿participa de alguna actividad religiosa, social, club, voluntariado, asociación etc.? SI NO

¿Cuál? Bomberos voluntarios

M. Humberto

Cuestionario para jubilados

Queremos conocer sobre las características y cuál es su opinión sobre el momento de su vida actual. Le haremos preguntas, las cuales tendrán respuestas con opciones, Ud. deberá marcar la opción que más le parezca y completar donde corresponda. Estos datos serán de carácter confidencial y anónimo y serán usados solo a los fines de investigación para una tesis de grado.

Edad: 70

Sexo: (M) F

1. Estado civil: Casado
Viudo
Soltero
Divorciado X

2. ¿Con quién vive? : Solo
Acompañado X

En casa de algún familiar.

3. ¿Cuánto tiempo hace que se jubiló?: 1 a 3 años
3 a 8 años
Más de 8 años X

4. ¿Cuál cree que es su estado de salud en relación con las personas de su edad?

Mejor que el de la mayoría de las personas de mi edad X

Similar al de la mayoría de las personas de mi edad

Peor que el de la mayoría de las personas de mi edad

5. ¿Padece de alguna enfermedad actualmente? SI NO

¿Cuál?

6. ¿Pierde la memoria, le cuesta atender o concentrarse? SI NO

7. ¿participa de alguna actividad religiosa, social, club, voluntariado, asociación etc.? SI NO

¿Cual?

8. ¿Disfruta de alguna otra actividad? SI NO ¿Cuál? Tenis.....

9. ¿Realiza alguna actividad física? SI NO

¿Cuál? Actividad física regularmente (gimnasia, pasear, algún deporte)

Alguna actividad física 3,4 veces al mes (bailar, pasear, jardinería, etc.)

Solo la actividad doméstica normal (compra, gestiones, comida, arreglo de la casa)

Casi completamente inactivo físicamente (ver T.V., jugar a las cartas, coser)

10. ¿Tiene Usted. a su cargo o cuidado a algún hijo, nieto, o a un familiar enfermo o discapacitado?

SI NO

¿Quién? Hijo, nieto, familiar, otros.....

11. ¿con cuántos años se siente?

Con menos años,

Con los mismos años,

Con más años que los que tengo

12. ¿Disfruta de su sexualidad? SI NO

13. ¿Se siente útil, satisfecho con las cosas que hace? SI NO

14. en la vida diaria se mantiene: (marque todas las que quiera)

| | | |
|-------------|---|---------------|
| Entretenido | ocupado <input checked="" type="checkbox"/> | aburrido |
| Solo | activo <input checked="" type="checkbox"/> | de buen humor |
| Triste | acompañado | alegre |

15. ¿Le gustaría participar de actividades para jubilados del SUOEM en la sede de la institución?

SI NO

¿Cual?.....

¡Muchas gracias por su colaboración!

Loune

Cuestionario para jubilados

Queremos conocer sobre las características y cuál es su opinión sobre el momento de su vida actual. Le haremos preguntas, las cuales tendrán respuestas con opciones, Ud. deberá marcar la opción que más le parezca y completar donde corresponda. Estos datos serán de carácter confidencial y anónimo y serán usados solo a los fines de investigación para una tesis de grado.

Edad: 62

Sexo: M F

1. Estado civil: Casado
Viudo
Soltero
Divorciado

2. ¿Con quién vive?: Solo
Acompañado
En casa de algún familiar.

3. ¿Cuánto tiempo hace que se jubiló?: 1 a 3 años
3 a 8 años
Más de 8 años

4. ¿Cuál cree que es su estado de salud en relación con las personas de su edad?
Mejor que el de la mayoría de las personas de mi edad
Similar al de la mayoría de las personas de mi edad
Peor que el de la mayoría de las personas de mi edad

5. ¿Padece de alguna enfermedad actualmente? SI NO

¿Cuál? enfisema pulmonar, ansiedad - breides

6. ¿Pierde la memoria, le cuesta atender o concentrarse? SI NO

7. ¿participa de alguna actividad religiosa, social, club, voluntariado, asociación etc.? SI NO

¿Cual?.....

8. ¿Disfruta de alguna otra actividad? SI NO ¿Cuál?

9. ¿Realiza alguna actividad física? SI NO

¿Cuál? Actividad física regularmente (gimnasia, pasear, algún deporte)

Alguna actividad física 3,4 veces al mes (bailar, pasear, jardinería, etc.)

Solo la actividad doméstica normal (compra, gestiones, comida, arreglo de la casa)

Casi completamente inactivo físicamente (ver T.V., jugar a las cartas, coser)

10. ¿Tiene Usted. a su cargo o cuidado a algún hijo, nieto, o a un familiar enfermo o discapacitado?

SI NO

¿Quién? Hijo, nieto, familiar, otros.....

11. ¿con cuántos años se siente?

Con menos años,

Con los mismos años, —

Con más años que los que tengo

12. ¿Disfruta de su sexualidad? SI NO

13. ¿Se siente útil, satisfecho con las cosas que hace? SI NO

14. en la vida diaria se mantiene: (marque todas las que quiera)

Entretenido ocupado — aburrido

Solo activo — de buen humor

Triste acompañado alegre

15. ¿Le gustaría participar de actividades para jubilados del SUOEM en la sede de la institución?

SI NO

¿Cuál?..... *cuoquiera*

¡Muchas gracias por su colaboración!

Monvel

Questionario para jubilados

Queremos conocer sobre las características y cuál es su opinión sobre el momento de su vida actual. Le haremos preguntas, las cuales tendrán respuestas con opciones, Ud. deberá marcar la opción que más le parezca y completar donde corresponda. Estos datos serán de carácter confidencial y anónimo y serán usados solo a los fines de investigación para una tesis de grado.

Edad: 73

Sexo: (M) F

1. Estado civil: Casado
Viudo
Soltero
Divorciado
2. ¿Con quién vive? : Solo
Acompañado
En casa de algún familiar.
3. ¿Cuánto tiempo hace que se jubiló?: 1 a 3 años
3 a 8 años
Más de 8 años
4. ¿Cuál cree que es su estado de salud en relación con las personas de su edad?
Mejor que el de la mayoría de las personas de mi edad
Similar al de la mayoría de las personas de mi edad
Peor que el de la mayoría de las personas de mi edad
5. ¿Padece de alguna enfermedad actualmente? SI (NO)
- ¿Cuál?
6. ¿Pierde la memoria, le cuesta atender o concentrarse? SI (NO)
7. ¿participa de alguna actividad religiosa, social, club, voluntariado, asociación etc.? (SI) NO
- ¿Cual? Social

1

8. ¿Disfruta de alguna otra actividad? SI NO ¿Cuál?

9. ¿Realiza alguna actividad física? SI NO

¿Cuál? Actividad física regularmente (gimnasia, pasear, algún deporte)

Alguna actividad física 3,4 veces al mes (bailar, pasear, jardinería, etc.)

Solo la actividad doméstica normal (compra, gestiones, comida, arreglo de la casa)

Casi completamente inactivo físicamente (ver T.V., jugar a las cartas, coser)

10. ¿Tiene Usted. a su cargo o cuidado a algún hijo, nieto, o a un familiar enfermo o discapacitado?

SI NO

¿Quién? Hijo, nieto, familiar, otros.....

11. ¿con cuántos años se siente?

Con menos años,

Con los mismos años,

Con más años que los que tengo

12. ¿Disfruta de su sexualidad? SI NO

13. ¿Se siente útil, satisfecho con las cosas que hace? SI NO

14. en la vida diaria se mantiene: (marque todas las que quiera)

Entretenido

ocupado

aburrido

Solo

activo

de buen humor

Triste

acompañado

alegre

15. ¿Le gustaría participar de actividades para jubilados del SUOEM en la sede de la institución?

SI NO

¿Cuál? *Tareas relacionados con la gremial -*

¡Muchas gracias por su colaboración!

8. ¿Disfruta de alguna otra actividad? SI NO ¿Cuál?Cominote.....

9. ¿Realiza alguna actividad física? SI NO

¿Cuál? Actividad física regularmente (gimnasia, pasear, algún deporte)

Alguna actividad física 3,4 veces al mes (bailar, pasear, jardinería, etc.)

Solo la actividad doméstica normal (compra, gestiones, comida, arreglo de la casa)

Casi completamente inactivo físicamente (ver T.V., jugar a las cartas, coser)

10. ¿Tiene Usted. a su cargo o cuidado a algún hijo, nieto, o a un familiar enfermo o discapacitado?

SI NO

¿Quién? Hijo, nieto, familiar, otros.....

11. ¿con cuántos años se siente?

Con menos años,

Con los mismos años,

Con más años que los que tengo

12. ¿Disfruta de su sexualidad? SI NO

13. ¿Se siente útil, satisfecho con las cosas que hace? SI NO

14. en la vida diaria se mantiene: (marque todas las que quiera)

Entretenido

ocupado

aburrido

Solo

activo

de buen humor

Triste

acompañado

alegre

15. ¿Le gustaría participar de actividades para jubilados del SUOEM en la sede de la institución?

SI NO

¿Cual?.....Dolleres.....

¡Muchas gracias por su colaboración!

8. ¿Disfruta de alguna otra actividad? SI NO ¿Cuál? Ennoble el d. S. p. e. h. e. b. /

9. ¿Realiza alguna actividad física? SI NO

¿Cuál? Actividad física regularmente (gimnasia, pasear, algún deporte) —

Alguna actividad física 3,4 veces al mes (bailar, pasear, jardinería, etc.)

Solo la actividad doméstica normal (compra, gestiones, comida, arreglo de la casa)

Casi completamente inactivo físicamente (ver T.V., jugar a las cartas, coser)

10. ¿Tiene Usted. a su cargo o cuidado a algún hijo, nieto, o a un familiar enfermo o discapacitado?

SI NO

¿Quién? Hijo, nieto, familiar, otros... Sobrina discapacitada.

11. ¿con cuántos años se siente?

Con menos años, —

Con los mismos años,

Con más años que los que tengo

12. ¿Disfruta de su sexualidad? SI NO

13. ¿Se siente útil, satisfecho con las cosas que hace? SI NO

14. en la vida diaria se mantiene: (marque todas las que quiera)

Entretenido ocupado aburrido

Solo activo de buen humor

Triste acompañado alegre

15. ¿Le gustaría participar de actividades para jubilados del SUOEM en la sede de la institución?

SI NO

¿Cuál? Cualquier actividad, preparar fiestas.

¡Muchas gracias por su colaboración!

Luis

Cuestionario para jubilados

Queremos conocer sobre las características y cuál es su opinión sobre el momento de su vida actual. Le haremos preguntas, las cuales tendrán respuestas con opciones, Ud. deberá marcar la opción que más le parezca y completar donde corresponda. Estos datos serán de carácter confidencial y anónimo y serán usados solo a los fines de investigación para una tesis de grado.

Edad: 65

Sexo: (M) F

1. Estado civil: Casado
Viudo
Soltero
Divorciado

2. ¿Con quién vive?: Solo
Acompañado
En casa de algún familiar.

3. ¿Cuánto tiempo hace que se jubiló?: 1 a 3 años
3 a 8 años
Más de 8 años

4. ¿Cuál cree que es su estado de salud en relación con las personas de su edad?
Mejor que el de la mayoría de las personas de mi edad
Similar al de la mayoría de las personas de mi edad
Peor que el de la mayoría de las personas de mi edad

5. ¿Padece de alguna enfermedad actualmente? SI (NO)

¿Cuál?

6. ¿Pierde la memoria, le cuesta atender o concentrarse? SI (NO)

7. ¿participa de alguna actividad religiosa, social, club, voluntariado, asociación etc.? (SI) NO

¿Cual? club del barrio

8. ¿Disfruta de alguna otra actividad? SI NO ¿Cuál? *juego (letbo)*

9. ¿Realiza alguna actividad física? SI NO

¿Cuál? Actividad física regularmente (gimnasia, pasear, algún deporte)

Alguna actividad física 3,4 veces al mes (bailar, pasear, jardinería, etc.)

Solo la actividad doméstica normal (compra, gestiones, comida, arreglo de la casa)

Casi completamente inactivo físicamente (ver T.V., jugar a las cartas, coser)

10. ¿Tiene Usted. a su cargo o cuidado a algún hijo, nieto, o a un familiar enfermo o discapacitado?

SI NO *vd. No*

¿Quién? Hijo, nieto, familiar, otros.....

11. ¿con cuántos años se siente?

Con menos años,

Con los mismos años,

Con más años que los que tengo

12. ¿Disfruta de su sexualidad? SI NO

13. ¿Se siente útil, satisfecho con las cosas que hace? SI NO

14. en la vida diaria se mantiene: (marque todas las que quiera)

Entretenido ocupado aburrido

Solo activo de buen humor

Triste acompañado alegre

15. ¿Le gustaría participar de actividades para jubilados del SUOEM en la sede de la institución?

SI NO

¿Cuál? *me gusta todo pero soy viejo*

¡Muchas gracias por su colaboración!

ENCUENTRO 4

LECTURA: **Enfermedades y afecciones comunes en la tercera edad**

Enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer es un tipo de demencia. Demencia es una palabra que los médicos utilizan para describir una gran variedad de síntomas asociados a cambios físicos y funcionales en el cerebro. La demencia, por lo general, afecta la memoria de una persona, su capacidad para razonar y su conducta. Estos cambios mentales hacen que sea difícil que la persona con demencia pueda cuidarse.

La enfermedad de Alzheimer constituye la causa más común de demencia; sin embargo, muchos otros factores también pueden provocar demencia.

La enfermedad de Alzheimer es común en las personas mayores de 65 años. Alrededor de 1 de cada 8 personas de 65 años o más tiene la enfermedad. Cerca de la mitad de las personas de 85 años o más tienen la enfermedad de Alzheimer.

Las personas menores de 65 años también pueden tener la enfermedad de Alzheimer. Esto se llama aparición temprana del Alzheimer. La aparición temprana del Alzheimer no es muy común.

La Asociación del Alzheimer (Alzheimer's Association) ha identificado 10 signos de advertencia y síntomas de la enfermedad de Alzheimer. Es importante recordar que cada persona es diferente y es posible que no se presenten todos o, incluso, la mayoría de estos signos de advertencia.

10 signos de advertencia de la enfermedad de Alzheimer

1. Pérdida de la memoria que afecta su vida diaria. Los ejemplos incluyen: olvidar fechas importantes o cosas que se han aprendido recientemente, hacer la misma pregunta una y otra vez o depender excesivamente de notas recordatorias, de la tecnología o de otros familiares para recordar cosas.
2. Cambios en la capacidad para seguir un plan o resolver un problema. Esto puede incluir problemas para concentrarse en un problema, como un problema matemático; seguir un plan, como una receta; o llevar un registro de las tareas habituales, como pagar las cuentas todos los meses.

3. Cambios en la capacidad para completar tareas conocidas. La enfermedad de Alzheimer puede dificultarle la realización de cosas que solía hacer todo el tiempo. Por ejemplo, podría ser difícil realizar las tareas del hogar, hacer los mandados o finalizar una tarea rutinaria en el trabajo.
4. Confundirse el tiempo o lugar. Los ejemplos incluyen: perder el registro de cuánto tiempo ha transcurrido o de la fecha o el día de la semana, y olvidar dónde está y cómo llegó allí.
5. Problemas con la visión o con la comprensión de la información visual. Los ejemplos incluyen: problemas para leer, identificar colores o calcular distancias, o confundir lo que ve.
6. Problemas con las palabras. Los ejemplos incluyen: olvidar palabras en medio de una conversación, repetir partes de una conversación o problemas con el vocabulario, como llamar a las cosas con nombres equivocados.
7. Perder las cosas. Los ejemplos incluyen: poner las cosas en lugares poco comunes, perderlas frecuentemente, ser incapaz de volver sobre los pasos para encontrar un objeto perdido e, incluso, acusar a otros de robo.
8. Falta de juicio. Los ejemplos incluyen: prestar menos atención al aspecto o a la higiene y tener poco criterio con respecto al dinero, como cuando se dan grandes cantidades de dinero a personas que piden contribuciones.
9. Abandono de las actividades. Los ejemplos incluyen: abandonar las actividades sociales, proyectos de trabajo o reuniones familiares, o abandonar un pasatiempo, deporte o actividad favorita.
10. Cambios en el estado de ánimo y en la personalidad. Los ejemplos incluyen: estar inusualmente confundido, suspicaz, alterado, deprimido, temeroso o ansioso, en especial cuando se está en lugares nuevos o desconocidos.

Fracturas de cadera

Una fractura de cadera es una ruptura en los huesos de la cadera (cerca de la parte superior de la pierna). Puede suceder a cualquier edad, aunque es más común en las personas

de 65 años o más. A medida que envejece, la parte interna de los huesos se vuelve porosa por una pérdida de calcio. Esto se llama perder masa ósea. Con el tiempo, esto debilita los huesos y hace que tengan más probabilidades de quebrarse. Las fracturas de cadera son más comunes en las mujeres porque tienen una masa ósea menor por naturaleza y pierden masa ósea más rápido que los hombres.

Las fracturas de cadera por lo general son provocadas por una caída. Si se fractura la cadera, es posible que experimente los siguientes síntomas:

Dolor intenso en la cadera o en el área pélvica.

Moretones y/o hinchazón en el área de la cadera.

Incapacidad de soportar peso con la cadera.

Dificultad para caminar.

Es posible que la pierna lesionada se vea más corta que la otra pierna y que esté girada hacia afuera.

La mayoría de las personas que tienen fracturas de cadera necesitan cirugía para asegurarse de que la pierna se cure en forma adecuada. Su médico analizará con usted sus opciones quirúrgicas.

Algunas personas no pueden hacerse una cirugía de cadera porque tienen una enfermedad o porque su estado de salud no es bueno

Diabetes

La diabetes es una enfermedad que se produce cuando el cuerpo de una persona no produce una cantidad suficiente de la hormona insulina o no puede usarla en forma adecuada. Hay 2 tipos de diabetes. La diabetes tipo 1 se produce cuando el páncreas del cuerpo no produce insulina. La diabetes tipo 2 se produce cuando el páncreas no produce suficiente cantidad de insulina o las células del cuerpo ignoran la insulina. Entre el 90% y el 95% de las personas a quienes se ha diagnosticado diabetes tienen diabetes tipo 2.

La diabetes tipo 1 también se llama diabetes insulino dependiente. A veces, se llama diabetes juvenil porque, por lo general, se descubre en los niños y en los adolescentes. Sin embargo, los adultos también pueden tenerla.

La diabetes tipo 2 se produce cuando el cuerpo no produce suficiente cantidad de insulina o las células del cuerpo ignoran la insulina.

Prediabetes

La prediabetes se produce cuando los niveles de azúcar en la sangre son más altos de lo que deberían ser, pero no tan altos como para que su médico determine que usted tiene diabetes. La prediabetes se está volviendo más común en los Estados Unidos. Aumenta rápidamente el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2.

Se pueden tomar medidas para evitar o demorar la aparición de la verdadera diabetes tipo 2 realizando cambios en el estilo de vida, como seguir una dieta saludable, alcanzar y mantener un peso saludable y hacer ejercicio en forma regular.

Los síntomas varían de una persona a otra. Las primeras etapas de la diabetes presentan muy pocos síntomas, de modo que es posible que usted no sepa que tiene la enfermedad. Pero es posible que esta ya esté causando daño a los ojos, a los riñones y al sistema cardiovascular incluso antes de que usted advierta los síntomas. Entre los síntomas comunes, se incluyen los siguientes:

Hambre extrema.

Sed extrema.

Orinar con frecuencia.

Pérdida de peso de origen desconocido.

Fatiga o somnolencia.

Visión borrosa.

Heridas, llagas o moretones que tardan en curarse.

Piel seca y comezón en la piel.

Entumecimiento u hormigueo en las manos o en los pies.

Infecciones de la piel, las encías o la vejiga o candidiasis vaginal frecuentes o recurrentes.

Las personas que tienen diabetes tipo 2 también podrían mostrar signos de resistencia a la insulina, como oscurecimiento de la piel de alrededor del cuello o de las axilas, presión arterial alta, problemas de colesterol, infección por hongos en forma de levadura y omisión o falta de periodos en mujeres adolescentes y adultas.

Factores de riesgo de diabetes tipo 2: obesidad, edad, antecedentes familiares, raza u origen étnico y dieta.

Enfermedad de las arterias coronarias

Las arterias coronarias son los vasos sanguíneos que llevan sangre al músculo cardíaco. La enfermedad de las arterias coronarias (que también se llama CAD, por sus siglas en inglés) o enfermedad cardíaca coronaria es provocada por un engrosamiento de las paredes internas de las arterias coronarias. Este engrosamiento se llama aterosclerosis. Una sustancia grasa que se llama placa se acumula en el interior de las paredes engrosadas de las arterias y obstruye o retrasa el flujo de sangre. Si el músculo cardíaco no recibe suficiente cantidad de sangre para funcionar en forma adecuada, usted puede tener angina o un ataque cardíaco.

La enfermedad de las arterias coronarias puede tardar años en desarrollarse. Es posible que no note ningún síntoma de la enfermedad de las arterias coronarias hasta que la enfermedad avance. A medida que las arterias se obstruyen es posible que usted experimente:

Angina (un dolor opresivo o una sensación de presión en el pecho).

Falta de aire.

Ataque cardíaco.

Los factores de riesgo de enfermedad cardíaca incluyen:

Edad.

Antecedentes familiares.

Presión arterial alta.

Colesterol alto.

Hábito de fumar.

Dieta inadecuada.

Sobrepeso u obesidad.

Inactividad (estilo de vida sedentario).

Otros problemas de salud (como diabetes).

Osteoporosis

La osteoporosis es una enfermedad de los huesos. Ocurre cuando se pierde demasiado hueso, cuando su cuerpo no produce suficiente hueso, o ambas. A esto se le llama pérdida de la masa ósea. Con el tiempo, esto debilita los huesos y los hace más propensos a quebrarse.

Una vez que la masa ósea total ha alcanzado su pico, por lo general a mediados de los 20 años de edad, todos los adultos comienzan a perderla. Sin embargo, las mujeres están más propensas a desarrollar osteoporosis que los hombres. Esto se debe a varios factores. Las mujeres tienen menos masa ósea que los hombres, tienden a vivir más y toman menos calcio. En las mujeres, el índice de pérdida ósea se acelera después de la menopausia, cuando los niveles de estrógeno disminuyen. Puesto que los ovarios producen estrógeno, una pérdida más rápida de masa ósea puede también ocurrir si los ovarios se extirpan por medio de cirugía.

Si los hombres viven lo suficiente, también están en riesgo de tener osteoporosis posteriormente en la vida.

Es posible que no sepa que tiene osteoporosis hasta que tiene señales graves. Las señales incluyen huesos rotos o fracturas frecuentes, dolor de espalda baja o espalda jorobada. Usted también puede ir perdiendo estatura con el tiempo debido a que la osteoporosis puede hacer que sus vértebras (los huesos de la columna) colapsen. Estos problemas tienden a ocurrir después de que se ha perdido mucho del calcio de los huesos. Factores de riesgo incontrolables:

Ser mujer: las mujeres tienen más probabilidades de tener osteoporosis que los hombres.

Edad: cuanto más envejece, más probabilidades hay de desarrollar osteoporosis.

Raza: las personas caucásicas y asiáticas están más propensas a desarrollar osteoporosis.

Genética: usted está más propenso a desarrollar osteoporosis si tiene historial familiar de la enfermedad.

Menopausia: los cambios hormonales causados por la menopausia pueden aumentar el riesgo de osteoporosis. Esto es especialmente cierto para las mujeres que tienen una menopausia prematura (antes de los 45 años de edad).

Constitución física: las personas que tienen constitución ósea pequeña y delgada están más propensas a desarrollar osteoporosis.

Factores de riesgo controlables:

No obtener suficiente calcio o vitamina D.

Estilo de vida sedentario (no hacer suficiente ejercicio).

Fumar o usar tabaco.

Abusar del alcohol.

Trastornos alimenticios como la anorexia nerviosa.

Desequilibrios hormonales, como bajos niveles de estrógeno o testosterona o exceso de hormona tiroidea.

El uso de ciertos medicamentos, como el uso a largo plazo de corticosteroides, que son medicamentos recetados para tratar la inflamación, el dolor y las condiciones crónicas como el asma y la artritis reumatoide. El uso a largo plazo de medicamentos que reducen la acidez estomacal por reflujo ácido u otras condiciones puede reducir la absorción de calcio y causar la osteoporosis.

Demencia

La demencia es un trastorno del cerebro que hace que sea difícil para una persona recordar, aprender y comunicarse. Estos cambios finalmente hacen que sea difícil que las personas que tienen demencia se cuiden a sí mismas. La demencia también puede causar cambios en el estado de ánimo y en la personalidad. Al principio, los lapsos en la memoria y el pensamiento claro pueden molestar a la persona que tiene demencia. Más tarde, la conducta problemática y otros problemas pueden crear una carga para los cuidadores y otros familiares. La demencia es provocada por el daño a las neuronas. Una lesión en la cabeza, un accidente cerebrovascular, un tumor o una enfermedad en el cerebro (como la enfermedad de Alzheimer) pueden dañar las neuronas y provocar demencia.

Los síntomas de la demencia incluyen:

1. Pérdida de la memoria reciente. Todos nos olvidamos de cosas por un momento y, más tarde, las recordamos. Las personas que tienen demencia olvidan cosas con frecuencia, pero nunca las recuerdan. Podrían hacerle la misma pregunta una y otra vez, y todas las veces se olvidan de que ya les ha dado la respuesta. Tampoco recordarán que ya hicieron la pregunta.
2. Dificultad para realizar tareas conocidas. Las personas que tienen demencia podrían cocinar una comida y olvidarse de servirla. Podrían incluso olvidarse de que la cocinaron.
3. Problemas con el lenguaje. Las personas que tienen demencia pueden olvidarse de palabras simples o usar las palabras equivocadas. Esto hace que sea difícil entender lo que quieren.
4. Desorientación en el tiempo y el espacio. Las personas que tienen demencia pueden perderse en su propia calle. Puede olvidarse de cómo llegaron a un determinado lugar y de cómo regresar al hogar.
5. Falta de juicio. Incluso una persona que no tiene demencia puede distraerse. Pero las personas que tienen demencia pueden olvidarse de cosas simples, como olvidarse de ponerse un abrigo antes de salir cuando hace frío.

6. Problemas con el pensamiento abstracto. Cualquier persona podría tener dificultad para cuadrar una chequera, pero las personas que tienen demencia pueden olvidarse de qué son los números y qué debe hacerse con ellos.

7. Colocación de objetos en el lugar incorrecto. Las personas que tienen demencia pueden poner objetos en los lugares equivocados. Pueden poner la plancha en el congelador o un reloj de pulsera en la azucarera. Después no pueden encontrar estos objetos.

8. Cambios en el estado de ánimo. Todas las personas están de mal humor en ocasiones, pero las personas que tienen demencia pueden tener cambios rápidos en el estado de ánimo, van de la calma a las lágrimas y a la ira en pocos minutos.

9. Cambios de personalidad. Las personas que tienen demencia pueden tener cambios drásticos de la personalidad. Podrían volverse irritables, suspicaces o temerosas.

10. Pérdida de iniciativa. Las personas que tienen demencia pueden volverse pasivas. Podrían no querer ir a ningún lado ni ver a otras personas

Problemas de memoria que no forman parte del envejecimiento normal

- Olvidarse de cosas mucho más a menudo que antes.
- Olvidarse de cómo hacer cosas que ha hecho muchas veces antes.
- Tener dificultad para aprender cosas nuevas.
- Repetir frases o historias en la misma conversación.
- Tener dificultad para hacer elecciones o manejar dinero.
- No poder llevar un registro de lo que sucede cada día.

Incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria es la pérdida del control de la vejiga. Esto significa que no siempre puede controlar la orina. La incontinencia urinaria puede variar desde la pérdida de una pequeña cantidad de orina (como al toser o reírse) hasta tener una necesidad imperiosa muy fuerte de orinar que es difícil de controlar. Esto puede ser embarazoso. Puede recibir tratamiento.

Es más común en personas mayores de 50 años, en especial mujeres. Pero también puede afectar a personas más jóvenes, en especial a mujeres que recién han dado a luz.

Asegúrese de hablar si tiene este problema. Si oculta la incontinencia, se arriesga a tener sarpullidos, llagas, infecciones de la piel e infecciones del tracto urinario. Además, puede darse cuenta de que evita estar con sus amigos y familiares por miedo y vergüenza.

Tipos de incontinencia

Existen 5 tipos de incontinencia urinaria. A continuación aparece una breve explicación de cada uno.

Incontinencia por esfuerzo

La incontinencia por esfuerzo se produce cuando tiene pérdidas de orina debido a la presión repentina en los músculos de la parte inferior del abdomen, como al toser, reírse, levantar algo o hacer ejercicio. La incontinencia por esfuerzo, por lo general, se produce cuando se debilitan los músculos pélvicos, por ejemplo, después de un parto o una cirugía. La incontinencia por esfuerzo es común en mujeres.

Incontinencia de urgencia

Esto se produce cuando la necesidad de orinar llega en forma muy repentina, con frecuencia antes de llegar al baño. Es posible que el cuerpo recién le dé una advertencia de unos pocos segundos a minutos antes de orinar. La incontinencia de urgencia es más común en las personas mayores y puede ser un signo de una infección del tracto urinario o de hiperactividad de la vejiga.

Incontinencia por rebosamiento

Este tipo de incontinencia es la salida incontrolable de pequeñas cantidades de orina. Es provocada por una vejiga muy llena. Es posible que sienta que no puede vaciar la vejiga por completo y que haga un esfuerzo al orinar. Esto con frecuencia se produce en hombres y puede ser provocado por algo que obstruye el flujo de orina, como el agrandamiento de la próstata o un tumor. La diabetes o determinados medicamentos también pueden provocar el problema.

Incontinencia funcional

Este tipo se produce cuando controla la orina con normalidad pero tiene problemas para llegar al baño a tiempo. Es posible que no llegue al baño debido a artritis o a otras enfermedades que hacen que sea difícil moverse.

Incontinencia mixta

Este tipo comprende más de uno de los tipos de incontinencia antes mencionados.

Disfunción eréctil

La disfunción eréctil se produce cuando un hombre no puede alcanzar una erección para tener relaciones sexuales o no puede mantener una erección el tiempo suficiente para terminar de tener relaciones sexuales. (Solía llamarse impotencia). La disfunción eréctil puede producirse a cualquier edad, pero es más común en los hombres mayores de 75 años. La disfunción eréctil no tiene que ser parte de envejecer. Es cierto que, a medida que envejece, usted podría necesitar más estimulación (como acariciar y tocar) para alcanzar una erección. Usted también podría necesitar más tiempo entre una erección y otra. No obstante, los hombres mayores deberían todavía poder alcanzar una erección y disfrutar de las relaciones sexuales.

La disfunción eréctil puede ser provocada por:

Diabetes (nivel alto de azúcar en la sangre).

Hipertensión (presión arterial alta).

Aterosclerosis (endurecimiento de las arterias).

Estrés, ansiedad o depresión.

Consumo de alcohol y tabaco.

Algunos medicamentos de venta con receta, como los antidepresivos, los analgésicos y los medicamentos para la presión arterial alta.

Fatiga.

Lesiones cerebrales o de la médula espinal.

Hipogonadismo (lo que provoca niveles más bajos de testosterona).

Esclerosis múltiple.

Enfermedad de Parkinson.

Terapia de radiación a los testículos.

Accidente cerebrovascular.

Algunos tipos de cirugía de próstata o de vejiga.

Cáncer

El cuerpo está compuesto de muchos tipos de células. Normalmente, las células crecen, se dividen y, después, mueren. A veces, las células mutan (cambian) y comienzan a crecer y dividirse con mayor rapidez que las células normales. En lugar de morir, estas células anormales se aglutinan para formar tumores. Si estos tumores son cancerosos (que también se llaman tumores malignos), pueden invadir y destruir los tejidos saludables del cuerpo. A partir de estos tumores, las células cancerosas pueden metastatizarse (propagarse) y formar nuevos tumores en otras partes del cuerpo. Por el contrario, los tumores no cancerosos (que también se llaman tumores benignos) no se propagan a otras partes del cuerpo.

Hay muchos tipos diferentes de cáncer, pero todos comienzan con células anormales que crecen en forma descontrolada. El tipo de cáncer está determinado por el tipo de células que comienzan a crecer en forma anormal y el lugar del cuerpo donde se produce el crecimiento anormal. Los tipos de cáncer más comunes en adultos son el cáncer de piel, el cáncer de pulmón, el cáncer de colon, el cáncer rectal, el cáncer de seno, el cáncer de endometrio, el cáncer de ovario y el cáncer de próstata. El grado de riesgo que usted tiene depende de una serie de factores. Estos factores incluyen el consumo de tabaco, las elecciones del estilo de vida (como seguir una dieta y hacer ejercicio), los antecedentes familiares y los factores en su lugar de trabajo y entorno.

Edema

El edema es una hinchazón o abotagamiento de partes del cuerpo. Por lo general, el edema se da en los pies, los tobillos y las piernas. También puede afectar la cara y las manos.

Las mujeres embarazadas y los adultos mayores tienen edema a menudo, pero puede sucederle a cualquier persona.

El edema es provocado por líquido adicional que se acumula en los tejidos del cuerpo. Los factores que pueden hacer que se acumule líquido son muchos. A veces, la gravedad hace que el líquido vaya a las piernas y los pies. Estar sentado o de pie durante mucho tiempo puede provocar edema en las piernas, en especial en un clima cálido. Comer alimentos con demasiada sal puede empeorar el problema. El edema también puede ser un efecto secundario de tomar determinados medicamentos. Algunos problemas de salud, como la insuficiencia cardíaca congestiva, las enfermedades del hígado y la enfermedad de los riñones, pueden provocar edema.

Apoplejía

Las arterias son vasos sanguíneos que llevan sangre desde su corazón hacia el resto de su cuerpo. La mayoría de apoplejías ocurren cuando una arteria que lleva sangre hacia el cerebro se bloquea. Cuando las células del cerebro no reciben suficiente sangre, se mueren y parte del cerebro sufre una lesión.

Si sufre una apoplejía, puede perder la capacidad de hacer algo que controla la parte dañada de su cerebro. Por ejemplo, podría perder la movilidad de un brazo o una pierna, o la capacidad de hablar. El daño puede ser temporal o permanente. Los médicos han determinado que si recibe tratamiento de inmediato, después de que comiencen los síntomas de una apoplejía, existe una mayor probabilidad de hacer que llegue la sangre al su cerebro y evitar más daño.

síntomas:

Debilidad repentina o adormecimiento del rostro, brazo o pierna de un lado de su cuerpo

Visión borrosa o pérdida de visión repentina, particularmente en un ojo

Problemas para hablar o comprender lo que otros están diciendo

Dolor de cabeza intenso y repentino sin causa aparente

Mareos repentinos sin ninguna explicación

Caída o caminar de manera inestable

Otro síntoma de advertencia de una apoplejía se conoce como ataque isquémico transitorio (Transient Ischemic Attack, TIA). Un TIA significa un "mini accidente cerebrovascular" que puede provocar los síntomas antes mencionados. Puede durar solo unos cuantos minutos, pero no debe ignorarlo

Pérdida de visión

Los cambios en la visión, como la dificultad para fijar la vista en objetos cercanos, son una parte normal del envejecimiento. Las causas principales de la pérdida de visión en personas mayores de 40 años son:

Degeneración macular. Esto es provocado por cambios en la mácula. La mácula es la parte del ojo que le proporciona una visión clara y nítida.

Glaucoma. Por lo general, esto es provocado por una presión alta proveniente del líquido presente dentro del ojo.

Cataratas. Esto es provocado por la opacificación del cristalino dentro del ojo.

Retinopatía diabética. Esto afecta a las personas que tienen diabetes. Se produce cuando los niveles altos de azúcar en la sangre dañan los vasos sanguíneos de los ojos.

Otras causas comunes de la pérdida de visión incluyen lesiones, infecciones y cambios en la visión asociados con determinadas enfermedades.

Artrosis: afecta más a las mujeres que a los hombres, y a partir de los 75 años, prácticamente todas las personas tienen artrosis en alguna articulación. La edad, la obesidad, la falta de ejercicio... son sólo algunos de los factores que predisponen a sufrirla. Consiste en una degeneración del cartílago articular por el paso de los años, que se traduce en dificultades de movilidad y dolor articular con los movimientos.

El tratamiento de la artrosis consigue mejorar la movilidad y disminuir el dolor mediante antiinflamatorios no esteroideos, o la infiltración de esteroides, además de ejercicios de rehabilitación. En casos de extrema gravedad se puede recurrir a la cirugía, que consiste en sustituir las articulaciones por prótesis artificiales.

Artritis: es la inflamación de una articulación, caracterizada por dolor, limitación de movimientos, tumefacción y calor local. Puede estar causada por numerosas enfermedades y síndromes; por microcristales (afectos de gota), neuropática (lesiones del sistema nervioso), reumatoide (origen multifactorial), infecciosa (de origen bacteriano, vírico, micótico o parasitario), sistemática (de origen cutáneo, digestivo, neuropático...), reactiva (múltiples factores)

Párkinson: El Parkinson es una enfermedad neurodegenerativa que se produce en el cerebro, por la pérdida de neuronas en la sustancia negra cerebral. El principal factor de riesgo del Parkinson es la edad. Afecta a más de 65.000 españoles y su incidencia va en aumento.

Hipertrofia benigna de Próstata: Consiste en un crecimiento excesivo en el tamaño de la próstata a expensas del tamaño celular. Es muy común en los hombres a partir de los 60 años. Para su diagnóstico, es frecuente la "biopsia prostática" y el tacto renal (palpar la próstata a través del recto), que además puede detectar síntomas de cáncer.. Suele provocar un síndrome miccional: mayor frecuencia de orinar, irritación y obstrucción; que pueden complicarse con infecciones urinarias, cálculos renales, etc. Para su tratamiento, los pacientes deben disminuir la ingesta de líquidos antes de acostarse y moderar el consumo de alcohol y cafeína. En ocasiones extremas se tiene que intervenir quirúrgicamente (prostatectomía).

Gripe: Se trata de una enfermedad "común" que dura entre 3 y 7 días, pero las personas mayores pueden tener complicaciones que a menudo requieren hospitalización por problemas respiratorios. Es por ello que las Autoridades Sanitarias aconsejan a la tercera edad (mayores de 65 años), como grupo de riesgo, vacunarse cada año contra la gripe. La vacuna de la gripe producirá anticuerpos contra el virus.

Y otro arma muy eficaz contra la gripe es la prevención, especialmente contra el frío.

Malnutrición: A menudo, se pasan por alto los problemas de nutrición de la tercera edad, lo que puede traer complicaciones muy serias tales como deshidratación, anemia, déficit de vitaminas (B12, C, tiamina...), déficit de folato, desequilibrio de potasio, anorexia, gastritis atrófica...

El deterioro cognitivo puede ser causado por tantos factores no nutricionales que es fácil pasar por alto causas nutricionales potenciales, como deshidratación, desequilibrio del potasio, anemia ferropénica y déficit de muchas de las vitaminas hidrosolubles.

En estos casos, si un especialista lo cree conveniente, se puede recurrir a suplementos de minerales y vitaminas, pero sobre todo; una dieta alta en proteínas y nutrientes es esencial para prevenir posibles problemas de nutrición que llegada la edad adulta podría conllevar problemas irreversibles.

Mareos en los mayores: Buena parte de los mayores de 60 años, acuden al médico por culpa de inexplicables mareos o vértigos. También son habituales las pérdidas de equilibrio y otras sensaciones de aturdimiento.

Es importante que sea un médico quien determine la gravedad de nuestra situación. En todos los casos el especialista determinará con un reconocimiento físico los posibles motivos.

Sordera: A menudo, los déficits auditivos se consideran "normales" en los ancianos, y, si bien es propio de la edad el desgaste en nuestras capacidades, siempre se debería poner solución, con las pruebas diagnósticas precisas y si es necesario, con la ayuda de un audífono que amplificará la señal sonora ayudándonos a recuperar parcialmente nuestra capacidad auditiva.

Presión arterial alta: La presión arterial es la fuerza con la que el corazón bombea la sangre contra las paredes de las arterias. La hipertensión arterial no suele tener síntomas, pero puede causar problemas serios como insuficiencia cardiaca, un derrame cerebral, infarto e insuficiencia renal. Conviene que nosotros mismos controlemos nuestra presión arterial además de llevar hábitos de vida saludables.

Claudicación intermitente: Es un trastorno que se produce como consecuencia de la obstrucción progresiva de las arterias que nutren las extremidades. Las paredes de las arterias sufren lesiones, llamadas "placas de ateroma", que se van agrandando dificultando el correcto riego sanguíneo y haciendo que los músculos produzcan ácido láctico. Caracterizado por la aparición de dolor muscular intenso en las extremidades inferiores, en la la pantorrilla o el muslo, que aparece normalmente al caminar o realizar un ejercicio físico y que mejora al detener la actividad. Se observa con mayor frecuencia en el hombre que en la mujer; generalmente en pacientes mayores de 60 años.

ENCUENTRO 7

HISTORIA DE AMOR DE 60 AÑOS

Un helado día de hace algunos años encontré una billetera en la calle. No contenía identificación alguna, solo tres dólares y una carta arrugada que parecía haber estado guardada allí durante mucho tiempo. Lo único legible en el sobre roto era la dirección del remitente. Abrí la carta y vi que había sido escrita en 1924, casi 60 años atrás. La leí con cuidado, con la esperanza de encontrar una pista sobre la identidad del dueño de la billetera. Era una carta de despedida. La escritora, con caligrafía delicada, le decía al destinatario, cuyo nombre era Michael, que su madre le había prohibido volver a verlo. Sin embargo, ella siempre lo amaría. La firmaba Hannah. Era una hermosa carta. Pero no había manera, más del nombre Michael, de identificar al propietario. Así que decidí llamar a Informaciones para ver si podían ayudarme.

- Operadora, esta es una petición un poco rara. Estoy tratando de localizar al dueño de una billetera que acabo de encontrar. ¿podría darme el número telefónico de la dirección escrita en una carta que estaba en la billetera?

La operadora me comunicó con su jefa, quien me dijo que había un teléfono listado para esa dirección pero que no podía darme el número. Sin embargo, ella llamaría y explicaría la situación. Entonces, si la persona quería hablar, me comunicaría. Esperé unos minutos y ella volvió a la línea.

- Una mujer quiere hablar con usted. Le pregunté a la mujer si conocía a alguien llamada Hannah.

- ¡Por supuesto! Le compramos esta casa a la familia de Hannah.

- ¿Sabe usted dónde podrían estar ahora? -pregunté.

- Hannah tuvo que llevar a su madre a un asilo de ancianos hace tiempo. Tal vez allí podrían ayudarlo a localizar a la hija.

La mujer me dio el nombre de la residencia de ancianos. Llamé y me enteré de que la madre de Hannah había muerto. La mujer que habló conmigo me dio una dirección en la que pensaba podría localizar a Hannah. Llamé por teléfono. La mujer que contestó me explicó

que ahora Hannah estaba viviendo en un hogar de ancianos. Me dio el número. Llamé y me confirmaron que Hannah estaba en ese sitio. Pregunté si podía ir a verla. Eran casi las 10 de la noche. El director me dijo que Hannah podría estar dormida

-Pero tal vez la encuentre en la sala de actividades viendo televisión.

El director y un guardia de seguridad me recibieron en la puerta de la residencia. Subimos al tercer piso y vimos a la enfermera, quien nos dijo que Hannah estaba, de hecho, viendo televisión. Entramos a la sala de actividades. Hannah era una dulce ancianita de pelo plateado, con una cálida sonrisa y ojos amistosos. Le hablé de la billetera y le mostré la carta. Al instante de verla, respiró profundamente.

- Joven -dijo-, esta carta fue el último contacto que tuve con Michael. - Desvió la mirada y continuó-: Yo lo quería mucho. Pero apenas tenía 16 años y mi madre consideraba que yo era demasiado joven. Él era muy buen mozo. Como Sean Connery, el actor.

Nos reímos. Entonces el director nos dejó solos.

- Sí, se llamaba Michael Goldstein. Si lo encuentra, dígame que sigo pensando en él con frecuencia. Nunca me casé -dijo, sonriendo a través de las lágrimas que brotaban de sus ojos-. Creo que nadie jamás igualó a Michael.

Le di las gracias, me despedí y tomé el ascensor hasta el primer piso. Mientras estaba en la puerta, el guardia de seguridad me preguntó:

- ¿Pudo ella ayudarlo?

Le dije que me había dado una pista.

- Por lo menos tengo el apellido. Pero es probable que abandone la pesquisa durante un tiempo.

Le conté que había pasado todo el día tratando de encontrar al dueño de la billetera. Mientras hablábamos, saqué el estuche de piel marrón con cordones rojos y se lo mostré. Él lo miró y dijo:

- Oiga, reconocería esa billetera en cualquier parte. Es del señor Goldstein. Siempre la pierde.

- ¿Y quién es el señor Goldstein? -pregunté yo.

- Es uno de los veteranos del octavo piso. Él sale a caminar con frecuencia. Le di las gracias y me dirigí corriendo hacia la oficina del director para contarle lo que había dicho el guardia. Me acompañó hasta el octavo piso. Oré porque el señor Goldstein aún estuviera despierto.

- Creo que todavía está en la sala de actividades -dijo la enfermera-. Le gusta leer a la noche. Nos dirigimos hacia la única habitación que tenía las luces encendidas; allí había un hombre leyendo un libro. El director le preguntó si había perdido su billetera. Michael Goldstein levantó la vista, sintió su bolsillo trasero y luego dijo:

- Dios mío, no está. En cuanto la vio, sonrió, visiblemente aliviado.

- Sí -dijo-, esa es. Seguramente se me cayó esta tarde. Déjeme darle una recompensa.

- No, gracias -dije-. Pero debo contarle algo. Leí la carta con la esperanza de descubrir quién era el dueño de la billetera.

La sonrisa desapareció de su rostro.

- ¿Leyó usted la carta?

- No sólo la leí, creo saber dónde se encuentra Hannah.

Él palideció.

- ¿Hannah? ¿sabe usted dónde está? ¿cómo está? ¿sigue tan hermosa como antes?

Vacilé.

- ¡Dígame! -urgió Michael.

- Ella está bien y es tan bonita como cuando usted la conoció.

- ¿Podría decirme dónde está? Quiero llamarla mañana.

Me tomó la mano y dijo:

- ¿Sabe algo? Cuando llegó la carta, mi vida terminó. Nunca me casé. Creo que siempre la he amado.

- Michael-le dije-. Venga.

Los tres tomamos el ascensor hasta el tercer piso. Caminamos hacia la sala de actividades, donde se encontraba sentada Hannah, aún viendo la televisión. El director se acercó a ella.

- Hannah -dijo en voz baja-. ¿conoce usted a este hombre?

Michael y yo nos quedamos esperando en la puerta. Ella se ajustó los anteojos, miró por un momento pero no dijo nada.

- Hannah, soy Micha el. Michael Goldstein. ¿Te acuerdas?

- ¿Michael? ¿Michael? ¡Eres tú!

Él caminó lentamente hacia ella. Ella se puso de pie y se abrazaron. Los dos se sentaron en un sofá, se tomaron de las manos y comenzaron a hablar. El director y yo salimos, ambos llorando.

- Hay que ver cómo trabaja Dios le dije-. Si ha de ser, será.

Tres semanas después, recibí un llamado del director:

- ¿Puede escaparse el domingo para asistir a un casamiento? -preguntó, y sin esperar mi respuesta, agregó-: Sí, Michael y Hannah se casan!

Fue una boda preciosa; todas las personas de la residencia de ancianos asistieron a la celebración. El hogar les dio una habitación para los dos y, si alguna vez se imaginó ver a una novia de 76 años y un novio de 78, como dos adolescentes, tendría que haber visto a esta pareja. Un final perfecto para una historia de amor que duró casi 60 años.

EVALUACIÓN DEL TALLER

(CUESTIONARIO)

Se solicita calificar con una puntuación de 1al 10 donde 1 es poco o nada satisfecho y 10 es excelente o totalmente satisfecho y donde se solicita, responder brevemente.

1. ¿Cómo se sintió en el espacio físico y las condiciones materiales del taller?
2. ¿Cómo se sintió con las actividades realizadas en el taller?
- 3.¿Qué le parecieron los temas trabajados?
4. ¿Le resultaron útiles o interesantes los temas abordados?
5. Participación: INDIVIDUAL:

GRUPAL:

6. ¿Qué temas le interesaron más?
7. ¿Qué tema hubiese querido discutir más?
8. ¿Qué temas NO le gusto tratar?
9. ¿Qué temas cree que faltaron tratar?
10. ¿Recomendaría a otras personas realizar este taller?: si – no

Comentarios:

Muchas gracias por su participación!!!

ANEXO E - FORMULARIO DESCRIPTIVO DEL TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR Y DIFUNDIR TESIS DE POSGRADO O GRADO A LA UNIVERIDAD SIGLO 21

Por la presente, autorizo a la Universidad Siglo21 a difundir en su página web o bien a través de su campus virtual mi trabajo de Tesis según los datos que detallo a continuación, a los fines que la misma pueda ser leída por los visitantes de dicha página web y/o el cuerpo docente y/o alumnos de la Institución:

| | |
|--|--|
| Autor-tesista <i>(apellido/s y nombre/s completos)</i> | Barros Maria Ximena |
| DNI | 25363336 |
| Título y subtítulo <i>(completos de la Tesis)</i> | “Taller para jubilados municipales de la ciudad de cordoba “ |
| Correo electrónico <i>(del autor-tesista)</i> | xibarrosгар@hotmail.com |
| Unidad Académica <i>(donde se presentó la obra)</i> | Universidad Siglo 21 |
| Datos de edición: <i>Lugar, editor, fecha e ISBN (para el caso de tesis ya publicadas), depósito en el Registro Nacional de Propiedad Intelectual y autorización de la Editorial (en el caso que corresponda).</i> | |

Otorgo expreso consentimiento para que la copia electrónica de mi Tesis sea publicada en la página web y/o el campus virtual de la Universidad Siglo 21 según el siguiente detalle:

| | |
|--|----|
| Texto completo de toda la Tesis | SI |
|--|----|