

## **COVID-19 y proyectos vitales de personas mayores**

### **Resignificación, elaboración, concreción de proyectos vitales en un grupo de mujeres mayores de la ciudad de La Plata**

Natalia Ciano\*

AIDOEL (Asociación Iberoamericana de Orientación Educativa y Laboral)

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata (UNLP)

---

\* Dra. y Prof. en Psicología, Facultad de Psicología, UNLP. AIDOEL (Asociación Iberoamericana de Orientación Educativa y Laboral). *E-mail:* [nataliaciano@gmail.com](mailto:nataliaciano@gmail.com)

## Resumen

En el presente trabajo se abordarán cuestiones referidas a los proyectos vitales de personas mayores en tiempos de pandemia y la vivencia de postergación y resignificación de proyectos previos, así como también, el surgimiento de nuevos proyectos considerando en ambos casos los factores favorecedores y obstaculizadores que influyeron en la elaboración y/o concreción. Para ello se diseñó un cuestionario digital conformado por cinco preguntas abiertas que indagan la existencia de proyectos previos a la pandemia, el surgimiento de algún interés o proyecto durante la pandemia, la vivencia personal con respecto al tiempo en pandemia y sus concepciones de salud. Participaron quince docentes jubiladas de la ciudad de La Plata, Buenos Aires, Argentina. Dentro de los resultados se observa: la suspensión de determinados proyectos y la postergación de otros, modificando el plazo de concreción; el surgimiento de nuevos intereses y aprendizajes, así como también la concreción de proyectos postergados previos a la pandemia. La noción de salud se presenta con un enfoque integral, haciéndose más presente la necesidad de incluir lo mental en la salud. Lo social, entendido desde el apoyo de otros significativos, es señalado como un factor favorecedor para la concreción de proyectos vitales en tiempos de pandemia.

**Palabras clave:** envejecimiento, proyectos vitales, orientación, pandemia COVID-19.

## **COVID-19 and vital projects in elderly people**

### **Resignification, elaboration and concretion of vital projects in a group of elderly women in La Plata, Buenos Aires, Argentina**

#### **Abstract**

This paper addresses issues related to the vital projects of older people in times of pandemic and the experience of postponement and resignification of previous projects, as well as the emergence of new projects considering in both cases the favorable and hindering factors that have influenced the development and/or completion. For this, a digital questionnaire was designed; it consists of five open questions inquiring into the existence of projects prior to the pandemic, the emergence of any interest or project during the pandemic, the personal experience regarding the time in the pandemic and their conceptions of health. Fifteen retired teachers from the city of La Plata, Buenos Aires province (Argentina) participated. Among the results it is observed: the suspension of certain projects and the postponement of others, modifying the deadline for completion, the emergence of new interests and learnings, as well as the concretion of those postponed pre-pandemic projects. The notion of health is presented with a comprehensive approach, making the need to include the mental component in the health field more present. The social aspect, understood from the support of significant others, is pointed out as a favorable factor for the realization of vital projects in times of pandemic.

**Keywords:** aging, vital projects, guidance, COVID-19 pandemic.

## **Articulación de modelo teórico operativo de orientación y modelo de envejecimiento activo**

El presente trabajo se enmarca en el modelo teórico operativo de orientación (Gavilán, 2006) y en el modelo de envejecimiento activo (OMS, 2002). El primero, habida cuenta de la expansión del campo disciplinar de la orientación, permite extender sus aplicaciones a otros destinatarios. Concibe la orientación como un proceso continuo que opera a lo largo de la vida del sujeto, en diferentes momentos del ciclo vital: pubertad, adolescencia, juventud, adultez y vejez. Esta concepción amplía, entonces, las posibilidades de intervención a distintas etapas evolutivas, así como también a las diferentes experiencias que involucran situaciones de elección. El modelo teórico operativo se sustenta en tres ejes que conforman la “trilogía orientadora” y que se articulan y retroalimentan en constante interacción (Gavilán, 2000): los *procesos* (macroproceso, microproceso y proceso específico), el *imaginario social* y la *prevención*. Asimismo, el modelo contempla que las acciones que pueden desprenderse de tales ejes operan sobre *campos* y *saberes* específicos.

En dicha trilogía la noción de *proceso* alude a las distintas formas que adopta la orientación en la vida de los destinatarios, sea de manera individual o colectiva, y señala la idea de continuidad de transcurso y desarrollo a lo largo del tiempo. El macroproceso corresponde al contexto que interviene en la vida y las elecciones de las personas. Tal como lo describe la autora, se trata de los factores que directa o indirectamente influyen en nuestros sistemas de vida, en los que se insertan los futuros proyectos personales, educativos, laborales y sociales entre ellos la escala de valores y las representaciones sociales que operan en un “contexto muy amplio referido a un momento histórico, político y económico, en una comunidad determinada” (Gavilán, 2006, p. 119). Dicho de otro modo, las personas no elaboran proyectos aislados de ese contexto, que enmarca las elecciones posibles. En razón

de ello, adquieren gran relevancia las familias y el rol que asignan a sus miembros, “a través de la novela familiar” (Gavilán, 2006, p. 119).

El *microproceso* se inscribe dentro de los distintos momentos evolutivos, teorizados como “cortes significativos dentro del continuo” de la vida, en los que se producen transiciones que conllevan la elección y la consecuente toma de decisiones sobre posibles trayectos futuros. Por ejemplo, la elección de los estudios secundarios, luego el pasaje a los estudios superiores o al mundo laboral y de allí, al período del retiro o la jubilación. “En estos microprocesos es donde el sistema educativo, el productivo o el de políticas sociales deben implementar planes, estrategias y tácticas para llevar a cabo las acciones orientadoras” (Gavilán, 2006, p. 122). En este nivel las acciones son colectivas, se incluyen en la orientación de la carrera u orientación vocacional ocupacional continua.

Por último, el *proceso específico* se refiere a

la acción orientadora que se lleva a cabo en forma individual y/o grupal, con aquellos sujetos que necesitan una intervención más personalizada en el momento de la elección. Orientador y consultante elaboran en conjunto un encuadre de trabajo para lograr una identificación vocacional ocupacional como parte integrante de la identidad personal del sujeto (Gavilán, 2006, p. 130).

En él se apela a referencias de distintas fuentes, entre ellas las teorías psicodinámicas, que incluyen conceptos psicoanalíticos como el de sublimación, los aportes sobre la estrategia clínica en orientación de Bohoslavsky (1985), fundamentalmente en lo concerniente al primer diagnóstico o diagnóstico inicial; el método clínico operativo de Müller (2009), que ubica en “primer plano al sujeto consultante, en su peculiaridad única, en su historia personal y familiar, sus disposiciones, posibilidades, conflictos y obstáculos propios” (p. 16). De este modo, el rol del orientador consiste en “ayudar a elaborar los

conflictos que impiden la elección; facilitar una interpretación correcta de la realidad socioeconómica y cultural; posibilitar el completamiento y/o corrección de imágenes profesionales distorsionadas o fantaseadas” (Gavilán, 2006, p. 132).

En cuanto al eje de la *prevención*, surge de la definición según la cual se trata del “proceso activo y asertivo de crear condiciones y/o atributos personales que promuevan el bienestar colectivo y del individuo” (Gavilán, 2006, p. 158). Su incorporación en todos los enfoques de la orientación pone de manifiesto que, de manera implícita o explícita, se persigue un objetivo preventivo, sea de selección laboral, para evitar el desajuste de la persona al trabajo; desde el sistema educativo, para prevenir la deserción, entre otras cuestiones; o la preparación para el retiro, para evitar, por ejemplo, perturbaciones emocionales.

Tal como plantea Gavilán (2006), la historia de la prevención ha sido la historia de la lucha contra la enfermedad. Lo que se ha modificado en su transcurso son los agentes causantes de esta enfermedad y, en consecuencia, los métodos para prevenirla. El Plan Nacional de Salud Mental propuesto por el presidente de los Estados Unidos John F. Kennedy en 1963 fue un antecedente para la obra *Principios de psiquiatría preventiva* de Caplan (1986) en la que se plantean los *tres niveles de prevención*: primaria, secundaria y terciaria. La primera concierne a un

concepto comunitario, implica la disminución de la proporción de casos nuevos de trastornos mentales en una población durante cierto período, contrarrestando las circunstancias perniciosas antes de que tengan ocasión de producir enfermedad. No trata de evitar que se enferme un individuo en especial, sino de reducir el riesgo de toda la población (p. 43).

La segunda se vincula con “los programas tendientes a reducir la incapacidad debida a un trastorno, disminuyendo el dominio del trastorno mismo” (p. 105). Finalmente, la tercera aborda las consecuencias de un problema ya instalado.

Además de estos tres niveles de prevención, se deben discriminar dos modalidades de praxis preventivas: a) la *prevención específica*, que busca la prevención a partir del síntoma, y b) la *prevención múltiple inespecífica*, orientada a modificar aspectos relativos al estilo de vida, de modo que apunta a la modificación de hábitos y actitudes, para alcanzar una mejor calidad de vida (Gavilán, 2015).

Autores como Fernández Ríos y Gómez Fraguela (2007), a su vez, proponen seis niveles de prevención: i) prevención primaria proactiva (universal) centrada en el sujeto, ii) prevención primaria proactiva (universal) centrada en el contexto, iii) prevención primaria reactiva (selectiva) centrada en el sujeto, iv) prevención primaria (selectiva) centrada en el contexto, v) prevención secundaria (reactiva) centrada en el sujeto, vi) prevención secundaria reactiva centrada en el contexto.

La articulación de este eje con las intervenciones orientadoras requiere considerar que desde la perspectiva de la prevención, la orientación “es un proceso integrador que se da a lo largo de la vida, e interviene de diferente manera de acuerdo con el nivel de la acción preventiva: primaria, secundaria y terciaria” (Gavilán, 2006, p. 164).

El tercer eje, que corresponde a la noción de *imaginario social*, se refiere, según Castoriadis (1975), al *magma de significaciones sociales* y a todo el desarrollo teórico del autor sobre el tema. A ello podemos adicionar uno de los principios del *paradigma de la complejidad* postulado por Morín (1990), en el que aparece el principio de la “recursividad organizacional”, conceptualizado como un proceso recursivo en el cual “los productos y los efectos son, al mismo tiempo, causas y productores de aquello que los produce” (p. 106).

El imaginario funciona como parámetro de modos de hacer y de pensar, de discursos y expectativas. Cuando los sujetos actúan o piensan de acuerdo con este imaginario, a su vez lo están reproduciendo y sosteniendo. Tan es así que cabe preguntarse por la influencia de este imaginario en las elecciones vocacionales.

Los *campos* que se contemplan dentro del modelo teórico operativo constituyen los espacios relacionados con una misma problemática y con el conjunto de temas concomitantes. Pueden enfocarse desde distintos *saberes*: disciplinarios, interdisciplinarios —en cuanto actividades que se complementan—, y/o transdisciplinarios, entendidos como “un campo constituido a partir de distintas miradas” (Gavilán, 2006, p. 113).

El *campo educativo* comprende las características educativas de una población, la inserción en el sistema formal e informal de enseñanza, el nivel de deserción, de accesibilidad, de capacitación, así como las estrategias que se implementan en dicho campo.

El *campo de la salud* incluye “la promoción, la prevención y la asistencia para el mejoramiento de la calidad de vida. Comprende, además, el mejoramiento del medio ambiente, la higiene, la vivienda y la salubridad” (Gavilán, 2006, p. 173).

Se pueden mencionar dos grandes modelos respecto del abordaje de la salud y enfermedad. Uno de ellos es el *modelo médico hegemónico*, que concibe a la salud como ausencia de enfermedad. Al respecto Saforcada y De Lellis (2006) plantean:

Los más notables científicos se han afanado por delimitar y medir los estados de enfermedad mucho más que el inasible concepto de salud. Acaso porque, remedando a la concepción popular que nos indica que percibimos la salud cuando nos falta, la enfermedad se impone con toda su evidencia objetiva... y porque la salud, tal como pensara Leriche, ha sido representada como la vida en el silencio de los órganos (p. 101).

En cambio, desde el *modelo epidemiológico social* se entiende a la salud en un sentido más amplio, no solo como ausencia de enfermedad sino como presencia de potencialidades y capacidades en los sujetos y comunidades que favorecen un mayor bienestar. En esta línea, la Organización Mundial de la Salud (OMS, [1948] 2006) define a la salud en un sentido positivo como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad” (p. 1). No obstante, si bien esta definición ha sido revolucionaria por no definir a la salud por la negativa, ha sido objeto de críticas, en especial, respecto de la expresión “estado de completo bienestar” por considerarse utópico el alcanzar un equilibrio permanente o un estado sin malestares o sufrimientos. Saforcada y De Lellis proponen la sustitución de los términos en cuestión por “situación de relativo bienestar”, y, a su vez, amplían la definición:

Salud es la situación de relativo bienestar físico, psíquico, espiritual, social y ambiental (el máximo posible en cada momento histórico y circunstancia sociocultural determinada), debiéndose tener en cuenta que dicha situación es producto de la interacción permanente y recíprocamente transformadora entre las personas (entidad bio-psico-socio-cultural) y sus ambientes humanos (entidad psicosociocultural, bio-físico-química y económico-política), comprendiendo que todos estos componentes integran a su vez el complejo sistema de la trama de la vida. (2006, p. 104).

De acuerdo con esta concepción de salud, se propone superar el dualismo cartesiano mente-cuerpo adoptando una visión integral: “No hay ninguna manifestación del proceso de salud que pueda ser no-mental en su etiología, en su evolución y en su desenlace” (Saforcada y De Lellis, 2006, p. 108).

El *campo laboral-económico*, por su parte, “corresponde al estado en que se encuentran todas las actividades relacionadas con lo laboral: inserción, desocupación, precarización, inestabilidad, reconversión, etc.” (Gavilán, 2006, p. 174).

El *campo de las políticas sociales* “abarca los conocimientos, actividades, planes, recursos y objetivos en forma de estrategias, cuya articulación permite impactar sobre el medio social elegido” (Gavilán, 2006, p. 173).

Los saberes constituyen a su vez “maneras de trabajar conjuntos restringidos y conjuntos complejos, donde se articulan diversas disciplinas en nuevos espacios de saber” (Gavilán, 2006, p. 175). La necesidad de articular disciplina, interdisciplina y transdisciplina se fundamenta en el reconocimiento de la complejidad que presenta la realidad social, que requiere superar abordajes simplificadores y asumir visiones más totalizantes e integradoras. A mayor nivel de complejidad del objeto de estudio, mayor será la necesidad de trabajar desde la disciplina hacia la inter- y la transdisciplina (Gavilán, 2006).

El modelo de envejecimiento activo pone de manifiesto una nueva perspectiva de la vejez y del envejecimiento, a partir de la inclusión de las posibilidades presentes en esa etapa. Alude a la plena realización de todas las dimensiones del ser humano, lo que involucra un buen estado de salud, la participación social y la realización personal.

La OMS (2002) define al *envejecimiento activo* como el “proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez” (p. 79). Esa denominación expresa el proceso por el cual se alcanza este objetivo.

Ambos modelos señalan las características propias de nuestra época, en la que aparece una distribución demográfica particular, debido al aumento de las expectativas de vida y sus

proyecciones, con el incremento progresivo del envejecimiento poblacional en el mundo y en nuestro país. Se configura de este modo una situación crítica de problemáticas individuales, sociales y sanitarias que necesitan ser solucionadas. Consecuentemente, se han desarrollado planes y programas destinados a la población de referencia, desde distintos campos disciplinares y áreas de gestión.

### **Consideraciones individuales y sociales del envejecimiento**

El envejecimiento es un proceso de crecimiento gradual, natural e inevitable. En tanto proceso no surge a partir de la vejez, sino que se da desde el mismo momento del nacimiento, solo que en la vejez se hace evidente a partir del reconocimiento de cambios biológicos, psicológicos y sociales que marcan la transición hacia una nueva etapa de la vida. En dicha etapa se registran pérdidas y ganancias que repercuten de diversas maneras en la subjetividad, principalmente en lo concerniente a la identidad y a la autoestima.

Por *transformaciones en la subjetividad* se entiende el trabajo que realiza el sujeto de reformular una y otra vez los acontecimientos de su historia, todas sus experiencias, vivencias y el modo particular en el que cada uno ha recorrido el largo camino que implica transcurrir por la vida hasta llegar a la vejez.

El conjunto de estas transformaciones comporta una cuota mayor de vulnerabilidad, ya que pueden determinar modificaciones sobre la confianza en sí mismo, en sus potencialidades y en la autoestima. En ese proceso de envejecer, y de reconocerse envejeciendo, el sujeto se confronta con una nueva dimensión del tiempo, con una nueva imagen de sí, con funciones cambiadas: de productor a pasivo, de reproductor a garante (Petritz, 2003). Además, el sujeto envejeciente se encuentra con discursos y representaciones sociales sobre lo que es ser viejo, es decir, qué espera la sociedad de él. El trabajo psíquico para realizar, allí donde el yo es interpelado por todos estos cambios, consiste en elaborar el

*duelo* ante ciertas pérdidas para poder investir nuevos objetos: una nueva imagen de sí, nuevos roles, nuevos proyectos (Bravetti, Canal y Petriz, 2009).

En el plano de las adquisiciones posibles podemos nombrar, por ejemplo, el descubrimiento o redescubrimiento de intereses, de habilidades, del uso del tiempo libre para actividades resignadas con anterioridad y, especialmente, la posibilidad del establecimiento de nuevos vínculos. Estos nuevos vínculos pueden suceder en el exterior de la familia y también dentro de ella.

Cabe mencionar que no se envejece de la misma manera, la diferencia entre un sujeto y otro se hace notoria; por lo tanto, las repercusiones que tienen estas pérdidas en la subjetividad también son particulares en cada sujeto. A su vez, se deben considerar los distintos significados que cada sociedad y cultura atribuyen al envejecimiento y a la vejez. A lo largo de la historia se construyeron discursos o representaciones contradictorios sobre el envejecimiento y la vejez. Por un lado, encontramos discursos asociados con la sabiduría, el conocimiento, la experiencia; por otro, aparecen la decrepitud, el deterioro y la enfermedad. Al ser la vejez una construcción social no es ajena a los cambios que han ocurrido en las sociedades en los distintos momentos históricos. Es decir que, en tanto construcción social, se producen significados en torno a ella, se instituye un imaginario social a partir del cual se designan determinados estatus, roles, expectativas y mandatos para la persona mayor. El imaginario funciona como parámetro de modos de hacer y de pensar, de discursos y expectativas. Cuando los sujetos actúan o piensan de acuerdo con este imaginario, a su vez lo están reproduciendo y sosteniendo. Son muchos los prejuicios sobre las personas mayores, algunos son compartidos tanto por las personas que atraviesan esta etapa como por las personas de otras generaciones e incluso por algunos profesionales.

Para comprender las implicancias a nivel social, según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe los datos censales referidos a la República Argentina (y a otros países) testimonian las relaciones asimétricas entre el porcentaje de la población económicamente activa y la población económicamente pasiva.

### **COVID-19 y personas mayores**

Las personas mayores fueron identificadas como un grupo de riesgo en la pandemia de COVID-19, y, por la consecuente medida adoptada, el aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO), han visto suspendidas muchas de sus actividades o bien han tenido que desarrollarlas de manera virtual, superando eventualmente barreras tecnológicas.

En nuestro contexto, Iacub y docentes de la cátedra de Tercera Edad y Vejez de la Universidad de Buenos Aires —UBA— (Iacub et al., 2021) indagaron a 758 personas mayores de 60 años, residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La muestra quedó compuesta por un 70.4 % de mujeres y un 29.6 % de varones.

Las categorías definidas fueron las siguientes:

- hábitos y rutinas de la vida cotidiana,
- aspectos emocionales y psicológicos,
- comunicación y compañía, y
- actividades recreativas y de desarrollo personal.

Luego de analizar los resultados, los autores concluyen que la encuesta muestra datos positivos con relación a esta etapa asociados a una mejor regulación emocional. Destacan, a su vez, la puesta en marcha de recursos internos como la tolerancia, la paciencia, el buen humor, mantener la calma, la capacidad de adaptación.

## **Proyectos vitales y pandemia**

Resulta interesante preguntarse qué ha ocurrido con los proyectos vitales de las personas mayores considerando a su vez la asociación establecida entre la posibilidad de elaborar y/o concretar proyectos y la salud en un sentido integral (Ciano y Gavilán, 2010; Ciano, 2018).

## **Metodología**

### ***Participantes***

Se incluyeron 15 mujeres, docentes jubiladas de la ciudad de La Plata, cuyas edades oscilan entre los 60 y 78 años. Si bien al momento de la administración todas estaban jubiladas, una de ellas recibió la notificación del retiro laboral durante la pandemia. Respecto al estado civil de las mismas, una está divorciada, cuatro son viudas y el resto se encuentran casadas.

### ***Instrumento***

Para la recolección de datos se elaboró un cuestionario ad hoc conformado por cinco preguntas abiertas que indagaron la existencia de proyectos previos a la pandemia, el surgimiento de algún interés o proyecto durante la pandemia, la vivencia personal con respecto al tiempo en pandemia y sus concepciones de salud.

### ***Procedimiento***

La administración fue virtual.

## **Resultados**

Dentro de los resultados obtenidos se observa la suspensión de determinados proyectos y la postergación de otros, modificando el plazo de concreción. Entre ellos se mencionan de manera recurrente la realización de viajes con su pareja, amigas o, en un caso, con una nieta joven, refacciones en sus hogares, festejos de cumpleaños (de cambio de década), festejos de aniversario de casados (bodas de oro). Solo dos mujeres dijeron no tener proyectos previos a la pandemia.

Por otra parte, surgieron nuevos intereses y aprendizajes, entre ellos: la jardinería, el arte culinario, el tejido, mirar series y películas, investigar cuestiones referidas a destinos turísticos y a la computación y programación, también la escritura y la literatura. Como nuevo aprendizaje, todas coinciden en la tecnología, dado que para mantener virtualmente algunas de las actividades previas debieron comenzar a utilizar ciertas plataformas; asimismo el uso de estas herramientas también ha sido un medio para vincularse con sus familiares y/o amistades.

Respecto a la elaboración y/o concreción de nuevos proyectos, se menciona el surgimiento de proyectos solidarios, proyectos personales y proyectos educativos.

A continuación, se transcriben algunas respuestas a la pregunta “¿Qué puede decir que le ocurrió a nivel personal en este tiempo de pandemia? ¿Qué significó para Ud.?”:

“Al principio fue calmar las ansiedades” (testimonio de encuestada 1).

“Dolor por pérdidas de seres queridos y por pérdidas de momentos con seres queridos” (testimonio de encuestada 2). “No poder abrazarlos o festejar su cumpleaños” (testimonio de encuestada 3). “Fue un tiempo de descuido de salud por un lado porque no iba al médico para no exponerme” (testimonio de encuestada 4).

“Un parar” (testimonio de encuestada 5).

“Descubrimiento de lo bien que me llevo conmigo misma, sin aburrirme” (testimonio de encuestada 6).

Por último, con respecto a la pregunta “¿Cómo piensa la relación de estos temas con la salud?”, las consultadas señalan cómo el ASPO ha afectado a la salud mental de todas las personas por la interrupción de actividades y de contactos sociales. Además, enfatizan la preocupación por la postergación de controles o intervenciones de salud, sobre todo en el grupo etario al que pertenecen, considerado uno de los grupos de riesgo. Y, por último, hacen referencia a “cuán importante es tener un proyecto para mantenerse sano” (testimonio de encuestadas), dando cuenta de lo mental en la salud.

### **Consideraciones finales**

Para finalizar este trabajo queremos plantear algunas cuestiones que han surgido de las respuestas de las participantes y que resultan interesantes poder seguir profundizando en otros grupos. Por un lado, las categorías construidas en función de los distintos significados atribuidos al tiempo de pandemia:

- *Tiempo de adaptación:* a nuevas rutinas, a la “nueva normalidad”.
- *Tiempo de pausa:* donde quedaron postergados fundamentalmente proyectos previos.
- *Tiempo de pérdidas:* de seres queridos, de contactos físicos, de proyectos que ya no podrán concretarse, de libertad y de tiempo.
- *Tiempo de descubrimientos y/o redescubrimientos:* de intereses y aprendizajes, así como también descubrimientos de aspectos de sí mismas.

Resulta necesario para hacer una lectura de estos significados considerar la dimensión temporal en la vejez:

el tiempo adquiere la dimensión de lo finito, tiempo de hoy, ya no es el tiempo de la eternidad del adolescente: “cuando sea grande”, ni el tiempo del futuro lejano: “lo guardo para cuando me jubile”, es el tiempo de lo realizable en el presente o en un futuro con límite (Petriz, 2003, p. 24).

Además, hay que considerar que el tiempo desocupado del que disponen las personas mayores por estar jubiladas es mayor que el que disponen las personas activas laboralmente. Pozón Lobato (2006) plantea que el tiempo libre es el que queda después de haber cumplido las obligaciones laborales en el periodo de vida productiva. Pero cuando no existe tiempo obligatoriamente ocupado, como es el caso de las personas mayores jubiladas, tampoco existe tiempo libre, por lo que las personas mayores disfrutan de “tiempo desocupado”. En pandemia este tiempo desocupado no pudo ser utilizado con libertad de acción debido al ASPO y las personas mayores jubiladas debieron poner en marcha una serie de recursos (como los que señalan Iacub et al. en su investigación y los que hemos mencionado anteriormente) para afrontar la situación conservando su salud.

La noción de salud se presenta con un enfoque integral haciéndose más presente la necesidad de incluir lo mental en la salud. De acuerdo con esta concepción de salud, se propone superar el dualismo cartesiano mente-cuerpo adoptando una visión integral: “No hay ninguna manifestación del proceso de salud que pueda ser no-mental en su etiología, en su evolución y en su desenlace” (Saforcada y De Lellis, 2006, p. 108).

El apoyo social es señalado como un factor favorecedor para la concreción de proyectos vitales en tiempos de pandemia. Éste es de suma importancia durante todo el ciclo vital pero en la vejez cobra relevancia ya que por diversos motivos (pérdidas, jubilación, conflictos, etc.) los vínculos pueden verse interrumpidos, situación que se asocia a una disminución del bienestar tanto físico como mental.

Desde el marco teórico adoptado (modelos teórico operativo y del envejecimiento activo) ha sido posible reflexionar sobre el papel de la orientación en *momentos significativos de la vida* que trascienden los usualmente incluidos en esta denominación, como el que corresponde a la adolescencia, para pasar a considerar a los “adultos mayores”. El modelo de envejecimiento activo permite, a su vez, recortar ese colectivo y las posibilidades que le son solidarias, de modo tal de concebir al envejecimiento y a la vejez como un proceso y una etapa productivos (OMS, 2002).

La articulación de ambos modelos permite visualizar la posibilidad de implementar estrategias de orientación destinadas a personas mayores, particularmente a través del denominado *proceso específico grupal*, ya que este se dirige a la singularidad del caso, por la consideración de esta etapa como un “corte significativo”, y, finalmente, por la necesidad no solo de identificar la previsión de los proyectos posibles de cada individuo, sino de la dotación de herramientas que posibiliten su elaboración y concreción, atendiendo a sus características particulares.

## Referencias

- Bohoslavsky, R. (1985). *Orientación vocacional. La estrategia clínica*. Nueva Visión.
- Bravetti, G., Canal, M. y Petriz, G. (2009). Sujetos envejecentes: nuevos efectos de sentido, nuevas versiones de su historia. En Secretaría de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, *Memorias del Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVI Jornadas de Investigación, Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* (tomo II, pp. 411-412). Ediciones de la Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.
- Caplan, G. (1986). *Principios de psiquiatría preventiva*. Paidós.
- Castoriadis, C. (1975). *La institución imaginaria de la sociedad*. Tusquets.
- Ciano, N. (2018). *Proceso específico de orientación para adultos mayores*. Tesis de doctorado, Facultad de Psicología, UNLP.  
<http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/66102>
- Ciano, N. y Gavilán, M. (2010). Elaboración de proyectos en adultos mayores: aportes de la orientación. *Revista Orientación y Sociedad*, 10, 109-121.
- Fernández Ríos, L. y Gómez Fraguera, J. (2007). *La psicología preventiva en la intervención social*. Síntesis.
- Gavilán M. (2000). *Nuevas estrategias en orientación vocacional ocupacional*. EDULP.
- Gavilán, M. (2006). *La transformación de la orientación vocacional. Hacia un nuevo paradigma*. Homo Sapiens.

Gavilán, M. (2015). *De la salud mental a la salud integral. Aportes de la psicología preventiva*. Lugar.

Iacob, R., Arias, C., Kass, A., Herrman B., Val, S., Slipakoff, L. y Gil de Muro, M. (2021). Aspectos psicosociales de las personas mayores en cuarentena. *Intersecciones Psi. Revista Electrónica de la Facultad de Psicología [UBA]*, 39, s/p. [http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com\\_content&view=article&id=823:aspectos-psicosociales-de-las-personas-mayores-en-cuarentena&catid=9:perspectivas&Itemid=1](http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=823:aspectos-psicosociales-de-las-personas-mayores-en-cuarentena&catid=9:perspectivas&Itemid=1)

Morin, E. (1990). *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa.

Müller, M. (2009). *Orientación vocacional. Aportes clínicos y educacionales*. Bonum.

Organización Mundial de la Salud ([1948] 2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)

Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento activo: un marco político. Contribución de la OMS a la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. *Revista Española de Geriatría y Gerontología* 37(2), 74-105.

Petriz, G. (2003). Proceso de envejecimiento: transformaciones en la subjetividad. En G. Petriz (Comp.), *Nuevas dimensiones del envejecer: teorizaciones desde la práctica* (pp. 15-31). Programa de Educación Permanente de Adultos Mayores, Secretaría de Extensión Universitaria, Universidad Nacional de La Plata.

Pozón Lobato, E. (2006). Envejecimiento como proyecto de vida. *Sesenta y Más*, 249, 66.

Saforcada, E. y De Lellis, M. (2006). ¿Políticas de salud mental o lo mental en las políticas de salud? En M. De Lellis, M. Alvarez González, J. Rosetto y E. Saforcada, *Psicología y políticas públicas de salud* (pp. 96-123). Paidós.