

VI Jornadas de Sociología de la UNLP. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología, La Plata, 2010.

Emergencia del cuerpo en el proceso de envejecimiento Narraciones de la experiencia de la implementación de los Programas de salud en los Adultos.

Staffolani, Claudio, D´Andrea, Lorena y Enria, Graciela.

Cita:

Staffolani, Claudio, D´Andrea, Lorena y Enria, Graciela (2010). *Emergencia del cuerpo en el proceso de envejecimiento Narraciones de la experiencia de la implementación de los Programas de salud en los Adultos. VI Jornadas de Sociología de la UNLP. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología, La Plata.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-027/630>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eORb/Mer>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/ar>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Emergencia del cuerpo en el proceso de envejecimiento

Narraciones de la experiencia de la implementación de los Programas de salud en los Adultos Mayores

Autores:

- Claudio Staffolani – Facultad . de Cs. Médicas de la UNR; Fac. de Humanidades., Artes y Cs. Sociales de la UADER – cstafol@hotmail.com
- Lorena D’Andrea – Facultad de Cs. Médicas de la UNR – lorenaceciliadandrea@hotmail.com
- Graciela Enria – Facultad de Cs. Médicas - CIUNR – g.enria@yahoo.com.ar

Resumen

Desde el año 2005 el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), a través del PAMI inicia un cambio de estrategia para el cuidado de la salud de los Adultos Mayores, incorporando con fuerza acciones tendientes a la prevención como modo de prolongar la vida de las personas. En este caso, las acciones instan a la incorporación de los Adultos Mayores a una serie de actividades físicas integradas a la vida cotidiana, a la recreación y a la participación en grupos de motivación y autoayuda con cambios de hábitos. Ahora, los Adultos Mayores enfrentan nuevos problemas que tienen que ver con el manejo de su cuerpo, que por mandato cultural y desde la aplicación de los Programas de Salud lo disciplinaron para cumplir con los roles asignados (ama de casa, trabajador, etc.). Esta nueva propuesta/prescripción, obliga a poner el cuerpo en movimiento, a tocarlo, a sentirlo, a partir de la promesa de una mejor “salud” y calidad de vida. En esta presentación reflexionamos sobre las experiencias de Adultos Mayores que llegan a la actividad física, sus temores, resistencias, acciones, hasta sus revelaciones y emociones cuando se reconocen portadores de un cuerpo que los acompaña.

Introducción

En su renovación, el Programa para Adultos Mayores Integrados (PAMI) a través de la propuesta del Nuevo Modelo Prestacional Socio-comunitario de Atención Médica y otras prestaciones asistenciales, se propone transformar las acciones destinadas a este grupo poblacional desde la mera curación hacia la Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. Citado desde la Resolución N° 284/05 (Boletín del Instituto, 2005 pag 2) “ los nuevos lineamientos exigen para el médico del primer nivel de atención un perfil acorde como profesional calificado [...] con capacitación para la atención y resolución de las patologías prevalentes del Adulto Mayor y dispuesto a desarrollar explícitas acciones socio-comunitarias de protección, promoción de la salud

y prevención de enfermedades, asistiendo a la patología ambulatoria y al seguimiento del beneficiario en los otros niveles de atención”. Además “deberá conocer los programas promocionales y preventivos dispuestos por el Instituto¹ y realizará la capacitación que éste determine. Programará acciones de Prevención en los Centros de Jubilados y Pensionados de su área y toda otra actividad que pueda favorecer o mejorar la calidad de vida de los beneficiarios. Desarrollará las acciones de Prevención y Promoción de la salud de acuerdo a los Programas del Instituto o en el marco de lo establecido por la Autoridad Sanitaria Juridiccional.”(Bol. Int. 2005: pag 43).

Sustentado en esta nueva política del INSSJP, una de las primeras estrategias poblacionales (Rose, 1991: 907) implementadas, es la propuesta del Programa HADOb “basado en dos pilares fundamentales: el seguimiento clínico realizado por los Médicos de Cabecera y la realización de actividades no medicamentosas”, que incorpora e institucionaliza nuevas prácticas sanitarias a las implementadas hasta el momento, las cuales se basaban casi exclusivamente en la intervención sobre la enfermedad instalada y su posterior tratamiento a través de estrategias medicamentosas, constituidas en acciones individuales *post facto*, en lo que Geoffrey Rose denominara “estrategia de alto riesgo” (1991: 904).

Desde este cambio en el posicionamiento, aparecen nuevos espacios que cobran relevancia, en los que la pre-ocupación por la salud se convierte en un proceso integrado que aborda más de una de las problemáticas que enfrentan los Adultos Mayores. El temor de la enfermedad que habitualmente se trabajaba desde el ámbito cerrado del consultorio por medio de tecnología farmacéutica; ahora se aborda de una manera integral intentando romper con el sedentarismo, extendiendo las acciones a los “Centros de Jubilados, las entidades de la Tercera Edad y los efectores comunitarios como una herramienta relevante en la implementación del Programa al constituirse como un espacio de encuentro, participación y desarrollo pleno para los Adultos Mayores” (Programa HADOb). Lo que se propone es la realización de actividades físicas recomendadas por el Médico de Cabecera, considerando que con ello se proporcionará un plus de socialización que intenta intervenir sobre una reconocible tendencia al aislamiento.

Para planificar e implementar este tipo de actividades, el INSSJP propone que los Médicos de Cabecera dispongan de “un tercio de la actividad asistencial por semana para el desarrollo de tareas en prevención y promoción de la salud” (Bol. Int. 2005: pag 43), actividades que deberían tener como ámbito natural el espacio extramuro.

En un intento de dimensionar los alcances y limitaciones de la puesta en práctica de la estrategia que se despliega desde el nuevo Sistema de Atención, focalizamos el objeto de estudio en

¹ Programa de Promoción y Prevención Socio Comunitario Prevenir para seguir creciendo; Programa de Atención Progresiva del Adulto Mayor, que incluye el Programa HADOb; Programa de Detección de Poblaciones Vulnerables.

las posibilidades y dificultades que plantean los Adultos Mayores ante la nueva gestión de los procesos de salud-enfermedad que los moviliza, con el objetivo de recuperar desde sus relatos las situaciones a las que se enfrentan para cumplir con la aggiornada prescripción médica, que así alcanza un rango institucional.

Desarrollo

La característica que define las formas particulares de enfermar y morir de los Adultos Mayores es la prevalencia de enfermedades crónicas, que ocupan un amplio espacio en los escritos médicos y en la experiencia de vida. Ellos reclaman a diario su atención en los consultorios y el tema enfermedad se transforma en el motivo principal de conversación, comunicación y queja.

Los planificadores de los Programas de Salud, en el intento de intervenir positivamente en la búsqueda de prever y controlar los riesgos (Maffesoli, 2002: 19) instituyen la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades desde una mirada normativa con la misión de reducir la incidencia de los factores de riesgo reconocidos para los Adultos Mayores (Hipertensión Arterial, Diabetes y Obesidad). Para ello, despliegan un arsenal de conocimientos y estrategias protocolizadas que se reproducen acríticamente sin una adecuación a las características de la población destinataria de las acciones; enunciando que se trata de enfermedades causadas por el sedentarismo, que es el nuevo foco de intervención. En consecuencia, repentinamente, en las postrimerías del S XX e inicio del XXI, comienza a prescribirse en forma imperativa el ejercicio físico a personas mayores de 60 años, presentándolo como una terapéutica para modificar la situación de malestar y dolor. Sin embargo esta acción no termina de reemplazar las estrategia medicamentosa que tradicionalmente opera, más bien se ha sumado una nueva acción a la ya instalada.

En cambio, en aquellos países donde se origina esta nueva tendencia², se coordinan los espacios públicos (Escuelas, Piletas, Gimnasios, etc.) para la implementación de las actividades físicas, a la vez que se instala un sistema de incentivos para los profesionales de la salud que logren disminuir los factores de riesgo y el uso de medicamentos, lo que puede ser considerado un programa integral. En contraste, en los países donde no existe un Sistema Universal de Salud a cargo del Estado, el mercado farmacéutico siguiendo una lógica de maximización de beneficios económicos, se introduce como una cuña que hace eje desde el propio acto médico abriéndose a la demanda de la población, sin que se logre el objetivo original de disminuir la prescripción de medicamentos.

Un hecho crucial, en la formación de quienes atienden a los Adultos Mayores, es el reconocimiento de las características del proceso de envejecimiento y los modos en los que las

² Inglaterra, a partir de una propuesta del Epidemiology Departament de la London School of Hygiene and Tropical Medicine. (*The Healt Education Council*, BBC, London, 1976)

patologías lo acompañan. Proceso que requiere una guía y sostenimiento continuo de parte del profesional y no intervenciones donde la receta farmacológica siga siendo el centro de la relación Médico –Adulto Mayor.

Otra instancia que merece ser analizada, es la forma en que se indica la actividad física, en la cual se deja por fuera el re-conocimiento de quiénes son estos Adultos Mayores y cómo han transcurrido sus vidas. Ellos llegan a la consulta por un cuerpo que se volvió transparente a la conciencia en momentos de crisis, de excesos: dolor, cansancio, heridas (Le Breton, 1990:123). El temor es habitualmente el motor que impulsa la demanda de atención. Ahora, su Médico de Cabecera les prescribirá (en receta médica) hacer ejercicio físico en situaciones que hasta ese momento fueron revertidas sólo con un arsenal de medicamentos, que en el mejor de los casos calmaron el dolor, en palabras de una de las entrevistadas: “*aceitando nuevamente y por un tiempo limitado la máquina*”. Es éste el momento crucial de la relación, en la que el Médico debe vencer (vencer juntos) de la nueva estrategia a implementar, pero para ello el Médico debe tener la seguridad del conocimiento (importancia, propósito, forma de indicación, consecuencias, tipo de actividad pertinente a cada caso, etc.), que lo lleve a una intervención eficaz.

La interacción del sistema médico con los Adultos Mayores está contextualizada por el mandato de la modernidad -tiempos en que se cultivó la negación del cuerpo, imponiendo modos, formas de ser y sentir, con un lenguaje corporal que reprime lo físico, disociando lo intelectual de las sensaciones y sentimientos. Dice Le Breton, (1990: 8) : “El cuerpo moderno pertenece a un orden diferente. Implica la ruptura del sujeto con los otros (una estructura social de tipo individualista), con el cosmos (las materias primas que componen el cuerpo no encuentran ninguna correspondencia en otra parte), consigo mismo (poseer un cuerpo más que ser su cuerpo)”. La ciencia médica ejercida desde la perspectiva tradicional, en la que aparece claramente diferenciada la *res extensa* de la *res cogita* (Descartes, 1637), refuerza a través de una mirada excesivamente física y biológica la escisión antigua entre cuerpo y alma fuera de la dimensión histórico-cultural.

Esta impronta cultural es habitualmente ignorada, también se desconoce que la vejez carga sobre sus espaldas el proceso que la llevó a ella, *res extensa* y *res cogita* forman parte de un continuo que va dejando marcas sobre cada uno de ellos y el uno interviene sobre el otro siempre determinado desde un contexto histórico-cultural. Valores, actitudes, representaciones y prácticas sociales, mandatos morales, se imprimen en la vida cotidiana moldeando las formas de ser, existir y utilizar el cuerpo. Situaciones tan comunes como la elección de la vestimenta para participar de una actividad colectiva o la misma consulta al Médico, implican para los Adultos Mayores una preparación y posicionamiento dentro de un modelo internalizado que llega hasta la necesidad de destinar ciertas ropas (especialmente la interior) para el acontecimiento³. De la misma manera, las

3 Como refiriera un médico geriatra entrevistado: “estrenan siempre ropa interior, tan es así que algunos hasta olvidan sacarle las etiquetas”

actividades físicas prescriptas implican romper con tradiciones socio-culturales expresadas singularmente, que obstaculizan la incorporación de los nuevos movimientos. Estas cuestiones, aparentemente banales, que impregnan la vida cotidiana de los viejos se constituyen frecuentemente en el primer escollo que puede retrasar, o hasta llegar a impedir, el cumplimiento de la indicación terapéutica.

De esta manera, en la implementación del Programa HADOb (Hipertención, Diabetes y Obesidad), instituido desde el año 2005 por el PAMI, todas estas cuestiones deberían ser consideradas, ya que al no ser tomadas en cuenta en el acto de la indicación, se constituyen en el disparador de los impedimentos argumentados por los Adultos Mayores, que disminuyen la adherencia a la nueva propuesta.

De allí que la primera manifestación de rechazo es la dilación del inicio de la actividad, expresado en la dificultad de encontrar un lugar dónde realizar el ejercicio, y la viabilidad de los horarios al ordenamiento de la vida. Las distancias a recorrer, la adecuación del espacio físico (razones que se esgrimen no sólo desde lo arquitectónico, sino de la temperatura, los vestuarios, los costos, etc.), retrasan la toma de decisión, al igual que un prejuicio sobre la oferta horaria. Es habitual que los viejos se acerquen a los espacios donde se llevan adelante actividades físicas con el presupuesto “tranquilizador” de que seguramente no coincidirán con su “horario libre”, pero han intentado cumplir con el mandato prescriptivo. Se escuchan justificaciones como: *“es muy temprano y hace frío”*; *“me corta toda la mañana”*, *“es la hora del almuerzo”*, *“cuido a mis nietos”*, *“es muy tarde para andar por la calle”*⁴, que ocultan los temores de aventurarse a una práctica desconocida que implica enfrentarse con el propio cuerpo. Ante la sorpresa de una presentación amplia y variada de horarios reaccionan *“ahora no tengo excusa, voy a tener que venir!”*; como si antes no hubiesen podido pensar qué ese se constituiría en un momento para ellos, para su salud y bienestar.

La elección del espacio donde realizar la actividad (Clubes, Centros de Jubilados, Gremios, Institutos Privados y Médicos, etc) muestra las diferencias de clases sociales y las consideraciones históricas del cuerpo. Los pudientes suelen asistir a servicios de sociedades de médicos, con fuerte viso terapéutico y de rehabilitación, que continúa la idea de recuperación sólo a través del modelo médico. Otros concurren a espacios de encuentro organizados por la sociedad civil en forma comunitaria, en los que la actividad física se re-ordena con un sentido de socialización, incluso reproduciendo la historia de la actividad laboral como es el caso de los gremios (ejemplo: SADOP Rosario).

Los Adultos Mayores que llegan a la actividad física, traen consigo toda la historia que les precede, se muestran temerosos, repiten *“estoy aquí porque me mandó el médico”*, evidenciando

4 Testimonios de responsables de Actividades Físicas para Adultos Mayores

una disociación, un distanciamiento entre sus palabras y la acción, en un “como si el cuerpo viniese atrás”. E insisten, “*voy a ver qué pasa*”, “*¿Yo, podré hacerlo?*” y aunque lo expresan en palabras, todo su cuerpo se contrae, distancia y escamotea en reacción de huida.

Otros son traídos por sus cónyuges o hijos. Y decimos traídos, no acompañados. En estos casos, se evidencia la resistencia y reticencia hasta que los dolores y las impotencias se hacen tan agudos que parece imposible soportarlos. Son los familiares los que hablan y en la conversación intentan incorporarlos de todas maneras, hacerles entender que “*es por su bien*” que están allí, enfatizan que ellos están de acuerdo con la indicación, que “*está bien hacer ejercicio*” marcando con sus palabras una ruptura con la experiencia pasada, lo nuevo es poner el cuerpo adelante, usarlo.

Los escasos hombres que asisten, se sienten intimidados por la presencia mayoritaria de las mujeres que les devuelven una representación de género que los distancia, que no les permite reflejarse e identificarse, ni incorporar la experiencia de algún otro de su mismo sexo que los sostenga y lo impulse a perseverar en la actividad. Habitualmente llegan “*hechos pelota*”, maltrechos o casi inválidos (a posteriori de un accidente cerebro vascular). En esos casos ingresan acompañados y sostenidos por sus mujeres que los desvisten y vuelven a vestir porque no pueden hacerlo por sí mismos. No hablan, por un lado su lenguaje masculino no encaja en un discurso mayoritariamente femenino, tampoco tienen la necesidad de encontrarse con su cuerpo en relación social para plasmar una comunicación que permita una continuidad de la actividad en el tiempo. Los hombres ven este proceso como una estrategia terapéutica que les permitirá superar el mal trago (curarse, rehabilitarse) y no como una nueva forma de vida que también los reinserta socialmente.

Si nos apartamos de lo funcional, esta situación de los hombres nos hace reflexionar sobre el modelo de cuerpo que impera, en uno y otro género, que no es otro que el femenino. Es el cuerpo de la mujer (en todas las edades), hoy sesgado por la problemática estética, el que está siempre mayoritariamente en el candelero, en la vidriera, en la vista de los hombres y de las propias mujeres. Los hombres, especialmente los Adultos Mayores, no se miran al espejo de cuerpo entero, no es su hábito y cuando lo hacen les devuelve una imagen que no reconocen, al punto de decir alguien en una experiencia fortuita luego de mirarse desnudo al espejo “*¡la puta que es fiero el cristiano cuando es viejo!*”. Esto, muestra una dificultad para correlacionar los cambios corporales a través del paso del tiempo con la imagen que se tiene de sí mismo, que para los hombres generalmente sigue siendo el de la juventud.

Las mujeres que concurren a piletas de natación -uno de los ejercicios más recomendados por disminuir las fricciones y posibilidades de lesiones, y por permitir, a raíz de la disminución del peso corporal, mayor movilidad que en las actividades de suelo- enfrentan de la forma más cruda la irrupción del cuerpo negado en su historia y en su desnudez, fuera de su esfera privada. Como

muestra basta el diálogo sostenido por un miembro del grupo de investigadores, con una Adulta Mayor que intentaba iniciar su actividad, en situación del ingreso a un natatorio: “¿no le da vergüenza estar desnuda?. Venga, mire lo que me puse, a ver si estoy bien”.

Conducida hacia el vestuario, mostró que bajo el equipo de gimnasia, que no se había quitado aún, lucía un conjunto de acetato (remera y bermuda color verde fosforescente). “Abajo tengo la malla”, aclaró. Su decisión era ingresar al agua con todo el equipo de acetato para no ser vista en su sentida desnudez. Sin pensar que en una pileta todos visten el traje de baño, nadie ve al otro desnudo. No entró en su lógica que de esa manera iba a llamar la atención, iba a ser mirada.

Los Adultos Mayores que inician una actividad, ponen también como escudo la esfera intelectual en forma de reiteradas preguntas sobre la tarea a realizar, mientras que “su” cuerpo parece no estar. Los ritos del borramiento del cuerpo han hecho su efecto a través de los años. Cuando el momento de iniciar la actividad llega, el abrupto encuentro con ese cuerpo ignorado se expresa, como hemos visto, en la incertidumbre de qué vestimenta usar, sobre todo por lo que no se tapa del cuerpo.

La ubicación espacial, es otro ítem a considerar en la situación del cuerpo en movimiento; eligen un “rinconcito” que pueda esconderlos, para evitar ser vistos por el otro; espacio que hasta limita sus posibilidades de acción. “Es evidente que las relaciones espaciales de los cuerpos humanos determinan en buena medida la manera en que las personas reaccionan unas respecto a otras, la forma en que se ven y escuchan, en si se tocan o están distantes” (Sennet, 1994: 19). Al ser invitados a que ocupen espacios más amplios, se repliegan con un “aquí estoy bien”.

Lo que les provoca más extrañamiento aún, es el percibir qué capacidades han sido mermadas por el paso del tiempo, situación de la que hasta ese momento no habían tomado conciencia. Una de las primeras reacciones es el relato de imágenes de sí mismos que tienen desde la infancia: “cuando yo era chica, sabía nadar”; “cuando yo era ...hacía gimnasia”; “me acuerdo que iba al río y me tiraba”. Ahora, sus movimientos están restringidos, su elasticidad perdida, por un proceso que ha limitado sus potencialidades, “¿Cuándo me convertí en otro?” se preguntan, en tanto siguen siendo ellos mismos pero con un cuerpo que al permanecer sedentario y ocupado exclusivamente por la actividad laboral y el cuidado de los otros, manifiesta signos y síntomas de reducción de la funcionalidad, que ahora desde la indicación médica se intenta recuperar. Cristina Carrión y Gloria Ferrero (1998: 82) dicen al respecto: “Es tal vez que, a partir de alguna marca, injuria narcisista, el cuerpo empieza a ligarse con la temporalidad y toma una dimensión historizada”. Esta afirmación se resume en el relato de una mujer de 73 años que fuera enviada a hacer gimnasia como rehabilitación de una cirugía de cadera; ante las dificultades que le presentaba una indicación de movimiento corporal rezongó: “¡Me siento un bloque! Qué mal me cuidé. Ni cremas me he puesto en el cuerpo. Trabajé todo el día y sigo trabajando. No sé hacer otra cosa. De

*repente el dolor no pudo más. Me hice ver y tenía desgastado el hueso de la cadera. Tuvieron que operarme, ahora para rehabilitarme me mandan a gimnasia. Yo nunca hice. No tuve tiempo, porque entre el trabajo y cuidar a la familia... ¡No me salen los ejercicios! ¡Qué poco me quiero!”.*⁵

La presentación de un movimiento a realizar implica, en primera instancia, llevar la atención sobre las partes del cuerpo comprometidas en esa acción, una acción que se caracteriza por no pertenecer a la rutina de la vida cotidiana. Mirarse, tocarse, coordinar y manejar el cuerpo en un espacio pueden presentar serias dificultades a los Adultos Mayores que manifiestan desconocimiento de su propio cuerpo y cierta reticencia al aprendizaje de nuevas habilidades motoras.

¿Cómo llegaron a esto los viejos? ¿Asumieron “naturalmente” ese rol? El mandato derivado de la modernidad, perfiló el rol de una mujer madre / hija pudorosa, que es realzado por la ciencia médica, que mediante los Programas de Salud asigna a las mujeres el lugar de cuidadora del cuerpo ajeno, nutriéndolo, estimulándolo, previniendo y vigilando. El cuerpo que mira es el de los otros, el suyo queda relegado a instancias muy particulares como la menarca, maternidad, menopausia que ha sido, también, medicalizado. El goce ha quedado reducido a lo privado, donde el cuerpo tampoco es mirado. En cambio en los hombres, es la fuerza del trabajo productivo el que ha modelado la imagen, el cuerpo no es hablado; en situaciones de rehabilitación reducen su concurrencia a espacios de hombres, con fuertes características de medicalización, limitando así la experiencia del ser vistos y compartir espacios.

Un tema es el de la mirada, otro, la progresiva pérdida del control de los movimientos, de la elasticidad, del equilibrio, de la funcionalidad. Este proceso es considerado por los textos geriátricos como el proceso “natural” del envejecimiento; sin embargo esta situación se encuentra fuertemente determinada por acontecimientos histórico-culturales, idea que se reproduce en las políticas y acciones sanitarias. Las características que describen el proceso de desgaste de los viejos, no es natural del envejecimiento y a partir de los 60 años. Es fruto del rol social asignado. El ejercicio, modelado por el trabajo en el hombre (tanto la utilización de la fuerza bruta, como el sedentarismo) y/o por el rol de cuidador en la mujer, imprime una forma de constitución del esquema corporal y de la imagen asumida de uno mismo, construida por las sensaciones permitidas y no, reconociéndolo como una máquina que hay que hacer funcionar para responder a los requerimientos particulares y sociales, muchas veces desoyendo las disfunciones (alertas) incluso llegando a niveles de dolor o incapacidad. La reproducción de estas prácticas indican un proceso de envejecimiento que se ha naturalizado de tal forma, que hace que la elasticidad y el tono perdido, los movimientos limitados y la imagen de carnes caídas, se celebren en las canciones de Arjona, que describen a las mujeres de

5 El seguimiento de esta persona dio cuenta del abandono de la actividad luego de ese episodio.

más de cuarenta (maduras) por su grasa abdominal.

“La imagen del cuerpo no es un dato objetivo, no es un hecho, es un valor que resulta, esencialmente, de la influencia del medio y de la historia personal del sujeto. No hay nunca apreciación bruta de las sensaciones del cuerpo, sino desciframiento, selección de los estímulos y atribución de un sentido”. (Le Breton, 1990: 149). Hasta dónde se permite un Adulto Mayor explorar y exigirse a sí mismo, en un proceso de redescubrimiento de sus potencialidades físicas y sociales, en tanto se considera al cuerpo un mediador de los vínculos con el otro. Qué factores inciden en el quiebre de la representación del “no puedo” hacia el “intento hacerlo”, en tanto cada intento corresponde a un ejercitarse psíquica y físicamente en sí mismo, en un ampliar el espacio de la vida en sociedad. En este sentido, vale la pena recuperar los relatos de mujeres entrevistadas. Una, después de muchos años de padecer dolores osteoarticulares que limitaban sus movimientos, y luego de un período de haber comenzado una actividad física acuática, descubre en una fiesta familiar que: “*pude bailar toda la noche y al día siguiente no me dolía nada*”, acontecimiento a partir del cual decide comenzar a concurrir todos los fines de semana a cantinas con opción a baile a las que concurren personas de su edad, “*¡ahora todos los sábados me encontrás en la Cautiva!*” Otra, con características similares, se animó a subir caminando a un cerro que le implicó un gran esfuerzo físico, con satisfacción exclamó: “*¡y mi marido se quedó abajo!*” y finalizando la entrevista preguntó: “*¿de la actividad sexual no me vas a preguntar?*”, denotando un cambio también en ese espacio de su vida.

Discusión

Según Mario Testa “La idea de una estrategia programática se refiere a la implementación de una política (propuesta de distribución de poder) por vía de realización de un programa [...]. Un programa consiste en un ordenamiento de recursos que tienen un destino específico, con un objetivo prefijado y bajo una **conducción normativa** -en ocasiones también administrativa- **única**.” (1989: 65)⁶. Esta organización tradicional que todavía siguen en gran medida los sistemas de salud se basan en proposiciones de acciones que los ejecutores intentan reproducir a pie juntillas, siguiendo lineamientos pensados para un sujeto ideal que poco se corresponde con las personas reales. Esa situación, lleva a que los Programas de Salud, como es el caso del Programa HADOb, se implementen de una manera imperativa sin las adaptaciones necesarias que requieren las características de las personas y la comunidad destinataria. Como se ha intentado describir en este trabajo, esta forma de planificación e implementación de las políticas de salud dan lugar a nuevos problemas, más que a dar una solución integral a las problemáticas que les dan sentido.

Desde nuestro entender, los Programas deberían ser “... espacios de negociación, que

6 Las negritas son de los autores.

necesitan para su implementación del reconocimiento del contexto local (culturas, representaciones sociales, prácticas sociales). En el diseño e implementación de las acciones es imprescindible la participación activa de la comunidad involucrada, de esta manera se posibilita la aceptación de las actividades innovadoras (intervenciones) y del personal que las ejecuta facilitando y direccionado los resultados esperados. Transformar la eficacia demostrada por las intervenciones en situaciones controladas en efectividad poblacional es el desafío que deben enfrentar los ejecutores de los programas al implementar las normas en un territorio.” (Enria, 2000)

Así, si los Programas de Salud fueran pensados como herramientas universales que los estrategias locales adaptaran a las características y problemáticas situadas en las poblaciones destinatarias de la acción sanitaria, sería posible alcanzar mayor efectividad. Esta forma de gestión e implementación de las políticas de salud que se resume bajo el título Planificación Estratégica, implica la existencia de un estrategia, un planificador y ejecutor allí donde la población, sus circunstancias y problemáticas, se manifiestan. (Matus, 1993)

Referidos al tema que nos ocupa, no se discute la eficacia de la propuesta programática: transformar el sedentarismo en movilidad como modo de promoción de la salud y prevención de las enfermedades involucradas en el Programa HADOb; lo que se pone en debate es la forma en que se implementa, reproduciendo acciones como prescripciones médicas y no asumiendo que se trata de una “estrategia poblacional”, lo que implica que “... con este método se intenta eliminar las causas subyacentes que hacen que una enfermedad sea común. Tiene un gran potencial – a menudo mayor que el esperado- para la población en su totalidad [...]. Este enfoque es apropiado en términos del comportamiento [...] Una vez que una norma social ha sido adaptada [...] el mantenimiento de esa situación ya no requiere el esfuerzo de los individuos [el que debería desaparecer] cuando varíen las normas de lo que es socialmente aceptable”(Rose, 1991: 907).

El Programa HADOb, propone la indicación de ejercicio físico que, como hemos visto, es resistida de diversos modos y por distintas razones por los Adultos Mayores, situación que es fundamental considerar en toda estrategia poblacional. Los acontecimientos sociales de cada época, las condiciones objetivas de existencia (historia laboral, roles familiares), los Programas de Salud, etc., definen lo que se suele denominar “ proceso natural de envejecimiento”. Las nuevas modalidades terapéuticas y las dificultades de su implementación que se ha intentado describir en este trabajo, nos ha permitido identificar que lo que llamamos habitualmente “normal”, es el resultado de una serie de decisiones mayoritariamente desarrolladas desde espacios macro sociales, fuera de los ámbitos de los destinatarios. La episteme de nuestra época se ha ido consolidando a través del tránsito de hábitos culturales que tendieron al ocultamiento del cuerpo, al menos en el espacio público, hacia un presente donde cada vez más la exposición a la mirada de los otros se vuelve moralmente aceptada.

Como hecho positivo, una vez descubierta y valorizada la importancia del ejercicio físico por los Adultos Mayores, se genera como plus, la pertenencia a un grupo que funciona como red de contención entre ellos, reorientando los objetivos del sostenimiento de la actividad física. Del estado inicial de temor y angustia, lentamente se va pasando a asumir algunas seguridades por medio del clima de confianza al compartir las mismas experiencias vividas y transmitidas entre pares. Los pequeños grandes logros, las felicitaciones y alegrías del grupo motivan y refuerzan permanentemente la integración al mismo y la superación personal. La experiencia y el acompañamiento del par habitualmente adquieren mayor impronta que la del mismo Profesor, que en la mayoría de los casos es mucho más joven. Además, fuera del momento de la actividad física, inician un grupo de socialización, charlan, comparten sus temores, se ríen, organizan salidas y encuentros, espacios -que mediatizados por una comida o un café- asumen como propios. Situación que no siempre se reproduce en los espacios medicalizados (como por ejemplo, los gimnasios en los que el trabajo es individualizado- particularizado) a los que más frecuentemente concurren los hombres.

Los logros alcanzados en el propio cuerpo, la percepción de la recuperación de la movilidad, la flexibilidad, la postura y el aprendizaje de nuevos gestos motores y habilidades, así como la nueva socialización, permiten la construcción de una valoración corporal y subjetiva distinta. La integración a un nuevo grupo social facilita la asunción de un yo que se traduce en un cambio de actitud y estimula la pertenencia, hechos que repercuten positivamente sobre todas las actividades de la vida cotidiana.

El giro cultural que está llevando desde la casi inactividad a la actividad, desde el pudor por la mirada del otro al acostumbramiento de la desnudez, obliga a un análisis interdisciplinario dado los efectos que hemos podido reconocer en este trabajo y que proponemos prever para el futuro. El desafío es transformar a los médicos tradicionales en estrategias que reconozcan las determinaciones históricas, sociales y culturales, y recuperen las particularidades de los diferentes grupos sociales, en este caso de los Adultos Mayores, incorporándose proactivamente en la implementación de las políticas de salud.

Bibliografía

- Bajtin, M. (1941): *La cultura popular en la Edad Media y el Renacimiento. El contexto de Françoise Rabelais*. Editorial Alianza 1990 Madrid
- Boletín del Instituto, INSSJP, Año 1 N° 102, Buenos Aires 1ero de abril de 2005.
- Carrión, C. y Ferrero, G. (1998): *Cuerpo y temporalidad en el envejecimiento*. En *Envejecimiento y Vejez. Nuevos aportes. Prácticas Interdisciplinarias*. Colección

Interdisciplinas Editorial Atuel 1998.

- Enria, G. y Fleitas, M.: *Una presencia que insiste. Los Adultos Mayores en la República Argentina*, Facultad de Ciencias Médicas UNR (inédito)
- Enria, G. y Staffolani, C. (2006): “*Adultos Mayores. Situación actual y perspectivas futuras*.” Rev Mult. Gerontol N° 6, Vol 16 (6-11)
- Enria, G., (2000): *Tuberculosis. Historia de una lucha prolongada*, Tesis de Maestría en Salud Pública, CEI-UNR, (Inédito)
- Le Bretón, D.(1990): *Antropología del cuerpo y la modernidad*. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires.
- Maffesoli, M. (2002): *La Tajada del diablo. Compendio de subversión posmoderna*. SXXI Sociología y Política, México.
- Matus, C., (1993): *Estrategia y plan*, Ed. Siglo XXI, Madrid.
- Sami-Ali, M (1977): *Cuerpo real, cuerpo imaginario. Para una epistemología psicoanalítica*, Paidós Biblioteca psicoanalítica profunda, Buenos Aires.
- Rose, G., (1991): *Individuos enfermos, poblaciones enfermas, en: El desafío de la epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas*, OPS Publicación científica N° 505, Washington, (900-909)
- Sennet, R., (1994): *Carne y piedra. El cuerpo y la ciudad en la cibilización occidental (El cuerpo pasivo, Alianza, Madrid..*
- Testa, M., (1989): *Pensamiento Estratégico y lógica de programación. (el caso de Salud)*, OPS Publicación Científica N° 11, Buenos Aires.