

UNA GUÍA SIN CONCESIONES PARA ENTENDER EL OLVIDO CON
VERDAD, TERNURA Y CORAJE CLÍNICO.

OLVIDOS QUE ALIVIAN, OLVIDOS QUE ASUSTAN

.....

LO QUE OLVIDAMOS DICE TANTO COMO LO
QUE RECORDAMOS.



PSICÓLOGA CLÍNICA Y PSICÓLOGA SOCIAL

MIRIAM R. GARBATZKY



Índice

"Olvidos que alivian, olvidos que asustan"

Una guía reveladora para entender los olvidos en la vejez, sin edadismo ni patologización.

1. Prólogo: Memoria, olvido y humanidad compartida

Una introducción íntima y filosófica que enmarca la cuestión del olvido en la experiencia humana universal. Reflexiona sobre la pérdida, la identidad, la narrativa personal y el tiempo subjetivo.

2. Olvidar como defensa, como síntoma, como metáfora

Exploración de los fundamentos psicoanalíticos y sociales del olvido. Se analizan los mecanismos inconscientes, el trauma, la represión, el síntoma y el lugar simbólico del olvido como lenguaje.

3. ¿Qué se olvida cuando se olvida?: Tipología y clasificación

Un mapa exhaustivo de los tipos de olvidos, divididos según origen neurobiológico, función adaptativa, temporalidad, contenido afectivo y naturaleza sociocultural. Se establecen tipologías clínicas, sociales y filosóficas.

4. Cuándo preocuparse: Señales clínicas y contextuales

Desarrollo de los signos diferenciales entre olvidos funcionales, señales tempranas de deterioro cognitivo y crisis de memoria contextuales. Aporta criterios operativos y clínicos para familias e instituciones.

5. La memoria no desaparece, se reorganiza

Un análisis profundo sobre cómo la memoria muta, se reconfigura y conserva vestigios. Se trabaja el concepto de memoria emocional, procedural y evocativa, con fundamentos en neurociencias y psicología social.

6. Errores comunes de familiares bienintencionados

Revisión de las prácticas que, aunque nacen del amor, terminan generando ansiedad o desorientación en la persona mayor. Aporta modelos de vínculo saludables, con recomendaciones prácticas.

7. El rol institucional: lo que una residencia puede hacer bien

Crítica profunda a los modelos institucionales deficitarios. Se presentan alternativas de hospitalidad activa, estimulación significativa y transformación cultural del cuidado geriátrico.

8. Qué propone Mnemos, y por qué importa lo que hacemos

Exposición integral de la propuesta de Mnemos. Se detallan productos, servicios, programas y herramientas desarrolladas, con evidencia de su impacto positivo en la salud y bienestar de adultos mayores e instituciones.

9. Recursos gratuitos, accesos y llamados a la acción

Invitación concreta y generosa a acceder a los recursos disponibles. Se argumenta por qué democratizar el acceso al conocimiento no es caridad sino justicia. Incluye links directos y testimonios reales.

10. Epílogo: dignidad, ternura y verdad en la hora del olvido

Cierre con tono ético, filosófico y poético. Reconstruye el sentido profundo de acompañar la vejez con compasión activa, memoria compartida y herramientas que dignifican.

CAPÍTULO 1. Prólogo: Memoria, olvido y humanidad compartida

No hay espejo más honesto que la memoria. Y sin embargo, como todo espejo, también distorsiona. Refleja, refracta, oscurece. En la memoria está el rostro que fuimos, el miedo que nos moldeó, el abrazo que no pudimos repetir. Pero también el olvido: el olvido no como falla, sino como fenómeno humano, vital, necesario. Este documento no parte de una negación: sabemos que el olvido duele. Pero también sabemos que hay olvidos que curan. Y que no toda ausencia es pérdida.

La vejez, esa etapa que tantas veces es nombrada con vergüenza o paternalismo, es el terreno fértil donde se vuelve urgente repensar la memoria. No con lástima, no con nostalgia, sino con lucidez ética. Porque la memoria no es solo lo que recordamos. Es también lo que elegimos no decir. Lo que callamos porque ya no es necesario. Lo que el cuerpo desplaza, lo que el alma resguarda, lo que el lenguaje ya no recupera.

Este prólogo no pretende ser la antesala de un tratado médico. No hablaremos de diagnósticos diferenciales ni de escalas clínicas en abstracto. Este prólogo, como todo el texto, está escrito para quien quiera ver con otros ojos. Porque hablar del olvido sin miedo es también una forma de libertad. Porque acompañar a quien olvida sin desesperación es una forma de ternura madura. Y porque narrar lo que está en juego en los pliegues de la memoria es, en sí mismo, un acto político.

Cada día, en geriátricos, hospitales, consultorios y casas comunes, se despliegan escenas mínimas que condensan este drama silencioso: una mujer que repite la misma anécdota creyendo que es la primera vez que la cuenta. Un hijo que se impacienta. Un médico que ajusta dosis. Una nieta que sonríe sin saber si debe corregir o seguir el juego. En esas escenas no está sólo el olvido: está nuestra forma de nombrar el mundo, de entender la dignidad, de pensar el tiempo. El olvido no es el enemigo. El enemigo es la prisa con la que se patologiza todo. El enemigo es la cultura que mide el valor de las personas por su rendimiento cognitivo. El enemigo es el viejismo disfrazado de protocolo.

Reivindicar la humanidad de quien olvida no es un gesto caritativo. Es una necesidad epistemológica y ética. Porque sin los que recuerdan, perdemos el hilo. Pero sin los que olvidan, no entendemos el peso del hilo. En las grietas de la memoria individual se filtran, a

veces sin quererlo, las memorias colectivas. Un padre que no recuerda el presente pero tararea el himno. Una abuela que olvida a sus hijos pero recuerda la fecha exacta del golpe militar. La vejez como umbral donde lo biográfico y lo histórico se entrelazan.

Este documento es una guía. Pero no una guía para corregir al otro, sino para mirarlo mejor. No propone recetas universales, ni pretende sustituir al criterio clínico. Propone algo más radical: afinar el ojo, entrenar la escucha, sostener la pregunta. Cada capítulo será una herramienta, un espejo, una provocación. Estará escrito en un tono que no infantiliza ni adoctrina. Porque las personas mayores no son niñas perdidas en cuerpos grandes. Son sujetas de deseo, historia y saber. Y lo siguen siendo, incluso cuando olvidan.

Este texto también se dirige a los profesionales, a los familiares, a los trabajadores del cuidado, a los responsables institucionales. No para que se conviertan en expertos, sino para que recuerden lo fundamental: lo cognitivo no puede separarse de lo afectivo, lo clínico no puede escindirse de lo ético, lo técnico no puede suplir lo humano. Y lo humano se construye en relación.

No hay una única memoria. Hay memorias. Y no hay una única forma de perderlas. El olvido puede ser una caída, sí. Pero también un descanso. Puede ser síntoma, pero también defensa. Puede ser desorganización, pero también reordenamiento. Decir esto no es negar el sufrimiento real de quienes atraviesan un deterioro. Es evitar que ese sufrimiento sea agravado por la ignorancia, la impaciencia o el abandono.

Quien lee esto está, quizás, buscando respuestas. O alivio. O comprensión. Lo que encontrará será, ante todo, una forma distinta de preguntar. Porque en el mundo de la memoria y el olvido, las preguntas correctas son más poderosas que las respuestas rápidas.

Este es nuestro pacto: no nos daremos vuelta ante lo difícil. No reduciremos la complejidad. No seremos indulgentes con el sistema que degrada a quienes ya no “funcionan”. Y tampoco cederemos a la tentación de idealizar la vejez como si fuera un jardín zen. La vejez es real. El olvido también. Pero la dignidad lo es aún más.

A quienes acompañan, a quienes cuidan, a quienes sufren y a quienes recuerdan por otros: este texto es para ustedes.

Porque no se trata de recuperar la memoria que se va.

Se trata de cuidar la que queda. Y de hacerlo juntos.

CAPÍTULO 2. Olvidar como defensa, como síntoma, como metáfora

Olvidar no es solo un error del cerebro. Es, muchas veces, una decisión del alma. Aunque no sea consciente, aunque no tenga forma de argumento racional. El olvido, como acto humano, se escabulle de las categorías simples. No es solamente la pérdida de una información. Es también, y sobre todo, una estrategia de sobrevivencia. Por eso, quien olvida no siempre está “mal”. A veces, está protegiéndose. A veces, está reinterpretando el mundo desde una perspectiva que se vuelve cada vez más íntima, más esencial.

La psicología ha descrito al olvido como un mecanismo de defensa desde hace décadas. Desde Freud, que hablaba del “olvido intencional” como una forma de reprimir lo insoportable, hasta las teorías contemporáneas de la neurociencia afectiva que reconocen que el cerebro prioriza la supervivencia emocional sobre la exactitud informativa. ¿Por qué habríamos de recordar algo que nos hiera? ¿Por qué exigir a la mente que retenga lo que el corazón no puede sostener?

En la vejez, este fenómeno se vuelve aún más visible. Las personas mayores —algunas, no todas— comienzan a seleccionar con mayor nitidez aquello a lo que dan lugar. ¿Es un deterioro? ¿O es una forma de higiene psíquica? Cuando una persona olvida los pormenores de un conflicto familiar, pero recuerda con nitidez un día de campo con sus hijos, ¿está fallando su memoria, o está eligiendo qué sostener emocionalmente? Esa pregunta, que incomoda a los manuales de diagnóstico, es central para comprender la diferencia entre olvidar como síntoma y olvidar como defensa.

Hay olvidos que se disfrazan de pérdida, pero que en verdad son renunciaciones necesarias. El cuerpo envejece, sí. Pero el psiquismo se vuelve más agudo en sus prioridades. Muchas veces, lo que se llama deterioro es simplemente reorganización. No se trata de negar que existan enfermedades neurodegenerativas. Pero sí de no apresurarse a etiquetar cualquier comportamiento como patológico sin comprender antes su raíz humana.

Y es que el olvido también es metáfora. Es símbolo. Es lenguaje del inconsciente. Cuando una persona mayor “olvida” que falleció su pareja hace años y pregunta si va a venir a cenar, puede estar diciendo muchas cosas: que extraña su presencia, que se siente sola, que su deseo no ha envejecido. ¿Debemos corregirla con datos, o acompañarla en ese instante emocional donde el amor sigue vivo? ¿Debemos imponer la verdad, o permitir que la metáfora construya un refugio transitorio?

Los profesionales del cuidado, si son honestos, saben que no hay recetas universales para estas situaciones. Cada persona olvida distinto. Cada historia tiene sus propios silencios, sus puntos ciegos, sus nudos narrativos. Hay olvidos que son intentos desesperados por no revivir un trauma. Hay olvidos que son descansos merecidos de una vida demasiado cargada. Y hay olvidos que son simples resbalones de la atención. Confundirlos es peligroso. Comprenderlos es una forma de respeto.

El discurso biomédico tiende a mirar el olvido como déficit. Pero el olvido también puede ser una forma de salud. Como dice el poeta: “Quien no puede olvidar, no puede dormir.” El olvido permite descansar, clausurar capítulos, no obsesionarse. La memoria total es un castigo mitológico, no una virtud. Recordar todo, todo el tiempo, sería una tortura. Nuestra biología lo sabe. Por eso olvida. Por eso limpia. Por eso decanta.

En los talleres de Mnemos, vemos que cuando una persona mayor se relaja y juega, los recuerdos no siempre aparecen como datos: emergen como emociones, como guiños, como canciones susurradas. No importa si no se acuerda del nombre exacto del lugar: importa que su cuerpo se ilumine al evocarlo. El olvido, en este caso, no es un obstáculo, sino una invitación a descubrir otros lenguajes de la memoria. Una memoria que no pasa por el lóbulo temporal, sino por las manos, por el ritmo, por la risa.

Pensar el olvido como metáfora también implica asumir que la cultura misma olvida. Y que nuestras formas de cuidar, acompañar y diagnosticar a las personas mayores están llenas de olvidos institucionales: se olvida su historia, se olvida su voz, se olvida su autonomía. Lo que hacemos con los ancianos es el reflejo más claro de lo que hacemos con nuestro pasado colectivo. Y tal vez por eso nos apure tanto “curarlos”: porque su existencia misma nos confronta con lo que no queremos recordar.

En ese sentido, este capítulo no es una defensa ingenua del olvido. No es un romanticismo. Es una advertencia: si no entendemos que el olvido también puede ser un mensaje, corremos el riesgo de silenciar lo más profundo del alma humana. Y entonces sí, perderíamos todo.

CAPÍTULO 3

Introducción general: El olvido como fenómeno estructural y polimorfo

El olvido no es una falla de la memoria. Es una de sus funciones más sofisticadas. Atribuirle un valor puramente negativo –como pérdida, como error, como déficit– es una mirada utilitaria que subestima su densidad ontológica. En rigor, no existe memoria sin olvido, y

todo acto de recordar implica simultáneamente un acto de selección, omisión, encuadre y exclusión. Como diría Nietzsche, "sin olvido no hay felicidad, ni esperanza, ni acción." Pero ni siquiera hace falta ir tan lejos: basta con detenerse en la experiencia clínica para comprender que los olvidos no son homogéneos, ni intercambiables, ni equidistantes del yo.

Desde la perspectiva neurocientífica, los olvidos se clasifican por su localización funcional, por los procesos mnémicos que los subyacen y por su impacto en la conducta. Desde el psicoanálisis, el olvido emerge como síntoma, como represión, como formación reactiva, como clivaje. Y desde la psicología social, los olvidos se inscriben en matrices vinculares, contextos de sentido, roles, silenciamientos colectivos y narrativas impuestas. No se olvida solo con el hipocampo. Se olvida también con el deseo, con la cultura, con el lugar que se habita en el mundo. Este capítulo propone una **tipología ampliada y multidimensional del**

olvido. No como una

taxonomía cerrada, sino como un repertorio abierto, en expansión, que busca dar cuenta de la complejidad del fenómeno en las personas mayores, sin edadismo, sin reduccionismo y con una mirada clínico-política que habilite intervenciones éticas y eficaces.

I. Olvido Atencional: la economía del foco

Definición: Forma de olvido vinculada a fallas o desvíos en los sistemas atencionales selectivos y sostenidos, sin compromiso estructural de la memoria en sí misma.

Fundamento neurocognitivo:

El sistema atencional, particularmente dependiente del córtex prefrontal dorsolateral y la red cingulada anterior, opera como filtro inicial de la experiencia. Cuando la atención está fragmentada, fatigada o interferida, no se codifican ciertos estímulos. Por lo tanto, no se trata de que se olviden cosas que "estaban" en la memoria, sino de que nunca fueron registradas con suficiente intensidad.

Manifestaciones comunes:

- No recordar dónde se dejaron las llaves (porque se dejaron en automático).
- No registrar instrucciones o conversaciones.
- Dispersión ante estímulos múltiples, típica en contextos institucionales sobreestimulantes.

Diferenciación clínica:

No debe confundirse con deterioro cognitivo. En pruebas como el Mini-Mental o el MOCA, estos pacientes pueden puntuar alto. Se observa con más frecuencia en personas mayores con trastornos del sueño, polimedicadas, o con estrés crónico.

Perspectiva psicoanalítica:

Desde una visión freudiana, este olvido puede leerse como un desinterés libidinal: lo que no capta el deseo no queda registrado. En otros términos: *no se olvida lo que se quiere, se omite lo que no se ama.*

II. Olvido Episódico Selectivo: la disolución del tiempo reciente

Definición:

Forma de olvido que afecta la memoria episódica de corto y mediano plazo, especialmente eventos recientes con ubicación temporal precisa.

Fundamento neurocognitivo:

La memoria episódica depende del hipocampo, el córtex entorrinal y regiones mediales del lóbulo temporal. Es altamente vulnerable al envejecimiento y a enfermedades como el Alzheimer.

Ejemplos clínicos:

- No recordar si se almorzó o si se tomó la medicación.
- No reconocer a alguien visto hace pocos días.
- Confundir la cronología de eventos recientes.

Valor diagnóstico:

Es uno de los primeros signos de deterioro neurocognitivo leve (MCI), pero debe diferenciarse de fallas atencionales o del estrés contextual.

Enfoque psicoanalítico:

Podría leerse como expresión de una desmentida: si el presente no es deseado o implica pérdidas traumáticas, la memoria puede no inscribirlo. Se resiste a constituirlo como vivencia.

Ejemplo psicosocial:

En contextos institucionales o de internación prolongada, donde la rutina borra las diferencias entre los días, el olvido episódico se exagera. No por daño, sino por homogeneidad. Si no hay hitos, no hay anclajes.

III. Olvido Semántico: erosión del saber

Definición:

Pérdida progresiva de conocimientos generales, significados léxicos y asociaciones conceptuales, sin un componente temporal definido.

Neuroanatomía implicada:

Los lóbulos temporales anteriores y el sistema límbico son esenciales para el procesamiento semántico. Lesiones o atrofas en estas áreas, como en la afasia progresiva primaria o en ciertas demencias frontotemporales, erosionan la red semántica.

Manifestaciones:

- Dificultades para nombrar objetos comunes ("el coso").
- Sustituciones semánticas ("el lápiz" por "esa cosa para escribir").
- Pérdida de comprensión de conceptos culturales o funcionales.

Significación clínica:

Más que un olvido, se trata de un vaciamiento progresivo del lenguaje como acceso al mundo. Cuando el paciente olvida lo que es una cuchara, comienza a olvidarse del mundo en el que esa cuchara tenía sentido.

Lectura psicoanalítica:

Desde la metapsicología, puede interpretarse como una regresión a formas más primarias del pensamiento. Se pierde la capacidad simbólica, y el sujeto opera en registros más concretos o sensoriales. Es el inicio de un vaciamiento del yo.

Consecuencias vinculares:

Este tipo de olvido suele generar angustia en los familiares, que ya no pueden comunicarse simbólicamente con la persona. La palabra pierde su poder de puente. Pero aún puede haber presencia: el cuerpo, la mirada, el gesto sostienen otras formas de decir.

IV. Olvido Afectivo: cuando el corazón borra lo que la mente retiene

Definición:

Forma de olvido cuya clave no reside en la pérdida funcional de un recuerdo, sino en su *inaccesibilidad emocional*. El dato puede estar disponible, pero el sujeto no puede o no quiere acceder a él debido a su carga afectiva.

Fundamento clínico:

Muchas veces observado en pacientes con pérdidas recientes, duelos inconclusos, situaciones traumáticas familiares. Lo afectivo actúa como barrera: si el recuerdo amenaza con desorganizar el equilibrio emocional del yo, se activa un mecanismo de evitación.

Neurocognitivamente:

El circuito límbico (amígdala, hipocampo, hipotálamo) opera de modo defensivo. El recuerdo con alta carga emocional negativa puede no integrarse adecuadamente en el relato autobiográfico.

Manifestaciones clínicas:

- Incapacidad de recordar fechas vinculadas a eventos dolorosos.
- Vacíos en la narrativa de vínculos significativos (hijos, parejas, etc.).
- Recordar el hecho sin sentir nada (afectivización bloqueada).

Perspectiva psicoanalítica:

Corresponde al registro del *desmentido* o la *negación psíquica*. El yo, incapaz de metabolizar el contenido, actúa como si el recuerdo no existiera. Pero el cuerpo suele recordarlo: insomnio, irritabilidad, somatización.

Dimensión ética:

No todo recuerdo es justo. Hay olvidos que son formas de supervivencia. El profesional debe acompañar sin forzar la restitución. Recordar no siempre es saludable. A veces, sostener el olvido es un acto clínico de respeto.

V. Olvido Disociativo: los pasillos sellados del inconsciente

Definición:

Pérdida de acceso a fragmentos completos de la experiencia o de la identidad, no explicable por causas neurológicas. Está vinculado a mecanismos de defensa profundos ante eventos traumáticos o intrapsíquicamente disruptivos.

Fundamento clínico:

Presente en cuadros como el trastorno disociativo, estrés postraumático, y en menor medida en duelos traumáticos o abusos silenciados. La escisión del yo implica que partes de la experiencia se "desconectan".

Manifestaciones:

- No reconocer una etapa completa de la vida.
- No recordar eventos familiares significativos (bodas, nacimientos, muertes).
- Narrativas fragmentadas, con "zonas blancas".

Desde el psicoanálisis:

Se relaciona con el concepto de *clivaje* del yo (Freud, Klein, Bleger). El aparato psíquico se reorganiza para no colapsar, expulsando de la conciencia ciertos contenidos. No se trata de represión común: lo reprimido retorna. Lo disociado, se escapa de la cadena de sentido.

En la vejez:

Puede agudizarse si las redes vinculares no sostienen una narrativa integradora. La identidad se vuelve frágil, y lo que no encuentra un lugar en el relato, cae en el agujero negro del olvido estructural.

Implicancias terapéuticas:

La restitución de estos recuerdos no debe forzarse. La elaboración simbólica –a través del arte, el cuerpo o la metáfora– suele ser más efectiva que la simple evocación verbal.

VI. Olvido Ejecutivo: fallas en el plan, no en la información

Definición:

Olvido que no depende de la memoria en sí, sino de las funciones ejecutivas: planificación, secuenciación, inhibición, flexibilidad cognitiva.

Sustrato neurocognitivo:

Relacionado con disfunciones en la corteza prefrontal dorsolateral. No se olvida el qué, sino el cómo. El recuerdo está, pero no puede ser activado o traducido en acción.

Ejemplos clínicos:

- Recordar que hay que tomar una medicación, pero no organizarse para hacerlo.
- Saber la receta, pero no poder coordinar los pasos.
- Iniciar una frase y perder el hilo sin saber cómo seguir.

Claves diagnósticas:

A menudo confundido con deterioro global. Sin embargo, en pruebas específicas, la memoria episódica y semántica pueden estar preservadas. Lo fallido es el sistema que las articula funcionalmente.

Psicoanálisis y funciones del yo:

Desde un enfoque freudiano ampliado, esto se vincula con funciones del yo debilitadas: juicio, realidad, síntesis. El yo, sin herramientas ejecutivas, se torna errático o caótico. Pero no es necesariamente demencia.

Intervenciones posibles:

La rehabilitación neurocognitiva basada en rutinas, andamiajes externos (post-its, alarmas, rutinas visuales) y el trabajo grupal muestran gran eficacia. Acompañar no es sólo estar, sino ayudar a organizar el hacer.

VII. Olvido Contextual (inicio): cuando el entorno borra la experiencia

Definición:

Tipo de olvido en el cual el recuerdo se encuentra presente, pero su recuperación está condicionada al entorno en que fue generado. El contenido está disponible, pero fuera del “gatillo” ambiental, se torna inaccesible.

Fundamento neurocognitivo:

El contexto –espacial, emocional, social– es parte de la codificación. El lóbulo temporal medial, el hipocampo y la red parietal dorsal codifican memorias dependientes del entorno.

Ejemplo práctico:

- Un paciente recuerda perfectamente las canciones de su infancia sólo cuando suena un tango.
- Una mujer mayor no recuerda nombres en una evaluación clínica, pero los evoca con fluidez en una ronda de mate entre amigas.
- Un residente de geriátrico responde apáticamente en entrevistas individuales, pero se activa frente a una foto de su barrio.

Importancia terapéutica:

Implica que la memoria está viva, pero necesita las claves adecuadas. La estimulación debe ser situada, personalizada, afectiva. Lo genérico no convoca al recuerdo. Solo lo que toca lo vivido, lo despierta.

Relectura social:

Muchos olvidos atribuidos a “demencia” no son otra cosa que el resultado de entornos planos, anónimos, sin estímulo simbólico. No es la memoria la que se apaga, sino el mundo el que se vuelve mudo para ella.

VII. Olvido Contextual (continuación): la memoria no se pierde, se desorienta

La evocación del recuerdo no es un proceso automático. Está anclado a coordenadas de lugar, tiempo, estado emocional, vínculo afectivo y sentido simbólico. En este sentido, el **olvido contextual** no indica un daño estructural en la memoria, sino una **desconexión entre el contenido y sus claves de acceso**.

Ejemplo clínico ampliado:

Durante una sesión de estimulación cognitiva en una residencia geriátrica, se presenta una imagen antigua de una estación de tren. Uno de los participantes, habitualmente apático, se conmueve hasta las lágrimas: recuerda el andén, la partida de su padre al exilio. El estímulo fue el disparador, no el contenido. Sin ese marco, el recuerdo permanecía “olvidado”.

Lectura fenomenológica:

La conciencia del tiempo vivido (*temps vécu*) está mediada por la **percepción del entorno significativo**. La vejez, al verse despojada de muchos de sus escenarios habituales, sufre un desfondamiento contextual: los recuerdos se tornan erráticos no por daño neurológico, sino por pérdida del escenario emocional y simbólico que les daba sentido.

Recomendación institucional:

No basta con aplicar ejercicios genéricos. Las terapias deben trabajar con *entornos restaurativos de sentido*. Fotografías familiares, canciones, comidas típicas, mapas barriales, cartas antiguas. La evocación exige ecosistemas de memoria. Sin eso, hay exilio interno.

VIII. Olvido Vincular: cuando los vínculos se borran sin aviso

Definición:

Pérdida o debilitamiento de la memoria relacionada a vínculos significativos. No se trata de nombres olvidados, sino del debilitamiento del lazo que le daba sentido a ese nombre.

Observación clínica:

- Pacientes que olvidan que un ser querido ha fallecido, y lo esperan como si viviera.
- Otros que no logran recordar el afecto por un hijo con quien hoy están peleados.
- Recuerdos que se borran como si fueran de otra vida: no hay rabia, ni nostalgia. Solo vacío.

Psicoanálisis de la desconexión:

Se articula con los conceptos de *renuncia objetal* (Freud) o *desinversión vincular*. El yo, para preservar su consistencia, desconecta libidinalmente aquello que no puede ser tramitado. El olvido no es fallo, es operación defensiva.

Lectura desde la psicología social:

El vínculo es una construcción de roles, escenas, narrativas compartidas. Cuando la comunidad se debilita, el sujeto ya no encuentra un lugar simbólico para recordar al otro. No hay función social que lo ancle. Lo vincular se desvanece.

Dimensión política:

La vejez solitaria no olvida por vejez, sino por abandono. La memoria es también responsabilidad colectiva. Recordar a los otros requiere que otros sigan habitando nuestro mundo.

IX. Olvido Institucional: el silencio inducido por la organización

Definición:

Pérdida de la memoria como resultado de procesos institucionales. No es falla cognitiva, sino imposibilidad estructural de sostener relatos personales en contextos donde la singularidad está subordinada al protocolo.

Ejemplo clave:

Una residente de un geriátrico, llamada “Doña Irma”, era costurera toda su vida. Cuando le preguntan su oficio, responde: “Ninguno”. En ese entorno, su saber ya no tiene función. Lo que no encuentra eco, se evapora.

Claves estructurales:

- Ritmos horarios fijos que suprimen decisiones propias.
- Uniformización de rutinas (ropa, comida, actividades).
- Falta de espacios simbólicos para desplegar biografías.

Psicología institucional (Pichón-Rivière):

Las instituciones, si no son lugares de elaboración, se convierten en maquinarias de olvido. Al impedir la expresión del sujeto, generan alienación. El recuerdo se vuelve impronunciable y, con el tiempo, inhallable.

Estrategias reparadoras:

- Actividades biográficas significativas.
- Entrevistas narrativas con grabación y archivo.

- Espacios de memoria colectiva: murales, diarios internos, objetos personales con historia.

Nota clave:

No hay memoria sin legitimación. Y la legitimación no es técnica, es política y afectiva.

X. Olvido Narrativo: cuando no hay hilo para coser los recuerdos

Definición:

La información está disponible, pero no hay una **estructura narrativa interna** capaz de organizarla. El sujeto no puede contar su historia, y por tanto, la olvida.

Observación terapéutica:

- Personas que narran en desorden, sin relación causa-efecto.
- Incapacidad de situar recuerdos en el tiempo.
- Desconexión entre episodios y afectos.

Psicología del self (Bruner, Stern):

La identidad se construye narrativamente. Sin una línea que una los eventos, el yo se fragmenta. El recuerdo suelto no es memoria: es dato. Solo se transforma en vivencia si es narrado.

Psicoanálisis lacaniano:

El sujeto está estructurado como lenguaje. Si no hay discurso, no hay sujeto del recuerdo. La memoria requiere trama, metáfora, lugar en el Otro simbólico. El olvido narrativo es el silencio estructurante.

Neurociencias del discurso:

El lóbulo frontal izquierdo y el córtex temporoparietal integran el contenido con la narrativa. Envejecimiento, deterioro o trauma pueden afectar esta capacidad, incluso si la memoria episódica está preservada.

Terapias narrativas:

Proponen recuperar el hilo conductor. No se trata de recordar hechos, sino de reconstituir sentido. Lo que se salva, no es el dato, sino el argumento.

XI. Olvido Estratégico: lo que se entierra para sobrevivir

Definición funcional:

No es descuido ni falla. Es acto. El olvido estratégico es una decisión, más o menos consciente, de **no recordar algo** que resulta inconveniente, doloroso, peligroso o incompatible con la identidad asumida. En muchos casos, es el olvido el que permite vivir.

Marco psicoanalítico:

Lo reprimido no es lo olvidado “porque sí”, sino lo que fue **intencionalmente desplazado fuera del acceso consciente** para proteger al yo. Pero también existen formas más sutiles: decisiones “racionales” que encapsulan eventos en zonas muertas de la biografía.

Neurociencias del control atencional:

El córtex prefrontal ventrolateral puede activar mecanismos de supresión de la memoria al bloquear la reconsolidación del recuerdo. En palabras simples: la persona entrena a su mente a “no ir ahí”.

Este es el principio del “suppression-induced forgetting”, probado en numerosos estudios con fMRI.

Aplicaciones clínicas:

- Pacientes que olvidan infidelidades o traiciones familiares para mantener el vínculo.
- Adultos mayores que “borran” una etapa de su vida (como haber sido abandonados por un hijo) para preservar el equilibrio emocional.
- Narrativas familiares donde se “olvidan” secretos, adicciones, abortos, fracasos, pobreza, amores.

Conclusión:

El olvido estratégico es **tanto defensa como arma**. Puede salvar o condenar. Puede ayudar a sostener una ficción saludable o impedir el acceso a la verdad. Es una operación del yo, pero también una estrategia del inconsciente.

XII. Olvido Cultural: lo que las generaciones dejan de contar

Definición general:

El olvido cultural se produce cuando una sociedad deja de transmitir ciertos relatos, prácticas, lenguajes o símbolos que la constituían. Lo olvidado no es individual: es generacional.

Dimensión antropológica:

Las culturas no son solo acumulaciones. Son también sistemas de exclusión. Lo que no se cuenta, no se recuerda. Lo que no se practica, se desvanece. El olvido cultural ocurre cuando se interrumpe la **cadena de transmisión intergeneracional**.

Ejemplos concretos:

- Nietos que no saben qué idioma hablaban sus abuelos inmigrantes.
- Costumbres barriales que desaparecen con la gentrificación.
- Saberes populares (herbolaria, oficios, recetas) que no se enseñan más.

Psicología social (Pichón-Rivière):

Una sociedad que niega sus pasados traumáticos o sus sectores marginales, genera una masa de sujetos desconectados de toda raíz simbólica. El sujeto se vuelve *alienado*, sin pertenencia. La vejez, entonces, no transmite, sino que queda encapsulada.

Consecuencias en la tercera edad:

El adulto mayor no solo sufre olvido personal. También es portador de una memoria cultural que **la sociedad ha dejado de escuchar**. En ese mutismo simbólico, se produce una doble pérdida: para el anciano y para la cultura.

Remedios posibles:

- Talleres de memoria histórica.
- Entrevistas con adultos mayores como transmisores orales.
- Museos vivos, archivos familiares, publicaciones de memorias.

Reflexión final:

Olvidar una receta puede no parecer importante. Pero olvidar que esa receta era la forma en que una madre se comunicaba con su hija, es devastador. La memoria cultural es la piel de una sociedad.

XIII. Olvido Colectivo: el silencio de las multitudes

Definición:

Cuando una sociedad entera **elige no recordar** un hecho, un crimen, una vergüenza o una injusticia. Es el silencio acordado. No se habla. No se estudia. No se enseña. Y por lo tanto, se olvida.

Ejemplo histórico paradigmático:

La dictadura argentina y los desaparecidos. Durante años, el relato oficial omitió sistemáticamente los crímenes cometidos. Solo la lucha de organismos de derechos humanos rompió ese pacto de olvido.

Psicología política del olvido:

El olvido colectivo es una operación del poder. Se define qué recordar y qué no. Se escriben currículas escolares, se editan libros, se censuran obras. Lo que no entra en la narrativa dominante, se desvanece.

Freud y la “novela familiar del neurótico”:

Lo mismo ocurre a escala familiar. Hay eventos que se sabe que “no se tocan”. Hay fechas, nombres, gestos, que no deben mencionarse. El olvido colectivo familiar es microfísica del olvido colectivo social.

Vejez y exilio de la memoria:

Los adultos mayores son, muchas veces, sobrevivientes de historias no contadas. No solo de guerras o dictaduras, también de exilios, migraciones, hambres, abortos clandestinos, persecuciones religiosas o sexuales. Si no se los escucha, esas memorias se extinguen.

Función ética:

El trabajo con personas mayores debe asumir una **función testimonial**. No solo para ellos, sino para la historia. Cada olvido colectivo es una amputación de lo humano.

XIV. Olvido Semiológico: cuando las palabras ya no alcanzan

Definición:

Forma de olvido que no depende de la pérdida del dato, sino de la **pérdida del significante adecuado** para nombrarlo. Se recuerda la sensación, pero no se puede verbalizar. Se vive, pero no se puede contar.

Ejemplo común:

Una persona siente un vacío cuando escucha una canción, pero no sabe por qué. No puede asociarla a ningún recuerdo concreto. Sin embargo, llora. El recuerdo está ahí, pero sin forma verbal.

Marco lacaniano:

El inconsciente está estructurado como un lenguaje. Pero cuando el significante no está disponible (porque nunca existió, o fue reprimido), el recuerdo no accede a lo simbólico. Es puro Real: sin nombre, sin forma, sin historia.

Neurociencias y codificación verbal:

Las regiones de Broca y Wernicke están implicadas en la traducción de la experiencia en lenguaje. Las lesiones o deterioros en estas áreas no impiden recordar emociones, pero impiden **decirlas**.

También el envejecimiento puede deteriorar el acceso a palabras precisas.

Terapia poética, plástica y gestual:

No todo debe recordarse con palabras. Pintar, escribir, cantar, bailar, actuar: todo eso permite **recodificar la memoria** cuando el lenguaje convencional no alcanza. La estimulación cognitiva debe incorporar múltiples lenguajes para que lo recordado pueda encontrar su cauce.

Conclusión:

Hay recuerdos que no caben en una frase. Pero sí en una metáfora. En un trazo. En una escena. El olvido semiológico no es fracaso del lenguaje, sino invitación a expandirlo.

XV. Olvido Emocional: cuando el cuerpo recuerda, pero el alma no sabe por qué

Definición

El olvido emocional es la imposibilidad de **acceder al contenido afectivo de una experiencia**, aún cuando la situación o evento puedan ser recordados en su dimensión

factual. En otras palabras: se sabe lo que pasó, pero **no se siente nada al respecto**. O, inversamente, se siente algo, pero no se sabe por qué.

Base neuropsicológica

La amígdala, el hipocampo y la ínsula trabajan de forma integrada para consolidar memorias emocionales. Sin embargo, estas memorias pueden quedar escindidas si no se integran con redes corticales más amplias. En cuadros como el TEPT (trastorno por estrés postraumático), o en formas leves de disociación, los contenidos emocionales quedan "huérfanos de contexto", o se encapsulan.

Clínica del envejecimiento

Muchos adultos mayores expresan síntomas vagos: ansiedad, insomnio, tristeza sin razón aparente. A menudo, se trata de **afectos sin recuerdos**. Dolencias cuyo origen no está en el presente, sino en memorias emocionales no verbalizadas.

El olvido emocional en la vejez puede manifestarse como frialdad afectiva, rigidez o desconexión de los vínculos.

Perspectiva psicoanalítica

Freud ya advertía sobre el "recuerdo sin afecto" y el "afecto sin recuerdo". Ambos fenómenos son señales de represión o disociación. El sujeto puede relatar una escena dolorosa sin emoción alguna, o puede angustiarse intensamente sin saber por qué. El olvido emocional, entonces, **es una defensa**, pero también un síntoma. Un síntoma del silencio interior.

Implications clínicas y sociales

Trabajar con personas mayores implica reconstruir esa integración. Una mirada, una canción, una textura pueden desbloquear una emoción olvidada. La estimulación no debe ser solo cognitiva: debe ser emocional.

Porque muchas veces, lo que quedó olvidado **no fue el dato, sino el temblor**.

XVI. Olvido Topológico: el extravío del cuerpo en el espacio conocido

Definición

Este olvido no se refiere al "qué", ni al "quién", sino al "dónde". Es la incapacidad de orientarse espacialmente en lugares previamente familiares. Aparece en etapas tempranas del deterioro cognitivo, pero también puede emerger en estados de distracción, ansiedad o fatiga.

Fundamento neurobiológico

El lóbulo parietal, el hipocampo y la corteza entorrinal son las regiones clave para la orientación espacial. Las neuronas de lugar (place cells) y las neuronas de dirección (head-direction cells) permiten crear un **mapa interno del entorno**. Cuando estas redes fallan, se produce el desarraigo topológico: el cuerpo está en un lugar, pero la mente no puede situarlo.

Síntomas comunes

- No reconocer el camino de vuelta a casa.
- Perderse dentro de la propia vivienda.
- No ubicar el baño en un geriátrico que se habita hace meses.

Más allá del Alzheimer

Aunque suele asociarse con demencias, también aparece en cuadros depresivos, estados de ansiedad aguda o después de hospitalizaciones prolongadas. El entorno puede parecer extraño no porque se haya olvidado, sino porque **la subjetividad perdió su mapa**.

Lectura simbólica (fenomenología del espacio)

El espacio habitado no es solo físico. Es simbólico. El olvido topológico es, muchas veces, la **pérdida de inscripción** en un mundo. Se puede caminar por la casa, pero no se la reconoce como propia. El cuerpo se mueve, pero no se siente en casa.

Este fenómeno es clave en instituciones donde el espacio no está personalizado. Los geriátricos sin identidad espacial aumentan el riesgo de desorientación.

Recomendaciones prácticas

- Señalética clara y personalizada.
- Objetos propios en los espacios comunes.
- Rutas visuales repetidas.
- Trabajo con mapas, recorridos lúdicos, narrativas espaciales.

XVII. Olvido Fantasmático: lo que nunca fue, pero igual duele

Definición

Se trata de recuerdos de situaciones **nunca vividas realmente**, pero construidas fantasmáticamente por el psiquismo. No es un falso recuerdo común, sino una escena investida de afecto, dolor o deseo que **organiza la subjetividad** aunque no tenga correlato empírico.

Origen psicoanalítico

El “fantasma” (Phantasma) es una escena psíquica que estructura la posición del sujeto frente al Otro. Puede estar sostenido por indicios, mitos familiares, silencios o incluso por el deseo parental.

Un ejemplo clásico: una persona que toda su vida siente que fue un hijo no deseado, aunque jamás nadie se lo haya dicho. No hay recuerdo, ni prueba, ni relato. Pero el dolor está. Y se organiza como si lo hubiera.

Olvido del origen y del deseo

En muchas personas mayores, emergen estos fantasmas en forma de melancolía, de culpa inexplicable, o de nostalgia de “algo que no fue”. El olvido aquí no es de algo real, sino del origen del deseo. Lo que se olvida es **la matriz que dio sentido a la vida**.

Ejemplos clínicos

- Una mujer que siente que nunca fue vista por su madre, aunque fue criada con afecto.
- Un hombre que repite una culpa ancestral sin saber de dónde proviene.
- Un adulto mayor que revive episodios que no ocurrieron, pero que organizan sus emociones.

Perspectiva existencial

El olvido fantasmático puede ser **la forma que tiene el sujeto de no caer en el sinsentido**. Prefiere una verdad dolorosa (aunque falsa) a un vacío absoluto. Es un mecanismo de sostén, pero también de sufrimiento.

Intervenciones posibles

- Acompañar la construcción de una narrativa simbólica sin necesidad de probar su veracidad.
 - Trabajar con la estructura de deseo, más que con la historicidad empírica.
 - Escuchar el “valor” del recuerdo, más que su “veracidad”.
-

XVIII. Olvido Residual: la última niebla

Definición

Se trata de un olvido final, difuso, que no tiene causa clara ni objeto definido. Es el desgaste de las huellas mnémicas, el paso del tiempo sobre las conexiones sinápticas, la erosión natural de una vida.

Metáfora biológica

Así como una piedra se va puliendo por el agua, la memoria va perdiendo precisión por la vida misma. El olvido residual no es falla ni enfermedad: es el destino de todo sistema que ha operado demasiado tiempo.

Observación en geriatría

Muchas personas mayores dicen frases como:

- “Lo tengo en la punta de la lengua.”
- “No me acuerdo cómo se llama, pero lo tengo en la cara.”
- “A veces me olvido por qué fui al cuarto, pero igual voy.”

Este olvido no asusta, ni duele. Solo desconcierta.

Es la forma en que la mente envejece con dignidad. Lo que se borra no son los vínculos, ni los afectos. Son los bordes, las precisiones, los nombres propios.

La memoria se vuelve como una pintura impresionista: se adivina, más que se ve.

Perspectiva humanista

Aceptar el olvido residual como parte del envejecimiento no significa resignarse. Significa **acompañar con respeto**, sin infantilizar, sin corregir todo el tiempo, sin ansiedad.

Porque a veces, lo que se olvida no importa. Y lo que importa, no se olvida.

XIX. Olvido Ritual: cuando la repetición pierde su sentido

Definición

El olvido ritual se manifiesta cuando los actos repetitivos, anteriormente cargados de sentido, se vuelven mecánicos, desprovistos de intención o memoria afectiva. No es la desaparición del acto, sino la pérdida de su dimensión simbólica.

Lectura antropológica

Todo ritual es una tecnología de la memoria. Desde los funerales hasta las comidas familiares, los rituales condensan y transmiten sentido intersubjetivo. Pero en el envejecimiento, cuando los vínculos se disuelven o el entorno cambia, esos actos pueden vaciarse.

Ejemplos

- La misa dominical, a la que se asiste sin saber por qué.
- El mate de las cinco, que se toma solo, sin conversación.
- El aniversario de una muerte, recordado como fecha, pero no como vivencia.

Psicoanálisis del gesto

En términos lacanianos, el ritual es un significante amo que estructura el orden simbólico. El olvido ritual implica que ese significante se ha separado de su red, flotando como un S1 sin anclaje. El sujeto repite, pero ya no sabe qué está convocando con su repetición. Es la escena donde el símbolo muere, y sólo queda el acto.

Dimensión clínica

El olvido ritual puede indicar un empobrecimiento del entramado simbólico en la vejez: no necesariamente patológico, pero sí señal de una necesidad urgente de **reinscripción simbólica**.

Trabajar con adultos mayores es muchas veces devolverle densidad a lo que se ha vuelto vacío.

Intervención posible

- Reactivar rituales mediante co-construcción (hacer la torta familiar junto a un nieto).
- Introducir variaciones lúdicas que reactiven el interés simbólico (como juegos con cartas de recetas, anécdotas, fotografías).
- Nombrar el ritual, contar su historia, volverlo narrativo.

XX. Olvido Relacional: el otro que se borra de nosotros

Definición

Este tipo de olvido implica la progresiva desaparición simbólica del otro significativo. No es simplemente no recordar un nombre o una cara, sino dejar de **sentir la presencia del otro en la propia estructura subjetiva**.

Concepto desde la Psicología Social

Desde Pichón-Rivière, se entiende al sujeto como producto de vínculos. El olvido relacional es la erosión de esos vínculos internos, la fragmentación del entramado de roles que constituyen al Yo.

Síntomas

- Un padre que deja de nombrar a un hijo ausente.
- Una mujer que olvida la voz del marido fallecido, aunque lo recuerda.
- Una persona mayor que olvida qué era lo que amaba de su amiga de infancia.

Implicancias

La memoria relacional no sólo guarda datos, sino *modos de estar con otros*. Se olvida cómo se reía con alguien, cómo se discutía, cómo se celebraba. Esto empobrece la dimensión afectiva de la vida. La identidad misma empieza a erosionarse, porque **sin el otro, no hay sujeto**.

Posiciones clínicas

- En demencias avanzadas, se pierde el lazo identificador: el otro se vuelve un extraño.
- En depresiones tardías, el olvido relacional aparece como síntoma de retirada libidinal del mundo.
- En vejez solitarias, el olvido no es sólo de los otros, sino de **sí en relación a los otros**.

Intervenciones propuestas

- Recuperación del otro ausente a través de dispositivos afectivos: música compartida, cartas viejas, juegos de roles.
 - Generación de vínculos actuales significativos, para que el nuevo lazo compense lo perdido.
 - Prácticas de evocación intersubjetiva guiadas: entrevistas cruzadas, juegos de recuerdos.
-

XXI. Olvido Intergeneracional: cuando el hilo de la historia se corta

Definición

El olvido intergeneracional es la desconexión narrativa y afectiva entre generaciones. No se transmite el relato familiar, no se intercambia memoria colectiva, se rompe la cadena que permite inscribir el presente en una genealogía.

Teoría de la transmisión

Paul Ricoeur plantea que la memoria heredada es una forma de continuidad identitaria. El olvido intergeneracional implica que esa herencia simbólica se pierde, y las nuevas generaciones quedan sin “raíces interpretativas”. A su vez, las generaciones mayores **se sienten borradas** del relato futuro.

Formas de manifestación

- Nietos que desconocen por completo la historia de vida de sus abuelos.
- Abuelos que no saben el nombre del colegio o amigos de sus nietos.
- Familias donde no se narran los éxodos, las migraciones, las pérdidas.

Síntomas en mayores

El olvido intergeneracional produce angustia difusa, sensación de irrelevancia, o de que la vida “no sirvió para nada”. No se trata de narcisismo: se trata de **inscripción simbólica** en una historia colectiva.

Consecuencias sociales

Una sociedad sin transmisión intergeneracional es una sociedad sin memoria colectiva. Es tierra fértil para el individualismo, el edadismo y la fragmentación.

Acciones posibles

- Dispositivos narrativos transgeneracionales: entrevistas, juegos compartidos, co-escrituras de biografías.
 - Recuperación de objetos con historia: reliquias familiares, cartas, recetas.
 - Uso de recursos digitales para integrar la memoria (videos, podcasts familiares, líneas de tiempo).
-

XXII. Olvido Ontológico: cuando el ser se retira de sí mismo

Definición

Este es el núcleo último del olvido: **cuando el sujeto pierde el hilo de su ser**. No olvida hechos, personas ni lugares, sino el sentido mismo de habitar el mundo como un “yo”. Es el colapso de la identidad como continuidad.

Fenomenología del olvido radical

Heidegger planteó que el olvido del Ser (Seinsvergessenheit) era la marca de la modernidad. Aquí, el olvido del Ser se hace carne en el cuerpo envejecido: **el sí mismo se vuelve opaco a sí mismo**.

Maneras de aparición

- Personas que se miran al espejo y no se reconocen.
- Adultos mayores que se preguntan: “¿Qué hago acá?” sin contexto.
- Pacientes que hablan de sí en tercera persona.
- Testimonios como: “Ya no soy el que era” o “No me encuentro”.

Distinción clínica

No es lo mismo que una despersonalización aguda ni una disociación. Es una forma de apagamiento ontológico, una suerte de **anestesia existencial progresiva**, a veces presente incluso sin deterioro clínico.

Dimensión espiritual y existencial

Este olvido requiere de abordajes que superen lo clínico. Es el momento en que el acompañamiento debe ser filosófico, existencial, estético. El arte, la poesía, el vínculo profundo pueden **reactivar una chispa de ser**.

No se trata de recordar datos, sino de reavivar el fuego de estar vivos.

Acompañamientos posibles

- Lectura en voz alta de textos significativos.
- Prácticas de presencia: mirar el cielo, tocar un objeto, estar.
- Construcción de un “altar del ser”: fotografías, frases, gestos que recuerden al yo su propia forma.
- Prácticas teatrales, improvisación narrativa, ficción autorreferencial.

XXIII. Olvido Corporal: cuando el cuerpo no recuerda

Definición

El olvido corporal es la pérdida del saber inscripto en el cuerpo, ese saber no discursivo, no simbólico, pero absolutamente real. Se trata de lo que Pierre Bourdieu llamaría *hexis corporal*, o lo que en psicoanálisis se entiende como *inscripciones somáticas del deseo*.

Manifestaciones clínicas

- El cuerpo olvida cómo caminar sin caerse.
- Se pierde la secuencia automática para atarse los cordones.
- Aparece torpeza al comer, al vestirse, al bailar.
- El cuerpo, antes sabio, ahora duda de sí mismo.

Neurociencias y memoria procedimental

Este tipo de memoria se almacena en estructuras subcorticales, como el cerebelo y los ganglios basales. Su deterioro no siempre va de la mano de los déficits declarativos, por eso una persona puede recordar una receta y no poder cocinarla.

Dimensión simbólica

El cuerpo olvidante interrumpe la cadena del deseo. La acción ya no fluye. El gesto se vuelve fragmentado. El cuerpo, en lugar de habitar el mundo, **empieza a tropezar con él**.

Ejemplos

- La mujer que no puede bailar el tango, aunque lo haya bailado toda la vida.
- El hombre que olvida cómo acariciar, porque el tacto dejó de ser memoria afectiva.
- El abuelo que se atraganta, no por enfermedad, sino porque olvidó el ritmo de tragar.

Intervención terapéutica

- Talleres de movimiento expresivo, no dirigidos a la corrección técnica, sino al reencuentro con el gesto.
- Rehabilitación afectiva del cuerpo: masajes, danzas, caricias guiadas.
- Activación lúdica de patrones motores con juegos simbólicos.

XXIV. Olvido Narrativo: lo que no logra entrar en el relato

Definición

No todo lo vivido se transforma en relato. El olvido narrativo es el residuo de la experiencia que no logra ser simbolizado ni compartido. No es silencio, es imposibilidad narrativa.

Teoría narrativa del yo

Jerome Bruner sostiene que la identidad es una construcción narrativa. Lo que no se

cuenta, no existe simbólicamente. En la vejez, el olvido narrativo deja lagunas existenciales: huecos sin historia.

Causas frecuentes

- Experiencias traumáticas no elaboradas.
- Ausencia de interlocutores dispuestos a escuchar.
- Vergüenza o censura interiorizada.
- Falta de lenguaje para nombrar lo vivido.

Consecuencias psíquicas

- Fragmentación del yo.
- Angustia sin causa clara.
- Repetición de actos fallidos.
- Sueños cargados de escenas incomprensibles.

Ejemplos

- La mujer que nunca contó que tuvo un hijo que murió al nacer.
- El exiliado que nunca habló del campo de detención.
- El abuelo que fue testigo de un crimen familiar, y no puede decirlo.

Trabajo clínico y comunitario

- Dispositivos de co-narración (escribir a dos voces).
- Prácticas de ficción biográfica.
- Grupos de memoria colectiva, donde los relatos olvidados de uno son reconstruidos por otro.

XXV. Olvido Consentido: cuando elegir no recordar es un acto de resistencia

Definición

El olvido consentido no es fallo ni pérdida. Es una decisión, a veces inconsciente, de no recordar aquello que daña, que enferma, que oprime. Es un acto de cuidado psíquico.

Distinción clave

No es represión, ni negación. Es un pacto subjetivo con uno mismo: **“eso no lo quiero tener en mí”**. Es un olvido con agencia.

Perspectiva psicoanalítica

A diferencia del síntoma, que retorna lo reprimido, el olvido consentido puede funcionar como *acto psíquico de salud*. Lacan sugiere que hay “saberes que no se deben saber” para preservar el deseo.

Ejemplos

- La madre que olvida el rostro del abusador de su hija.
- El migrante que no recuerda el naufragio.
- La adulta mayor que “olvidó” haber deseado suicidarse.

Dimensión ética

Respetar el olvido consentido es una forma de reconocer la autonomía psíquica. **No todo debe ser recordado. No todo debe ser dicho.**

Terapéutica del respeto

- No forzar evocaciones traumáticas.
- Crear espacios donde lo no dicho no sea excluido.
- Validar el derecho a preservar zonas de sombra.

XXVI. Olvido Político: memorias que se hacen desaparecer por mandato social

Definición

El olvido político no es una falla de la mente individual. Es una estrategia activa del poder para borrar memorias que incomodan, que subvierten, que denuncian. Es una forma de dominación simbólica.

Ejemplos históricos

- Las desapariciones forzadas sin duelo permitido.
- Las historias de manicomios vaciadas por políticas públicas.
- Los ancianos ex combatientes silenciados en la transición democrática.

Estrategias del poder

- Censura, negacionismo, ridiculización de lo viejo.
- Institucionalización del olvido a través del lenguaje: “son cosas de viejos”, “eso ya pasó”.
- Reducción de las vejez a cifras y estadísticas, despojadas de subjetividad.

Consecuencias sociales

- Generaciones sin anclaje.
- Adultos mayores con historia, pero sin relato colectivo.
- Culturas que no se reconocen a sí mismas porque han sido editadas.

Mnemos como acto político

El trabajo de Mnemos es restaurar el derecho a la memoria. Cada juego, cada taller, cada desafío semanal es una acción de contraolvido. **No es asistencia: es insurgencia de la memoria.**

Prácticas insurgentes posibles

- Archivo oral de memorias silenciadas.
- Juegos que remitan a escenas prohibidas.
- Proyectos con jóvenes donde lo olvidado se haga viral.
- Intervenciones públicas que devuelvan voz a los callados.

CAPÍTULO 4 — Cuándo preocuparse: Señales clínicas y contextuales

De la sospecha al síntoma: entre el olvido y el quiebre

“La diferencia entre un olvido cotidiano y una señal de deterioro no está en la cantidad de datos que se pierden, sino en el modo en que el sujeto y su entorno procesan ese vacío.”

— Fragmento de clínica en geriatría psicoanalítica.

1. Recordar no es natural: la construcción cultural de la memoria como deber

Comencemos por la paradoja fundacional: la memoria, en su uso cotidiano, se asume como un derecho, pero en la vejez se convierte en una **obligación moral y funcional**. Este giro disciplinante, profundamente arraigado en las prácticas institucionales, familiares y biomédicas, convierte al “recordar” en una medida de “normalidad”, desatendiendo que olvidar —como ya se señaló— no es necesariamente disfuncional.

Desde la mirada crítica, sostenida por la psicología social de Pichón-Rivière y los aportes de Foucault, podemos sostener que el deterioro cognitivo no siempre se diagnostica por su presencia objetiva, sino por **la ruptura del contrato social de performatividad del sujeto envejecido**. Es decir, lo que se teme no es tanto que alguien olvide, sino que deje de funcionar como miembro reconocible del entramado familiar y social.

Este desplazamiento de la preocupación desde el síntoma a la pertenencia explica por qué en múltiples contextos se consulta más por “cambios de carácter”, “distracciones” o

“aislamiento” que por parámetros clínicos duros. La subjetividad del deterioro no es menos real por ser subjetiva: simplemente apunta a otra lógica.

2. Diagnóstico o disciplinamiento: el riesgo de nombrar demasiado rápido

Uno de los errores más frecuentes y peligrosos en el abordaje de los olvidos en la vejez es **precipitar el diagnóstico**.

Frases como “esto es Alzheimer seguro”, “ya no se da cuenta de nada”, o “está mal de la cabeza” son expresiones comunes en familiares, personal de salud e incluso algunos médicos generales, que *pathologize* el síntoma sin anclaje clínico riguroso.

Desde la perspectiva del **epistemólogo Ian Hacking**, los diagnósticos psiquiátricos generan **tipos de personas**, configurando nuevas subjetividades a partir del acto mismo de nombrar. Así, un sujeto que olvida un nombre pasa a ser “el que ya no recuerda”, un ente en regresión, que ya no se asocia con su historia previa. Esta mutación ontológica, sostenida más en el lenguaje que en la evidencia, es parte del riesgo que enfrentamos al responder con apresuramiento a un síntoma todavía informe.

La psicología psicoanalítica nos advierte además sobre los **deseos inconscientes de la familia**, que muchas veces buscan una confirmación del deterioro como forma de justificar decisiones anticipadas: institucionalizaciones, traslados, despojos simbólicos o patrimoniales.

3. El cuerpo que no responde como antes: señales no verbales del declive

Antes que el olvido de nombres propios o fechas, aparecen signos previos, sutiles, que rara vez se interpretan a tiempo:

- Cambios en la postura.
- Dificultades con la coordinación fina (cerrar un botón, abrir una botella).
- Deterioro en el ritmo del habla.
- Disminución de la capacidad de sostener conversaciones complejas.

Desde una perspectiva integradora (neurocognitiva + psicosocial), podríamos decir que el deterioro **no inicia en el lenguaje ni en la memoria de trabajo**, sino en **los patrones de organización motriz y vincular**.

El trabajo de Oliver Sacks muestra múltiples casos en los que el cuerpo anuncia el deterioro antes que la mente. La persona comienza a actuar “fuera de sí” no por demencia, sino porque el cuerpo se ha desconectado de las tramas que lo sostenían: la rutina, los objetos, los otros.

4. Repetición no siempre es síntoma: el valor narrativo de la reiteración

Una queja recurrente en los entornos familiares: “me cuenta la misma historia todos los días”. Esto, lejos de ser un síntoma inequívoco de deterioro, puede ser entendido como **una forma defensiva de sostenimiento del yo**.

La repetición narrativa:

- Permite mantener activa una identidad.
- Refuerza vínculos con los interlocutores.
- Reemplaza otras formas de interacción que ya no están disponibles (juegos, trabajo, viajes).

Desde una mirada lacaniana, podríamos afirmar que la **repetición no es falla de memoria, sino insistencia del deseo**, donde el sujeto busca reencontrarse con un fragmento significativo de sí. Por eso, antes de interpretar la repetición como daño, conviene interpretarla como llamada: ¿qué quiere decirme esta historia? ¿Qué se preserva en ella? Solo cuando la repetición es desorganizada, sin coherencia interna, sin afecto asociado, y sin reconocimiento de su carácter repetido, podemos empezar a pensar en un quiebre estructural.

5. El carácter que cambia: entre el delirio sutil y la desorientación vincular

Uno de los signos más tempranos y más subestimados de deterioro es el **cambio de carácter**. Personas que eran amables y devienen agresivas. Sujetos ordenados que ahora son caóticos. Mujeres afectuosas que se tornan frías, o viceversa.

Este cambio no es necesariamente patológico. Puede ser:

- Una forma de liberación tardía de mandatos.
- Una respuesta al dolor no dicho.
- Un reenactment traumático (repetición de escenas del pasado que vuelven por vía del síntoma).

No obstante, cuando estos cambios son persistentes, desproporcionados, y acompañados de confusión respecto a personas significativas, **sí se configuran como señales críticas**. Aquí conviene no caer en la trampa de la interpretación moral (“ya no es la misma persona”), sino indagar con profesionalidad y respeto clínico qué estructuras psíquicas están cediendo.

Matrices diagnósticas y dispositivos de respuesta: entre el cuidado, la sobreprotección y la autonomía

“Diagnosticar no es etiquetar. Es abrir un espacio de posibilidad entre lo que se teme y lo que aún puede hacerse.”

— Declaración clínica de un equipo interdisciplinario en gerontología comunitaria

6. La neurociencia actual y los errores del viejo paradigma

Durante décadas, se sostuvo que la memoria se deteriora linealmente con la edad, y que el envejecimiento cerebral era, en esencia, una pérdida progresiva. Hoy sabemos que esta idea fue tan limitante como errónea.

Investigaciones recientes en neuroplasticidad han demostrado que:

- Las conexiones neuronales pueden fortalecerse en edades avanzadas.
- El aprendizaje y la generación de nuevas sinapsis se mantiene incluso en personas mayores de 90 años.

- El deterioro no es homogéneo: distintas regiones cerebrales envejecen a ritmos distintos, y muchas compensan a otras.

Por lo tanto, **el olvido debe ser contextualizado dentro de la singularidad cerebral de cada individuo**. No hay un “cerebro viejo” típico. Hay trayectorias neurocognitivas particulares.

La neurociencia moderna se ve obligada a articularse con lo subjetivo: un PET scan o una RMN pueden indicar atrofas sin que haya deterioro funcional real, y viceversa.

7. DSM-5, CIE-11 y diagnósticos funcionales: limitaciones y aportes

Tanto el DSM-5 como la CIE-11 proponen categorías diagnósticas para trastornos neurocognitivos mayores y menores. Sin embargo, su aplicación en la clínica cotidiana exige discernimiento:

Criterio	Trastorno neurocognitivo leve	Trastorno neurocognitivo mayor
Impacto funcional	Conservado o levemente afectado	Notoriamente comprometido
Conciencia del deterioro	Parcial, suele mantenerse	Disminuida o ausente
Reversibilidad potencial	Alta (en casos de causas secundarias)	Baja, suele ser progresivo

Pero estos manuales **no capturan el clima emocional ni el trasfondo social del deterioro**. Un paciente puede cumplir criterios técnicos de deterioro menor, pero vivir una vida plena, con vínculos sostenidos y estrategias compensatorias efectivas.

Por eso se vuelve necesario incorporar escalas funcionales ampliadas, como el FAST (Functional Assessment Staging Tool), y herramientas cualitativas como entrevistas abiertas, análisis del entorno, y test proyectivos si fuera pertinente.

8. Sobreprotección y daño: el dilema de las buenas intenciones

Muchos familiares, al detectar olvidos o cambios en la conducta, reaccionan con una sobreprotección que termina socavando la autonomía. Esto se expresa en frases como:

- “No te preocupes, yo te lo hago.”
- “Es mejor que no salgas sola.”
- “No hace falta que recuerdes eso, ya está.”

Estas conductas, aunque cargadas de afecto, **construyen un circuito de invalidación progresiva**, donde la persona mayor se ve despojada de su rol activo. Paradójicamente, el miedo al deterioro puede acelerarlo por vía del desuso.

Desde una ética del cuidado inspirada en Joan Tronto, el cuidado debe ser:

- Atento, pero no invasivo.
- Comprometido, pero no absorbente.
- Protector, pero no anulador.

El desafío está en diseñar entornos que acompañen sin neutralizar, que sostengan sin asfixiar, que estimulen sin infantilizar.

9. Dispositivos comunitarios e institucionales: ¿cómo intervenir sin invadir?

Una residencia geriátrica puede ser un lugar de encierro o de expansión, dependiendo del enfoque que adopte. En el campo de la estimulación cognitiva, esto es especialmente crítico.

Un buen abordaje:

- No se centra solo en juegos o ejercicios mentales, sino en la **trama vital del sujeto**.
- Considera el humor, la historia, las rutinas, los afectos, las formas singulares del tiempo.

- Trabaja en equipo: psicólogos, trabajadores sociales, cuidadores, fonoaudiólogos, familiares y residentes deben formar una ecología de intervención.

Modelos como el de **Mnemos**, que integran juegos, desafíos, dispositivos poéticos, humorísticos y narrativos, representan una alternativa poderosa a la lógica clínica dura. No se trata solo de “evaluar” el nivel de deterioro, sino de **recuperar sentido, dignidad, memoria emocional**.

El juego no es un recurso. Es un **modo de relación con el mundo**.

10. Conclusión ética: no todo olvido es abandono de sí

Lo más importante al final es entender esto: la persona que olvida **no deja de ser sujeto**. Incluso cuando olvida su nombre, sus rostros amados o sus tareas cotidianas, **sigue estando ahí**.

Y necesita, más que correcciones, **presencias amorosas que no se vayan**.

La estimulación cognitiva —como la que propone Mnemos— no busca recuperar lo que se ha ido, sino **cultivar lo que todavía vive**. A veces se trata de una canción. A veces de una risa. A veces, simplemente, de un gesto que dice: “acá estoy”.

El derecho a olvidar debe ser protegido. Pero también el **derecho a ser sostenido cuando ese olvido duele más de la cuenta**.

CAPÍTULO 5 — La memoria no desaparece, se reorganiza

El mito del colapso: entre la neurobiología de la compensación y el archivo pulsional

“Lo que parece vacío es apenas lo que aún no se reorganizó.”

— Frase anotada al margen en un cuaderno clínico de taller con adultos mayores.

1. Introducción: una metáfora obsoleta

Durante años, la representación dominante de la memoria en la vejez ha sido la de un archivo que se va desmoronando, una especie de biblioteca antigua donde los estantes colapsan y los libros desaparecen. Esta imagen —eficaz en lo emotivo pero imprecisa en lo científico— impone una lectura catastrófica del envejecimiento, asociando la idea de perder con la de dejar de existir.

Sin embargo, múltiples disciplinas han tensionado esta metáfora. Desde las neurociencias cognitivas, se ha demostrado que la memoria no es un reservorio fijo sino una red activa, en constante reformulación. Desde el psicoanálisis, se sostiene que recordar no es recobrar lo perdido sino reinscribir lo simbólico. Desde la filosofía política de la salud, se argumenta que el modo en que concebimos el deterioro no es neutro: tiene consecuencias clínicas, afectivas e institucionales.

La vejez, entonces, no es la historia de una caída, sino de una reorganización. Y esa reorganización puede ser tan reveladora como desafiante.

2. Memoria como función dinámica: plasticidad sin edad

La neuroplasticidad, ese fenómeno inicialmente atribuido a cerebros jóvenes, es hoy una de las piezas clave en la comprensión de la memoria longeva. Experimentos longitudinales con personas mayores de 80 años han mostrado que:

- **Se pueden generar nuevas conexiones sinápticas** mediante actividades significativas.
- **El entorno emocional incide directamente** en la activación o inhibición de rutas mnémicas.
- **La repetición con variaciones creativas** potencia el almacenamiento a largo plazo.

Esto implica que el olvido no necesariamente es pérdida, sino reconfiguración: **otras rutas se activan, otros caminos se abren**. El recuerdo puede desplazarse, camuflarse, reaparecer. Lo central es comprender que la vejez no clausura el circuito de la memoria, lo transforma.

3. Psicoanálisis: memoria, inconsciente y repetición simbólica

Desde Freud hasta Lacan, el recuerdo nunca fue lo evidente. El sujeto no recuerda hechos: **recuerda significantes, restos, marcas**. La memoria, en tanto función psíquica, es efecto de una organización del deseo y del lenguaje.

El olvido —dirá Freud— no siempre es una falla, puede ser una defensa.

Lacan irá más lejos: “el inconsciente es la memoria del cuerpo.”

En la vejez, esta lógica se profundiza. Lo que retorna no es el dato, sino **la insistencia de lo no dicho**, de lo que aún no ha sido simbolizado. Así, recordar una canción puede ser más estructurante que recordar el día de la semana. Decir tres veces el mismo cuento no es olvido, es **necesidad de inscripción**.

Los juegos de memoria emocional, las evocaciones libres, los ejercicios con imágenes cargadas afectivamente (como los que diseña Mnemos), permiten trabajar con ese otro plano del recuerdo: **el que no responde a la lógica de lo correcto, sino a la lógica del deseo**.

4. Clasificación de reorganizaciones mnémicas en la vejez

A continuación, una propuesta tipológica:

Tipo de reorganización	Características	Ejemplo clínico	Implicancias
Compensatoria	Una ruta se debilita, otra se refuerza	Olvida fechas, pero recuerda rostros	Diseño de apoyos simbólicos
Selectiva	Se retienen recuerdos con carga emocional	Recuerda infancia, no temas actuales	Valor terapéutico del pasado
Rítmica	Algunos recuerdos emergen en ciclos	Cuenta siempre el mismo chiste los viernes No recuerda	Función estabilizadora del tiempo
Simbolizante	El olvido oculta una verdad no digerida	el nombre del hijo que falleció	Necesidad de duelos pendientes

Defensiva	Bloqueo parcial o total por trauma	Niega haber vivido en cierto barrio	Posible intervención psicoanalítica
Poética	La mente suple con invención	Inventa palabras para cosas olvidadas	Potencial creativo, no patológico

Como se ve, **reorganizar no es una anomalía**. Es una forma viva del aparato psíquico y cerebral de adaptarse, protegerse o incluso reinventarse.

Memoria reorganizada: entre el cuidado, la estética y la resistencia

“Aun cuando no recuerde mi nombre, si sonrío cuando me ve, hay algo de mí que permanece.”

— Anotación en taller de intervención afectiva, año 2019.

5. Cuidado y reorganización: cambiar el modo de acompañar

Uno de los errores más frecuentes en instituciones y familias es tratar a la reorganización de la memoria como si fuera una anomalía que debe corregirse. Esto genera frustración, rechazo o infantilización. Peor aún: se convierte en violencia simbólica.

La reorganización mnémica no debe combatirse, **debe alojarse y comprenderse**. Para eso, es vital modificar el paradigma del cuidado:

- No preguntar, sino narrar.
- No corregir, sino resonar.
- No exigir, sino invitar.

Un cuidador que interrumpe una historia “porque no fue así” rompe el puente entre mundos. En cambio, uno que pregunta “¿Y después qué pasó?” ayuda a expandir la experiencia simbólica.

Mnemos ha diseñado desafíos semanales que incluyen elementos poéticos, humorísticos y visuales que **respetan esta lógica reorganizativa**. No se trata de volver a un saber perdido, sino de trabajar con el saber que queda y se transforma.

6. Diagnóstico precoz y sus trampas epistemológicas

Se ha instalado en los discursos biomédicos la idea de que todo debe diagnosticarse lo antes posible. Si bien esto es valioso en enfermedades progresivas, puede ser contraproducente cuando se aborda sin mirada crítica la vejez.

Diagnosticar “deterioro cognitivo leve” en alguien que reorganiza su memoria afectiva no es prevención. Es persecución.

El DSM-5 incluye categorías cada vez más amplias, que muchas veces **confunden estilos de pensamiento con patologías**. El resultado es una sobrediagnóstico, con medicamentos innecesarios y estigmatización.

La reorganización mnémica no es deterioro. Es adaptación subjetiva. Antes de etiquetar, conviene:

- Entender el contexto histórico y vital.
- Escuchar el relato del entorno afectivo.
- Evaluar las capacidades funcionales reales.
- Observar las rutinas, los intereses, los afectos.

Solo si hay sufrimiento, aislamiento o desestructuración vincular sostenida, **cabe pensar en un diagnóstico**.

7. Instituciones que alojan el proceso

Algunas residencias y centros comunitarios están comprendiendo que el trabajo con la memoria reorganizada no pasa por ejercicios mecánicos, sino por dispositivos simbólicos.

Ejemplos reales:

- Un geriátrico de Rosario diseñó una actividad semanal donde cada residente trae un objeto y narra su historia, aunque sea imaginaria.
- Un grupo en Córdoba propuso que cada participante construyera una “caja de resonancias”, con canciones, cartas y olores de su vida.
- En Buenos Aires, terapeutas vincularon juegos de memoria con arte performático: la evocación no como prueba, sino como escena.

Mnemos articula estos modelos y los sistematiza en propuestas replicables. Porque **cuando el abordaje respeta la lógica de la reorganización, se potencia la vitalidad psíquica y el sentido existencial.**

8. La estética del recuerdo: formas de verdad

La reorganización de la memoria no es sólo funcional. También es estética. ¿Por qué algunas personas mayores recuerdan frases poéticas, imágenes intensas, melodías remotas? Porque la mente no guarda datos: guarda formas.

El olvido de la serie numérica, pero no del tango. La imposibilidad de recordar la comida de ayer, pero sí el primer beso. Eso habla de una **memoria poética**, que no responde al orden de lo útil, sino al orden de lo verdadero.

El recuerdo no es veracidad, es intensidad.

Trabajar con esa dimensión estética permite:

- Despatologizar olvidos selectivos.
- Construir puentes intergeneracionales.
- Redefinir la función social del recuerdo.

Y aquí, otra vez, Mnemos aparece como dispositivo: sus juegos no piden respuestas correctas, sino evocaciones intensas. Porque en la vejez, **evocar no es recordar lo mismo, es inventar un lugar desde donde seguir existiendo.**

9. Reorganizar como acto de resistencia

En una cultura que valora la velocidad, el dato y la productividad, reorganizar la memoria es un gesto contracultural. Es negarse a la linealidad. Es preferir la escena afectiva al archivo ordenado.

Cuando una persona mayor olvida lo que la sociedad quiere que recuerde, pero recuerda lo que le dio sentido a su vida, **está resistiendo**. Está diciendo: “Mi verdad no es la de tu calendario, sino la de mi cuerpo.”

La memoria reorganizada no es pasividad. Es otra forma de decir “yo soy”.

10. Conclusión: el arte de no recordar todo

No todo debe recordarse. No todo debe reactivarse. A veces, la reorganización de la memoria es una forma de alivio, de cuidado, de defensa amorosa.

El rol de profesionales, familiares e instituciones no es forzar la recuperación, sino **ofrecer entornos donde esa reorganización sea posible sin castigo**.

La memoria no desaparece.

La memoria muta.

Y en esa mutación, también vive.

CAPÍTULO 6 - Errores comunes de familiares bienintencionados

Lo que se hace por amor... y daña

“La buena intención no alcanza cuando no se entiende el modo en que la mente envejece. Lo que se repite como gesto de cuidado puede convertirse en rutina de deterioro.”

— Registro clínico, supervisión en psicología social, 2022.

1. Introducción: el amor como doble filo

Hay un mito que se repite en el campo del acompañamiento a personas mayores: que el amor basta. Que con paciencia, presencia y ternura, todo se puede.

Pero no es así.

El amor, sin conocimiento, puede convertirse en un arma de doble filo.

Y en el campo de la memoria, donde lo subjetivo se reconfigura y los sentidos se vuelven delicados, las buenas intenciones pueden provocar consecuencias devastadoras.

Los errores de los familiares no surgen de la maldad. Surgen del miedo, del desconocimiento, de los modelos heredados. En este capítulo abordaremos con profundidad, crudeza y respeto algunos de esos errores.

No para señalar culpables.

Sino para **desactivar la maquinaria afectiva que destruye mientras cree que sostiene.**

2. La sobreprotección como forma de daño

Uno de los errores más frecuentes —y socialmente validados— es la sobreprotección. Impide que la persona mayor tome decisiones, se mueva sola, responda por sí misma.

Ejemplos típicos:

- Un hijo responde por su madre antes de que ella termine la frase.
- Una nieta le alcanza todo para evitar que “haga esfuerzo”.
- Se interrumpe cualquier actividad si hay lentitud.

La sobreprotección es, en términos clínicos, una violencia disociada: quita agencia bajo la coartada del afecto.

Desde las neurociencias cognitivas, está demostrado que **la autonomía preservada favorece la neuroplasticidad y el mantenimiento de redes funcionales.**

Desde la psicología social, sabemos que **la identidad se construye a través de la participación.**

Y desde el psicoanálisis, que **el deseo solo se despliega cuando hay lugar para la falta, el error, la demanda.**

Por eso, cuando se sobreprotege, no se cuida.

Se impide.

3. La corrección compulsiva: microagresiones cotidianas

“Abuela, no era en 1982, fue en el 85.”

“No, ya me contaste eso.”

“Te equivocaste de nombre, ese ya murió.”

“Pero si eso no fue así.”

Estas frases se dicen por costumbre, sin pensar. Pero detrás de cada una hay una miniatura de violencia.

Un ejercicio de poder.

Una desautorización simbólica.

La corrección compulsiva no tiene función de verdad. Tiene función de control.

Lo que se intenta, inconscientemente, es ordenar el relato de la persona mayor dentro de los parámetros del interlocutor.

Pero los relatos de la vejez no buscan cronología: **buscan resonancia.**

Desde una perspectiva clínica, corregir todo el tiempo:

- Desorganiza la narrativa personal.
- Aumenta la ansiedad.
- Fomenta la inhibición del discurso.

Desde una mirada ética: **si una persona confunde un dato, pero mantiene la emoción del relato, lo que debe validarse es la emoción, no el dato.**

4. Narrativas impuestas: el imperio del recuerdo correcto

Otro error común es contarle a la persona mayor su propia historia.

“Vos siempre decías...”

“Te acordás cuando hiciste tal cosa, ¿no?”

“Esa época fue la mejor de tu vida, ¿no es cierto?”

A veces se hace para estimular la memoria.

Pero muchas veces es para reforzar una imagen fija, que tranquilice al entorno.

El resultado es que la persona se vuelve **un personaje de su propia historia**, y deja de habitarla subjetivamente.

Desde la teoría del sujeto, sabemos que:

- La identidad no es archivo, es acto.
- El recuerdo no es dato, es escena.
- El pasado no es estable, es reconfigurable.

Por eso, repetir una historia que no conecta con lo que la persona siente hoy puede ser una forma de disociarla de su presente.

En lugar de ayudarla a recordar, **la obligamos a encarnar una versión obsoleta de sí misma.**

5. El mandato de “hacerle bien”

“Lo llevo a ese taller porque le va a hacer bien.”

“Le compré este libro para que no se deteriore.”

“Lo saqué a pasear porque estaba muy apagado.”

Estas frases son comunes.

Y no están mal en sí mismas.

El problema es **el mandato subyacente**: la idea de que todo lo que hacemos tiene que tener una función correctiva, terapéutica, útil.

Pero las personas mayores no son proyectos de restauración.

Son sujetos deseantes, que pueden (y deben) participar en las decisiones que afectan su tiempo, su cuerpo y su deseo.

Desde la psicología institucional, sabemos que:

- La imposición de actividades recreativas **sin consulta real** genera rechazo encubierto o simulación adaptativa.
- La lógica del “hacerle bien” muchas veces **borra el registro de lo que la persona desea.**

La clave está en un verbo: proponer.
No imponer.
Preguntar.
No suponer.

6. Culpas heredadas y exigencias inconfesables

Uno de los motores ocultos más peligrosos en el vínculo con personas mayores es la culpa.
Guilt-driven care.
Es decir: cuidados que no emergen del deseo, sino del remordimiento.

Culpa por no haber estado.
Por haber sido hijos ausentes.
Por haber tenido conflictos.
Por no saber qué hacer.

Y esa culpa se transforma en hiperexigencia:

- Se exigen resultados inmediatos en tratamientos.
- Se pretende que la persona “ponga voluntad”.
- Se mide la eficacia de los juegos o talleres por respuestas visibles.

Desde la teoría del vínculo, eso genera un doble mensaje:
“Te quiero ayudar, pero quiero que me demuestres que vale la pena hacerlo.”
Y eso **no ayuda**.
Eso **condiciona**.

El resultado es devastador: la persona mayor, en lugar de sentirse acompañada, **se siente evaluada**.

Y entonces empieza a rendir examen de memoria, de humor, de actitud.
Se activa una lógica performativa.
Y la vida deja de ser vivida: se convierte en una prueba.

Acompañar sin destruir

“La escucha es un acto político: habilita o cancela la existencia del otro.”
— Análisis clínico en entorno institucional, Córdoba, 2023.

7. El silencio como dispositivo clínico-afectivo

En muchas familias, el silencio se vive como vacío. Como una señal de que algo falta.
Pero en el acompañamiento a personas mayores, el silencio puede ser lo más valioso.

Cuando un hijo se sienta junto a su padre y no dice nada.
Cuando una nieta camina con su abuela sin forzar una charla.
Cuando no hay preguntas, ni pruebas, ni deberes de recordar.

Eso, que parece nada, **es todo**.
Es presencia.
Es respeto por el tiempo interior.
Es confianza en que el otro también puede habitar el mundo sin tener que demostrar nada.

Desde la psicología existencial, el silencio compartido genera:

- Regulación emocional mutua.
- Apertura a la expresión no verbal.
- Validación del estar sin necesidad de rendimiento.

Desde el psicoanálisis, el silencio es condición para que emerja lo latente.
Y desde la psicología social, es un **acto de restitución simbólica del tiempo subjetivo**.

8. Acompañar sin infantilizar

Uno de los errores más destructivos —y menos reconocidos— es **la infantilización**.
Decir “viejito”, hablar en diminutivos, usar tono aninado.
Ofrecer golosinas como recompensa, felicitar como si se tratara de un niño.

Esto no solo es ofensivo.
Es funcional al vaciamiento de la identidad adulta.

En términos de análisis institucional:

- Se borra la historia de adultez.

- Se interrumpe la lógica de deseo sexual, político, intelectual.
- Se clausura la posibilidad de ejercer poder simbólico.

Una persona mayor **no necesita que la cuiden como a un niño**.

Necesita que la acompañen como a un sujeto adulto con otra velocidad, otro cuerpo, otra manera de estar en el mundo.

La ternura, cuando no reconoce al otro como sujeto completo, se vuelve ternura opresiva.

9. La ilusión de que “todo está bien”

“Está bárbaro, está mejor que nunca.”

“Es normal que se olvide.”

“Yo también me olvido las cosas, no pasa nada.”

Estos discursos, muchas veces, buscan tranquilizar.

Pero lo que hacen es **negar el dolor real** que puede estar sintiendo la persona.

Desde la teoría del trauma relacional:

- La negación de la experiencia genera disociación.
- El otro deja de ser interlocutor, y se convierte en espejo roto.

La persona mayor no necesita un entorno que le diga que todo está bien.

Necesita un entorno que le permita hablar de lo que no está bien, **sin ser juzgada**.

Que le habilite la tristeza, la incertidumbre, el miedo.

Porque lo verdaderamente reparador no es el optimismo compulsivo.

Es **la compañía lúcida en el tránsito de lo incierto**.

10. El elogio de lo simple: claves para una estimulación afectiva auténtica

No todo error se evita con teoría.

A veces, basta con cambiar la práctica concreta.

Aquí, algunas claves esenciales que se repiten en entornos que **sí logran acompañar sin dañar**:

- ✦ Escuchar lo que la persona quiere decir, no lo que nosotros queremos oír.
- ✦ Evitar frases hechas y lugares comunes (“vos podés”, “pensá en positivo”).
- ✦ Invitar a recordar a través de estímulos sensoriales: olores, canciones, texturas.
- ✦ Sostener la dimensión política del acompañamiento: la persona mayor no es apolítica, tiene historia, posición, pensamiento.
- ✦ Permitir la incomodidad. El acompañamiento verdadero no siempre es cómodo.

El juego, en este contexto, **no es una herramienta para que la persona rinda mejor**, sino una excusa para abrir un espacio nuevo.

Donde no importa si se gana, se pierde, se responde bien o no.

Importa **que haya risa, mirada, movimiento, contacto, humanidad.**

11. Conclusión: dejar de “hacer por”, empezar a “estar con”

El cambio fundamental es este:

Pasar de hacer por el otro, a estar con el otro.

No se trata de llenar los huecos.

Sino de compartir el vacío.

No de reparar la falla.

Sino de honrarla.

Los errores de los familiares bienintencionados no nacen del desamor.

Nacen del mandato de eficiencia que el sistema impone sobre los vínculos.

Pero si hay algo que el olvido revela es esto:

Que no todo debe recordarse para tener sentido.

Y que no todo debe corregirse para ser valioso.

Acompañar a alguien en su camino de reorganización mnémica no es salvarlo del deterioro.

Es salvarlo del abandono simbólico.

Y en ese gesto, **nos salvamos también nosotros.**

CAPÍTULO 7 — El rol institucional: lo que una residencia puede hacer bien

Entre el encierro y la hospitalidad: qué tipo de mundo construyen las residencias

“Una residencia no es una cárcel ni un hospital. Puede ser una casa. Pero solo si se la piensa como tal.”

— Informe de Intervención Institucional, Santa Fe, 2022.

1. De asilo a hábitat: genealogía de un modelo

El concepto de residencia geriátrica tiene un historial cargado de ambigüedad. Desde los antiguos hospicios donde se albergaban ancianos indigentes —lugares asociados al descarte, la caridad y la reclusión— hasta los actuales dispositivos mixtos que oscilan entre el hotel, el hospital y el hogar.

Este tránsito semántico no es menor.

Implica un **reposicionamiento simbólico del envejecimiento** dentro de la arquitectura institucional.

Los nombres importan:

- *Asilo* sugiere protección forzada.
- *Hogar* sugiere intimidad.
- *Residencia* sugiere permanencia, pero también estructura.

La institución geriátrica no es unívoca. Es un **campo de tensiones**:

- Entre lo clínico y lo vincular.
- Entre lo privado y lo comunitario.
- Entre lo individual y lo normativo.

Desde la perspectiva de la **psicología institucional**, la residencia es un escenario donde se reproduce o se transforma la lógica del biopoder: ¿se controla la vida o se la cuida?

2. ¿Qué puede una residencia?

Una residencia geriátrica puede ser un **dispositivo opresivo** que medicaliza el tiempo, infantiliza los cuerpos, apaga los deseos y aplasta la subjetividad.

O puede ser un **espacio de segunda vida**, donde las personas mayores encuentran nuevas formas de vínculo, sentido y expresión.

¿Qué hace la diferencia?

No el presupuesto.

No los metros cuadrados.

No la tecnología.

La diferencia está en la concepción del envejecimiento que orienta la práctica institucional.

Las instituciones que hacen bien su trabajo:

- No tratan síntomas, acompañan procesos.
- No controlan la conducta, habilitan la palabra.
- No organizan actividades, provocan experiencias.

El objetivo no es llenar el tiempo de los residentes con pasatiempos.

Es **devolverles el tiempo como territorio subjetivo.**

3. Cuatro pilares de una institución ética

Una residencia que acompaña bien tiene, como mínimo, cuatro pilares operativos y simbólicos:

1) Ritmo humano:

Se respetan los tiempos singulares de cada residente. No hay horarios rígidos que violenten el cuerpo o la voluntad. El desayuno puede ser a las 8 o a las 10. Dormir la siesta es un derecho, no una concesión.

2) Palabra viva:

Se estimula la narración autobiográfica. Se registran historias de vida. Se celebran aniversarios no como eventos administrativos, sino como actos poéticos del recuerdo. La residencia funciona como archivo viviente de memorias compartidas.

3) Espacio cuidado:

No alcanza con que la residencia esté limpia. Debe estar **ambientada para el deseo**: sillones con historia, cuadros familiares, rincones de lectura, objetos que evocan identidad. El lugar debe parecer un mundo habitable, no una escenografía higiénica.

4) Vínculo genuino:

Los cuidadores no se relacionan como autómatas, sino como personas. Se habilita el humor, la escucha, el gesto singular. Se permite el afecto, no solo el protocolo. Se construye comunidad, no solamente asistencia.

4. De la gestión a la ética del cuidado

Muchos directivos creen que gestionar bien una residencia es cumplir con normas de higiene, mantener la medicación al día y evitar conflictos familiares.

Eso es necesario, pero **no suficiente**.

Una buena institución geriátrica no se mide por la ausencia de quejas, sino por **la presencia de sentido** en la vida cotidiana de sus residentes.

El **cuidado**, entendido desde la ética, implica:

- Reconocer al otro como sujeto de derecho y deseo.
- Hacer lugar a su incomodidad, su crítica, su demanda.
- Permitir que el otro incomode a la institución.

El cuidado ético es incómodo. Porque obliga a revisar las rutinas. A cuestionar el “siempre se hizo así”. A formar al personal no solo en técnicas, sino en sensibilidad.

En palabras de Joan Tronto, el cuidado auténtico requiere:

“Atención, responsabilidad, competencia, capacidad de respuesta y solidaridad.”

5. ¿Qué hacen mal muchas residencias sin saberlo?

Las fallas más comunes no se notan a simple vista.

No están en los reportes, ni en las auditorías.

Están en **las prácticas cotidianas naturalizadas**:

- Poner la televisión como única fuente de estímulo.
- Tratar al residente como un paciente.
- Imponer actividades sin preguntar preferencias.
- Responder con “ya va” a cada pedido de escucha.
- Medicar antes de conversar.

Estas microviolencias, acumuladas, **apagan la vida simbólica** del residente.

Lo dejan funcionando, pero no habitando.

Respirando, pero no existiendo.

Del dispositivo de encierro al espacio de posibilidad

6. La arquitectura como pedagogía del cuidado

Una residencia no solo educa por sus personas: **educa por sus muros**.

La arquitectura institucional transmite valores:

- Un pasillo largo y gris enseña obediencia.
- Una sala circular invita al encuentro.
- Una cocina abierta promueve participación.

Desde la perspectiva de la **arquitectura emocional**, los espacios afectan la neuroplasticidad, el estado de ánimo y la disposición al vínculo. Un residente no se siente igual rodeado de azulejos clínicos que rodeado de madera, color y ventanas abiertas.

Algunas residencias, con escasos recursos, han logrado grandes transformaciones con cambios mínimos:

- Agregar mesas redondas para evitar jerarquías.

- Dejar que cada residente decore su habitación con fotos y objetos personales.
- Incluir música ambiental según la hora del día.
- Crear jardines internos con macetas compartidas.

Estas acciones son **más efectivas que un nuevo sillón de masajes.**

7. El personal: entre la tarea y el lazo

Uno de los factores determinantes del clima institucional es el **modo en que se vincula el personal con los residentes.**

El equipo no solo debe ser competente técnicamente. Debe ser **formado emocional y éticamente** para comprender el proceso del envejecimiento como un fenómeno integral. ¿Qué significa esto?

- Que un enfermero sepa escuchar sin patologizar.
- Que una cocinera recuerde las preferencias personales de cada uno.
- Que un cuidador sepa distinguir una crisis emocional de un “capricho”.
- Que una recepcionista salude con nombre propio, no con número de habitación.

Formar al personal es formar la **subjetividad institucional.**

Y también es protegerlo del burnout.

Un personal contenido, con supervisión, con espacios de expresión y con sentido del rol, cuida mejor.

No se trata de sumar tareas. Se trata de sumar sentido.

8. Experiencias que valen más que terapias

Muchas residencias centran sus agendas en actividades estándar: yoga, taller de memoria, manualidades, misa.

Todo eso puede ser útil, pero muchas veces está **desconectado de la biografía real de los residentes**.

Lo que sí transforma:

- Un taller donde se escribe la historia del barrio y cada residente aporta sus memorias.
- Un encuentro semanal de cine donde se proyectan películas de su juventud, seguidas de debate.
- La visita de nietos en un espacio coordinado para narrar cuentos en conjunto.
- La posibilidad de armar una radio interna donde se pasan canciones elegidas por ellos.

La clave no es la actividad.

Es **la resonancia simbólica** que produce.

¿La actividad conecta con algo valioso para esa persona?

¿La hace sentir parte?

¿Le devuelve agencia?

Esa es la medida del éxito.

9. Residencias que validan: el nuevo paradigma

Una residencia validante:

- No solo cuida cuerpos, **legitima existencias**.
- No mide resultados, **construye procesos**.
- No anula diferencias, **las celebra**.

Este paradigma se basa en una **antropología del cuidado no edadista**, donde el envejecimiento es visto como una etapa con potencia propia, no como una antesala del final.

En este marco, se impulsan:

- Consejos de residentes, donde opinan sobre decisiones cotidianas.
- Protocolos de consentimiento informados en lenguaje accesible.
- Programas de mentoría, donde los mayores enseñan oficios o saberes a voluntarios jóvenes.
- Espacios de duelo y conmemoración cuando alguien fallece.

Una buena residencia **no le teme a la muerte**.
La nombra. La acompaña. La resignifica.

10. Lo que Mnemos propone como nuevo estándar

Desde Mnemos trabajamos con instituciones que desean transformarse.
No ofrecemos soluciones mágicas.
Ofrecemos una **mirada diferente**: integral, ética y sensible.

Nuestros programas para residencias incluyen:

- Capacitación interdisciplinaria en estimulación cognitiva y comunicación afectiva.
- Juegos diseñados para activar memoria emocional, lenguaje y lógica sin infantilizar.
- Contenidos semanales que nutren el mundo simbólico de los residentes.
- Programas de validación institucional que premian las buenas prácticas.
- Acompañamiento en diseño de espacios que inviten al deseo.

Creemos que una residencia **no tiene que parecerse a un geriátrico**.
Puede parecerse a una plaza, a una biblioteca, a una casa con olor a sopa.

Lo importante es que los cuerpos mayores **no se borren**.
Y que la vejez sea, como decía Simone de Beauvoir,

“la conquista de una vida aún posible.”

CAPÍTULO 8 — Qué propone Mnemos, y por qué importa lo que hacemos

Fundamentos ético-profesionales y necesidad institucional

“Somos nuestra memoria, somos ese quimérico museo de formas inconstantes, ese montón de espejos rotos...”

— Jorge Luis Borges

1. Introducción: ¿Por qué Mnemos?

Mnemos es la primera agencia argentina especializada en estimulación cognitiva para adultos mayores, brindando soluciones innovadoras a geriátricos, centros de día y organismos estatales.

2. Fundamentos ético-profesionales

Mnemos se basa en principios fundamentales:

- **Respeto por la autonomía:** Reconociendo a las personas mayores como sujetos activos de su propio proceso de envejecimiento.
 - **Estimulación cognitiva personalizada:** Diseñando programas adaptados a las necesidades y capacidades individuales.
 - **Enfoque interdisciplinario:** Integrando conocimientos de neurociencias, psicología, gerontología y arte para una intervención holística.
 - **Compromiso con los derechos humanos:** Alineados con la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, promoviendo una vejez digna y libre de discriminación.
-

3. Necesidad institucional

Las instituciones que trabajan con adultos mayores enfrentan desafíos complejos:

- **Prevención del deterioro cognitivo:** Necesitan herramientas efectivas para mantener y mejorar las funciones cognitivas de los residentes.
- **Fomento del bienestar emocional:** Requieren programas que promuevan la autoestima, la motivación y la participación activa.
- **Capacitación del personal:** Es esencial formar a los equipos en estrategias de estimulación cognitiva y abordaje integral del envejecimiento.

Mnemos ofrece soluciones concretas para estas necesidades, con programas diseñados para mejorar la calidad de vida y el bienestar emocional de los residentes.

4. Programas y servicios

Mnemos desarrolla una variedad de productos y servicios:

- **Juegos de estimulación cognitiva:** Diseñados para mantener la mente activa, mejorar la memoria y fomentar la interacción social en adultos mayores.
 - **Talleres y capacitaciones:** Dirigidos a profesionales y cuidadores, brindando herramientas prácticas y estrategias efectivas.
 - **Libros de ejercicios:** Materiales con actividades diseñadas para potenciar la memoria y el bienestar de los adultos mayores.
 - **Programas institucionales:** Soluciones integrales para geriátricos y centros de día, adaptadas a las características y objetivos de cada institución.
-

5. Impacto y resultados

La implementación de los programas de Mnemos ha demostrado:

- **Mejora en las funciones cognitivas:** A través de actividades estructuradas y estimulantes.
- **Incremento en la participación y motivación:** Fomentando un ambiente activo y comprometido.
- **Fortalecimiento de los vínculos sociales:** Promoviendo la interacción y el sentido de comunidad entre los residentes.

Estos resultados reflejan el compromiso de Mnemos con una vejez activa, saludable y significativa.

Soluciones concretas que transforman la vida y el trabajo en el cuidado de personas mayores

1. Sitio web oficial

 www.mnemos.com.ar

Este es el portal central desde donde se articulan todos los servicios y recursos. Desde allí, profesionales, familias e instituciones pueden conocer la filosofía de Mnemos, acceder a contenidos gratuitos, adquirir juegos, contratar talleres o capacitaciones y entender cómo la estimulación cognitiva puede mejorar significativamente el bienestar y la salud emocional en la vejez.

2. Juegos de estimulación cognitiva

 **Partidos y otros juegos**

¿Qué ofrecen?

Juegos especialmente diseñados para trabajar la memoria, el lenguaje, el pensamiento lógico, la asociación emocional y la interacción social. Pensados para ser disfrutados en sesiones grupales o individuales, favorecen la participación, reducen el aislamiento y generan momentos de alegría compartida.

¿Cómo mejoran la vida de los adultos mayores?

Estimulan funciones cognitivas sin generar frustración. Son accesibles, divertidos y

diseñados desde la psicología social y la neurociencia. Fomentan el sentido del humor, el reconocimiento emocional y la autoestima.

¿Qué aportan a instituciones?

Funcionan como herramientas terapéuticas y recreativas de fácil aplicación por personal no especializado. Diferencian a la institución con propuestas innovadoras, estructuradas y de gran impacto emocional para residentes y familiares.

3. Recursos gratuitos para familias, cuidadores e instituciones

Recursos gratuitos

¿Qué ofrecen?

Guías descargables, desafíos cognitivos para imprimir, kits de evaluación, dinámicas familiares y contenidos de autoayuda. Son materiales simples, profundos y prácticos para estimular y acompañar a personas mayores.

¿Cómo mejoran la vida de los adultos mayores?

Les devuelven el rol activo en el juego, el aprendizaje y la comunicación familiar. Ayudan a sostener rutinas con sentido, a través de propuestas que valoran su historia, sus palabras y sus capacidades remanentes.

¿Qué aportan a instituciones?

Brindan herramientas listas para implementar sin costos adicionales. Ayudan a profesionalizar el trabajo diario y permiten ofrecer actividades de calidad incluso en contextos de bajos recursos.

4. Libros de autoayuda y entrenamiento mental

Libros de Mnemos

¿Qué ofrecen?

Material teórico-práctico con estrategias de estimulación cognitiva, entrenamientos semanales, consejos psicoeducativos y juegos integrados. Cada libro está diseñado para acompañar procesos terapéuticos o brindar orientación a familias.

¿Cómo mejoran la vida de los adultos mayores?

Empoderan al lector o al grupo lector. El contenido no subestima: propone desafíos,

ejercicios reflexivos y herramientas para sostener la lucidez y cultivar una vejez activa, sensible y crítica.

¿Qué aportan a instituciones?

Funcionan como manuales base para talleres, encuentros o capacitaciones internas. Aumentan el valor académico y humano de las actividades ofrecidas por la institución, diferenciándola del modelo asistencialista tradicional.

5. Capacitaciones para instituciones y equipos de trabajo

Capacitaciones Mnemos

¿Qué ofrecen?

Formaciones diseñadas para el personal de residencias, centros de día o clínicas. Incluyen herramientas concretas, ejercicios, dinámicas grupales, recursos neuropsicológicos y técnicas de comunicación efectiva con residentes y familias.

¿Cómo mejoran la vida de los adultos mayores?

Transforman el vínculo cotidiano. Un equipo capacitado se comunica mejor, comprende los olvidos sin patologizarlos, estimula con empatía y cuida con inteligencia afectiva. Los residentes perciben ese cambio.

¿Qué aportan a instituciones?

Aumentan la calidad de atención, reducen el desgaste del personal, profesionalizan el servicio y permiten acceder a certificaciones que mejoran la reputación institucional frente a familias y organismos.

6. Proyectos para instituciones (talleres, espectáculos, validación Mnemos)

Proyectos institucionales

¿Qué ofrecen?

Propuestas modulares adaptables a cada realidad: talleres de estimulación cognitiva, eventos temáticos, validación institucional, espectáculos lúdicos e intervenciones comunitarias.

¿Cómo mejoran la vida de los adultos mayores?

Les devuelven la escena pública. Los colocan como protagonistas de proyectos culturales,

lúdicos y simbólicos. Les permiten volver a ser parte de un “nosotros” activo, no solo de una residencia.

¿Qué aportan a instituciones?

Renuevan la imagen institucional. Generan impacto en familias, permiten diferenciarse en un mercado competitivo y alinearse con políticas de derechos humanos y envejecimiento activo.

7. Notas recomendadas del blog Mnemos

Blog completo

Te recomendamos tres artículos clave para comprender el enfoque humanista, técnico y afectivo de Mnemos:

-  ¿Qué pasa cuando una persona mayor se empieza a olvidar?
-  La paradoja de cuidar: vínculos, poder y sentido en la vejez
-  Estimulación Cognitiva: 12 claves para que funcione

Bloque Complementario: Plataformas de transformación institucional

1. Validación Institucional Mnemos

 www.mnemos.com.ar/validacion-institucional

¿Qué ofrece?

Un sello de calidad que certifica que una institución trabaja activamente por el bienestar cognitivo, emocional y social de las personas mayores. Incluye talleres, capacitaciones, recursos continuos, asesoramiento y acceso prioritario a proyectos.

¿Cómo mejora la vida de los adultos mayores?

Los convierte en parte de una institución que los valora, los estimula y los considera protagonistas de su proceso vital, en lugar de pacientes o sujetos pasivos.

¿Qué aporta a las instituciones?

Aumenta el prestigio y la confianza pública. Facilita convenios, mejora el posicionamiento digital y garantiza calidad de servicios comprobable ante familias, medios y organismos públicos.

📌 2. OCC: Programa de Formación para Operadores Cognitivos Comunitarios

📌 www.mnemos.com.ar/occ-operadores-cognitivos-comunitarios

¿Qué ofrece?

Una capacitación innovadora que forma a referentes comunitarios, cuidadoras, trabajadoras sociales, promotoras de salud o personal de centros de día para que se conviertan en multiplicadores de estimulación cognitiva en sus entornos.

¿Cómo mejora la vida de los adultos mayores?

Permite que el estímulo cognitivo esté presente en los barrios, en contextos vulnerables, en centros comunitarios o rurales, más allá del sistema de salud formal.

¿Qué aporta a las instituciones?

Les permite contar con agentes formados que trabajan con criterios humanistas y técnicos. Democratiza el acceso a herramientas de alta calidad profesional. Favorece la inclusión, la prevención y el desarrollo local con enfoque comunitario.

🧠 3. Memorias Vivas: Programa de recuperación y activación de la identidad narrativa

📌 www.mnemos.com.ar/memorias-vivas-

¿Qué ofrece?

Un proyecto institucional que recupera historias de vida de los residentes mediante entrevistas, fotografías, videos, relatos y actividades lúdico-literarias. Cada memoria se transforma en contenido significativo para ser compartido con las familias.

¿Cómo mejora la vida de los adultos mayores?

Restituye la identidad narrativa. Reconstruye el sentido de sí mismo. Devuelve la palabra, la historia, la voz y el reconocimiento de trayectorias únicas.

¿Qué aporta a las instituciones?

Dignifica la relación con las familias. Mejora la comunicación institucional. Transforma la residencia en un espacio de cultura viva y comunidad, no solo de cuidados básicos.

4. Contenidos de Estimulación Cognitiva para Medios de Comunicación

 www.mnemos.com.ar/contenidos-para-medios

¿Qué ofrece?

Columnas, juegos, secciones, notas, desafíos o cápsulas de audio/TV diseñadas para ser distribuidas en medios de comunicación que lleguen al segmento de personas mayores. Incluye branding compartido con medios que promuevan el bienestar y la longevidad activa.

¿Cómo mejora la vida de los adultos mayores?

Lleva contenido útil, entretenido y saludable a sus entornos cotidianos. Promueve la alfabetización digital, el uso del lenguaje, el juego en solitario y la estimulación en casa.

¿Qué aporta a las instituciones y medios?

Mejora el engagement con adultos mayores. Genera impacto social sin costo. Posiciona al medio como actor activo del bienestar comunitario y permite sumar valor agregado a sus propuestas.

Capítulo 9: Recursos gratuitos

I. El acceso como gesto político: gratuidad no es caridad

En un mundo donde el conocimiento se mercantiliza, donde el cuidado se terceriza, y donde la vejez suele quedar encapsulada en nichos asistenciales o familiares, ofrecer recursos gratuitos para el bienestar cognitivo de las personas mayores no es solo una acción solidaria: es un gesto político. En Mnemos, cada archivo descargable, cada boletín impreso, cada juego compartido sin costo, es una forma de restituir derechos. Porque no es beneficencia: es restitución de aquello que fue históricamente negado.

La gratuidad no puede entenderse como concesión de algo “extra”, sino como el reestablecimiento parcial de un equilibrio social alterado. En la Argentina actual, la desigualdad en el acceso a materiales de estimulación cognitiva y contenidos lúdicos de calidad se agudiza con la edad, el aislamiento, la condición económica o el entorno institucional. Por eso, desde Mnemos decidimos sistematizar una política de **recursos**

gratuitos de alto impacto, no como estrategia de marketing, sino como **principio de justicia cognitiva**.

Así, se rompe con el paradigma neoliberal de “sálvese quien pueda”, de “pagás lo que valés”, para proponer un sistema donde los recursos circulan como bienes comunes. La estimulación cognitiva, entonces, se posiciona como un derecho cultural y sanitario, no como un lujo.

II. El recurso como soporte de agencia subjetiva

Cada uno de los recursos gratuitos que ofrecemos –juegos, boletines, materiales descargables, kits de evaluación, infografías o dinámicas interactivas– tiene un fin concreto: no solo estimular, sino **devolver agencia a quien lo utiliza**. Esto significa permitirle a la persona mayor recuperar la posibilidad de decidir, jugar, recordar, conversar, participar, proyectar.

Por eso están diseñados con un lenguaje accesible pero no infantilizado, con humor sin crueldad, con desafíos que respetan los tiempos del envejecimiento sin renunciar a la complejidad. No se trata de llenar el tiempo de las personas mayores, sino de devolverles el **derecho a un tiempo con sentido**.

III. Acceso para familias, instituciones, profesionales y medios

Los recursos gratuitos de Mnemos están disponibles para diferentes públicos, cada uno con su enfoque:

- **Para familias:**

Materiales breves, prácticos y reutilizables, pensados para imprimir, pegar en la heladera o jugar con nietos. Sirven como disparador para conversaciones, ejercicios de memoria emocional y conexión afectiva.

- **Para instituciones:**

Kits diagnósticos, desafíos cognitivos semanales, propuestas de talleres, guías para estimular en grupos. Herramientas especialmente útiles en geriátricos, centros de día y residencias, sin necesidad de contar con profesionales especializados.

- **Para profesionales:**

Archivos en PDF, fichas para seguimiento, modelos de intervención y protocolos

éticos. Pueden incorporarlos en tratamientos, ateneos clínicos o sesiones terapéuticas.

- **Para medios de comunicación:**

Juegos breves para radio, columnas para diarios, desafíos visuales para redes, todo con licencias abiertas para su difusión gratuita. Porque creemos que los medios también son espacios de estimulación y transformación cultural.

IV. Infraestructura digital sin barreras

Para sostener esta política de acceso, Mnemos desarrolló una infraestructura digital específica:

-  Sitio web sin publicidades invasivas
-  Navegación clara y optimizada para adultos mayores
-  Descargas directas, sin requerir registro
-  Materiales disponibles en formato accesible para impresión
-  Sección exclusiva de [recursos gratuitos](#): actualizada periódicamente y abierta a nuevas propuestas

Esta estructura se mantiene gracias al trabajo conjunto de diseñadores, psicólogos, neurocientíficos, correctores y desarrolladores, que entienden que el acceso no debe depender de las condiciones técnicas o económicas del usuario. El compromiso con la accesibilidad no es un detalle, es un principio.

V. Por qué lo gratuito también tiene valor

Muchas veces, lo gratuito se subestima. Pero en Mnemos lo pensamos de otro modo: lo gratuito no vale menos, vale distinto. Tiene un valor que no se mide en transacciones sino en transformaciones. Cada recurso gratuito que llega a una familia, a una terapeuta, a una residencia, genera **un microcambio subjetivo y vincular**. Y ese microcambio tiene efectos:

- Se inicia una conversación que no se daba.
- Se recupera una palabra olvidada.
- Se revive una canción, un refrán, una receta.
- Se fortalece la autoestima, la memoria emocional o la lucidez lúdica.

Esa es la verdadera métrica.

VII. Testimonios: el impacto real de un recurso gratuito

A continuación, presentamos testimonios reales extraídos de las opiniones públicas en el perfil oficial de Mnemos en Google. Estos relatos breves no solo confirman la recepción positiva, sino que revelan cómo los materiales gratuitos impactan en la vida cotidiana:

“Una propuesta sólida, lúdica y humana para quienes acompañamos a adultos mayores. ¡Gracias por compartir herramientas que emocionan y transforman!”

— Lic. Ailén R., psicóloga gerontológica

“Lo usé con mi abuela y su grupo de amigas. No solo se rieron: recordaron historias que hacía años no contaban. Lo lúdico como pasaporte a la memoria afectiva. ¡Gracias!”

— Ignacio V., nieto y docente

“Descubrí Mnemos por sus desafíos gratuitos. Terminé incorporándolos en mis talleres semanales. Material de calidad, hecho con inteligencia y mucho respeto.”

— Silvia M., tallerista comunitaria

“Estoy muy agradecida por poder descargar el material para usar en casa con mi mamá. Es útil, variado y digno. No infantiliza, no subestima. Eso vale oro.”

— Natalia C., cuidadora familiar

Estos comentarios no fueron editados ni adaptados. Reflejan la multiplicidad de usos, efectos y públicos que los recursos gratuitos alcanzan. Desde el nieto que improvisa una ronda de juegos, hasta la terapeuta que profesionaliza una intervención, **lo gratuito se vuelve vínculo.**

VIII. Llamados a la acción específicos por público

La propuesta de Mnemos no se limita a dejar disponible un botón de descarga. Cada recurso gratuito forma parte de una estrategia de expansión del pensamiento, del juego y del cuidado. A continuación, sintetizamos los **llamados a la acción** para cada tipo de visitante:

► Familias

- Descargá los [kits gratuitos](#) para imprimir y jugar con tu ser querido.
- Leé el artículo “¿Qué pasa cuando una persona mayor se empieza a olvidar?” y compartilo con tus hermanos, nietos o cuidadores.
- Escribinos si necesitás orientación personalizada: contacto@mnemos.com.ar

► Profesionales

- Accedé al boletín semanal gratuito Desafíos y sumalo a tus sesiones clínicas.
- Aplicá el [kit de evaluación diagnóstica para profesionales](#) para sistematizar tus abordajes.
- Seguinós en [LinkedIn](#) para acceder a reflexiones clínicas y oportunidades de capacitación.

► Instituciones

- Descargá la guía de [autoevaluación institucional](#) para medir tu nivel de estimulación cognitiva y conocer áreas de mejora.
- Conocé el Programa de Validación Institucional Mnemos, exclusivo para instituciones comprometidas con la excelencia.
- Contactanos para recibir una propuesta a medida: +54 9 341 544 2126

► Geriátricos, residencias y centros de día

- Incorporá los Desafíos Cognitivos Semanales con entrega mensual o trimestral.
- Sumate al circuito de Capacitaciones para instituciones.
- Organizá talleres, espectáculos o actividades con nuestros juegos.

► **Medios de comunicación**

- Solicitá acceso a nuestra carpeta de contenidos adaptables para radio, TV y gráfica.
- Reproducí desafíos, crucigramas y frases lúdicas con atribución a Mnemos.
- Proponé una columna o sección fija sobre estimulación cognitiva. ¡Te damos los contenidos!

IX. Fortalecer el ecosistema: articulaciones y sostenibilidad

Para sostener una política de recursos gratuitos, Mnemos se apoya en:

- Proyectos con fundaciones como Fundación Navarro Viola
- Alianzas con gobiernos locales y áreas de adultos mayores
- Donaciones simbólicas o contribuciones de quienes descargan material
- Modelos híbridos entre gratuidad universal y servicios premium
- Validaciones cruzadas entre productos: quien juega, luego se capacita; quien descarga, luego consulta

Este ecosistema no busca monetizar la vejez. Busca garantizar su **derecho al juego, al pensamiento y a la belleza**. Por eso, los recursos gratuitos no se financian solos: son sostenidos por un sistema de coherencia institucional y colaboración intersectorial.

X. Recursos destacados del blog que complementan la propuesta

Los contenidos del blog de Mnemos también están integrados en esta estrategia. Se seleccionan cuidadosamente para complementar los recursos gratuitos y profundizar el abordaje desde distintas disciplinas. Recomendamos especialmente:

- “Neurodiversidad en la vejez: pensar lo diferente como riqueza”
- “Estar presente no es lo mismo que estar disponible”
- “Cómo pensar un taller de estimulación cognitiva desde lo comunitario”

Estos textos no son divulgativos en tono superficial. Son materiales de profundidad media y alta, con argumentos psicosociales, neurocientíficos y clínicos. Sirven tanto para pensar políticas públicas como para renovar la práctica institucional cotidiana.

XI. El futuro del acceso: plataformas abiertas, investigación colaborativa y federalismo digital

La visión de Mnemos a futuro incluye:

- Crear una **plataforma de investigación colectiva**, donde profesionales carguen sus intervenciones, sistematicen resultados y generen evidencia clínica comunitaria.
- Promover el desarrollo de una **API de recursos libres** para medios, gobiernos y ONGs.
- Impulsar la creación de una **Red Federal de Estimulación Cognitiva Comunitaria**, con nodos locales, capacitaciones, kits y materiales integrados.

Todo lo anterior tendrá como base la **gratuidad garantizada en el acceso esencial**. El saber debe circular. Porque cuando se comparte, se multiplica. Y porque la dignidad cognitiva no puede tener precio.

Capítulo 10: Epílogo: dignidad, ternura y verdad en la hora del olvido

I. El olvido como portal de humanidad

En la escena clínica, institucional o familiar, muchas veces se busca “detectar el olvido”. Como si fuera una enfermedad. Como si la memoria fuera un archivo que hay que preservar intacto. Como si todo aquello que no se recuerda estuviera perdido. Esta lógica contable, higienista y patrimonial de la memoria es, en sí misma, un síntoma de la época.

Hay algo profundamente humano en olvidar. No es un error del sistema. No es una falla. El olvido es parte constitutiva de la existencia psíquica. Es una forma del cuerpo de protegerse, de la mente de procesar lo insoportable, y del lenguaje de encontrar nuevos caminos cuando las palabras anteriores ya no alcanzan.

Olvidar no es rendirse. Es, muchas veces, una forma de empezar de nuevo. Quienes

trabajamos con personas mayores lo sabemos bien. Hay momentos en que una paciente ya no recuerda el nombre de su nieto, pero sostiene su mano con una ternura intacta. Otros en que una mujer no puede relatar qué hizo el día anterior, pero baila un tango con una precisión emocional conmovedora. ¿Qué clase de memoria es esa, sino una forma de sabiduría profunda? Este libro ha intentado recorrer, sin simplificaciones, las formas

en que el olvido se

presenta: como síntoma, como señal, como defensa, como reorganización, como metáfora. Y ha intentado hacerlo sin caer en el fetiche del diagnóstico precoz ni en el desprecio a lo que no se ajusta a los estándares productivos de la mente joven y veloz.

Es momento de preguntarnos: ¿qué sociedad queremos construir si seguimos temiendo tanto al olvido?

II. Lo que la dignidad no olvida

Dignidad no es recordar los nombres. Dignidad no es completar crucigramas. Dignidad no es que alguien “rinda” cognitivamente para los estándares de normalidad.

La dignidad es que esa persona pueda seguir siendo tratada como sujeto. Que se respete su historia incluso cuando ella ya no pueda narrarla. Que haya alguien, un entorno, una institución o una comunidad que **no olvide su valor**.

El Alzheimer no borra biografías. Las reemplaza con otras formas narrativas. A veces fragmentadas. A veces no verbales. Pero igual de reales. La tarea de quien acompaña no es

“hacer que recuerde”, sino **saber leer esos otros lenguajes**: el gesto, la pausa, la evocación sensorial, el tono de voz.

La psicología social ha enseñado que la identidad no está en el individuo, sino en la trama. Y el psicoanálisis nos recuerda que incluso lo reprimido retorna bajo otras formas. Entonces ¿cómo podríamos pensar el olvido como desaparición, si lo que ocurre es transformación?

El verdadero olvido, el peligroso, es el social: cuando dejamos a los viejos solos, cuando las instituciones repiten protocolos sin alma, cuando las familias renuncian al encuentro, cuando los medios infantilizan a la vejez o cuando la política los trata como carga y no como legado.

III. Ternura como política

Decir ternura puede sonar ingenuo. Pero desde Mnemos lo decimos con convicción estratégica: **la ternura es una política de resistencia**.

En un mundo que valora lo rápido, lo útil, lo joven, lo fuerte y lo productivo, ejercer ternura con quienes olvidan es un acto de desobediencia cultural. Es resistir la lógica del descarte. Es abrir tiempo para lo lento, lo que tarda, lo que vuelve de otra manera. Hay ternura cuando

un trabajador de un geriátrico se sienta cinco minutos más a escuchar un relato repetido. Hay ternura cuando una nieta le pone el perfume de siempre a su abuela aunque ella no se lo pida. Hay ternura cuando un profesional adapta su vocabulario para que el otro comprenda sin sentirse infantilizado.

Y hay ternura, también, cuando una institución decide incorporar estimulación cognitiva con respeto, con juego, con humanidad. Cuando apuesta a que el envejecimiento no es un derrumbe, sino una mutación con derecho a belleza.

IV. Lo que olvidamos como sociedad

La forma en que tratamos a las personas mayores revela más sobre nosotros que sobre ellas. Hay una cultura que produce olvido institucional. Que genera desmemoria colectiva. Que reduce la vejez a una caricatura: del abuelito simpático o de la señora confundida que no molesta. Y en esa caricatura, se borran trayectorias, batallas, duelos, conquistas, ideas. Se borra historia viva.

Argentina es un país donde muchos de los que hoy olvidan fueron los que defendieron la democracia, criaron generaciones, fundaron barrios, sostuvieron la salud pública o enseñaron en escuelas rurales. Son personas que amaron, perdieron, escribieron cartas, lucharon. ¿Cómo podríamos permitirnos que sean solo “una cama más en la residencia”?

Olvidar lo que ellos son, como pueblo, es repetir una injusticia histórica. Y no es una frase retórica: es un acto político. Cuando una sociedad decide que los viejos no importan, esa sociedad pierde su futuro. Porque pierde la memoria de sus errores y la sabiduría de sus posibilidades.

En Mnemos lo sabemos. Por eso no vendemos solo juegos, contenidos o libros. Vendemos una **forma de posicionarse frente al envejecimiento**. Una forma de **desnaturalizar la negligencia disfrazada de normalidad**, una forma de construir cultura con memoria.

V. La verdad no siempre es una respuesta

Muchas familias se acercan preguntando si su madre, su padre, su tía, “está empezando con algo”. Y buscan una respuesta. Una etiqueta. Un diagnóstico. Lo entendemos. El miedo al deterioro es real, y la necesidad de certezas también.

Pero a veces, la verdad no es una respuesta. Es una escucha.

En este libro hemos insistido en que no todo olvido es patológico, y que incluso cuando lo es, hay margen de acción, de acompañamiento, de estimulación. Pero hay algo más profundo: **la verdad es el acto de no abandonar**. Es el gesto de seguir estando, aunque el otro no recuerde tu nombre. Es el compromiso de seguir encontrando sentido, incluso cuando la línea narrativa se corta.

Acompañar a alguien que olvida no es repetirle lo que fue. Es ayudarlo a descubrir quién puede seguir siendo.

Y eso exige amor, pero también herramientas, formación, comunidad. Por eso creamos **talleres, recursos gratuitos, capacitaciones, materiales personalizados**, porque no alcanza con la buena voluntad. Se necesita profesionalismo, arte, lenguaje, juego, ciencia.

VI. La esperanza como ética

Este epílogo no busca consolar. Busca comprometer.

La ética de Mnemos no es el optimismo vacío ni la esperanza forzada. Es la **esperanza como decisión ética**: la decisión de no resignarse a que los viejos se apaguen. La decisión de seguir creando recursos. De tender puentes. De investigar. De capacitar. De publicar. De poner la palabra donde otros solo ven burocracia.

Nuestra tarea es sostener memoria. No solo la de quienes envejecen, sino la de una sociedad que debe recordarse a sí misma como capaz de cuidar.

Que el olvido no sea un destierro. Que sea, cuando llegue, un paisaje transitable, acompañado, digno.

Y que la ternura, la que no se olvida nunca, nos encuentre a todos al final del camino.

Si llegaron hasta acá, les agradezco muchísimo. Fue un esfuerzo de un año de trabajo, pero de toda una vida de estudio y sensibilidad.

Con amor

Miriam



Bibliografía utilizada y sugerida

Documento: “Olvidos que alivian, olvidos que asustan”

Esta bibliografía reúne fuentes citadas implícitamente a lo largo del texto y otras que se recomiendan para ampliar el enfoque desde la neurociencia, la psicología clínica, social y psicoanalítica, el pensamiento gerontológico y la filosofía de la memoria.



NEUROCIENCIA Y MEMORIA

- LeDoux, J. (2002). *The Synaptic Self: How Our Brains Become Who We Are*. Viking.
- Squire, L. R., & Kandel, E. R. (2000). *Memory: From Mind to Molecules*. Scientific American Library.

- Budson, A., & Price, B. (2021). *Seven Steps to Managing Your Memory*. Oxford University Press.
 - Fernández, A., & Goldberg, E. (2006). *La mente en desarrollo*. Ariel.
-

PSICOLOGÍA COGNITIVA Y CLÍNICA

- Baddeley, A. D. (1997). *Human Memory: Theory and Practice*. Psychology Press.
 - Rebok, G. W. et al. (2014). "Ten-Year Effects of the ACTIVE Cognitive Training Trial on Cognition and Everyday Functioning in Older Adults." *Journal of the American Geriatrics Society*.
 - Ardila, A. (2010). *Neuropsicología de los trastornos de la memoria*. Manual Moderno.
-

PSICOLOGÍA SOCIAL Y GERONTOLOGÍA

- Pichon-Rivière, E. (1971). *Teoría del vínculo*. Nueva Visión.
 - Huenchuan, S. (2010). *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*. CEPAL.
 - Tornar, C. (2008). *Gerontología comunitaria*. Editorial Lugar.
 - Gori, R. (2002). *La salud mental en peligro*. Amorrortu.
-

PSICOANÁLISIS Y FILOSOFÍA DE LA MEMORIA

- Freud, S. (1915). *Lo inconsciente*. Obras Completas, Volumen XIV. Amorrortu.
- Assoun, P.-L. (2003). *Leçons psychanalytiques sur l'oubli*. Erès.

- Ricoeur, P. (2000). *La memoria, la historia, el olvido*. Fondo de Cultura Económica.
 - Derrida, J. (1996). *Archive Fever: A Freudian Impression*. University of Chicago Press.
-

TEXTOS RECOMENDADOS COMPLEMENTARIOS

- Goffman, E. (1961). *Asylums*. Aldine Transaction.
- Castaño, E. (2018). *Psicología del envejecimiento*. Paidós.
- Braidotti, R. (2022). *Lo posthumano*. Gedisa.
- Garbatzky, M. R. (2025). *Entrenamiento Mental para una Mente Lúcida*. Ed. Mnemos.