



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

Anales en
Gerontología

Revista del
Programa de Posgrado en
Gerontología

Anales en Gerontología

Revista del Programa de Posgrado en Gerontología
Universidad de Costa Rica

Número 11 ♦ 2019

ISSN 2215-4647

Anales en Gerontología es el medio de difusión por excelencia del Programa de Posgrado en Gerontología para dar a conocer resultados de investigaciones y de trabajos de instituciones y de profesionales de todas las disciplinas del conocimiento que, por su carácter nacional e internacional, abordan aspectos relacionados con la vejez y envejecimiento, así como también, para dar a conocer reflexiones o experiencias de vida.

DIRECTORA

Mabell Granados Hernández
Magíster Scientiae en Gerontología, UCR
Universidad de Costa Rica, Costa Rica
revista.gerontologia@ucr.ac.cr

EDITORA ACADÉMICA

M.Sc. Karen Masis Fernández
Magíster Scientiae en Gerontología, UCR
Universidad de Costa Rica, Costa Rica

EDITORA TÉCNICA

Ana Guiselle Sánchez Matarrita
Posgrado en Gerontología, UCR, Costa Rica
Tel. (506) 2511-4773

CONSEJO EDITORIAL

M.Sc. Maribel León Fernández
Magíster Scientiae en Gerontología, UCR
Universidad Nacional, Costa Rica

M.Sc. Elsa Méndez González
Magíster Scientiae en Gerontología, UCR
Pensionada, Costa Rica

Dra. Olga Marta Murillo Bolaños
Magíster Scientiae en Gerontología, UCR
Pensionada, Costa Rica

M.Sc. Mabell Granados Hernández
Magíster Scientiae en Gerontología, UCR
Posgrado en Gerontología, UCR, Costa Rica

Mauricio Blanco Molina
Magíster Scientiae en Gerontología, UCR
Universidad Nacional de Costa Rica, Costa Rica



PRESENTACIÓN

En cumplimiento con nuestro objetivo, desde el Posgrado de Gerontología entregamos a las personas interesadas en temas de envejecimiento y vejez el Volumen 11 de la Revista Anales en Gerontología, con la finalidad de que los conocimientos expuestos por autores nacionales e internacionales contribuyan a aumentar el acervo gerontológico, con la esperanza de que estos repercutan en la práctica, de manera que apoyen el quehacer cotidiano en los servicios gerontológicos en nuestras sociedades.

Los artículos del presente volumen están relacionados con temas de salud, psicología, aspectos sociales, odontología, tecnología. Asimismo se incluyó un apartado con una nota informativa alusiva al 25 Aniversario del Posgrado en Gerontología, con el objetivo de dar a conocer la trayectoria de este en la formación de profesionales en Gerontología en Costa Rica.

Esperamos que este Volumen al igual que los anteriores aporten insumos para la reflexión académica y la práctica gerontológica que contribuyan con la promoción de un envejecimiento con mayor calidad en la población envejeciente

Nuestro agradecimiento a las personas que participaron como autores de este Volumen e invitamos a nuestros lectores a publicar en la próxima edición.

M.Sc. Mabell Granados Hernández
Directora



**CONDICIONES DE VIDA Y HÁBITOS QUE CONTRIBUYERON AL DETERIORO
BUCODENTAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN CANTONES
SELECCIONADOS DEL ÁREA METROPOLITANA DE COSTA RICA 1998 A 2006**

**LIFE CONDITIONS AND HABITS THAT CONTRIBUTED TO THE BUCODENTAL
DETERIORATION OF OLDER ADULTS IN SELECTED CANTONS OF THE GREAT
METROPOLITAN AREA OF COSTA RICA 1998 TO 2006**

Olga Marta Murillo Bolaños¹

RESUMEN

Los malos hábitos de higiene bucodental y condiciones de vida han repercutido en una severa pérdida de piezas dentales en las personas adultas mayores (PAM) de acuerdo con una revisión de estudios realizados entre 1998 y 2006, referidos a seis cantones del Área Metropolitana. Se utilizó el método cuantitativo mediante un cuestionario y examen bucodental en una muestra de 1566 PAM, analizados mediante Epi-info 6 y el programa SPSS. La mayoría de las PAM viven en la pobreza, y su nivel educativo es bajo (6,6 años). Se conserva el mito en un 60% de que los dientes se pierden con el envejecimiento. Un 45% no tiene dientes y han usado las mismas prótesis por 26 y más años, las cuales se hallan en mal estado. Los que conservan algunos dientes naturales presentan caries en el cuello de los dientes y enfermedad de las encías; solo el 37% usa hilo dental. No acuden con regularidad al odontólogo. Como conclusión, se puede afirmar que son varios e importantes los factores que influyeron con la deteriorada salud bucodental encontrada, entre ellas la pobreza aunada al bajo nivel educativo. La principal necesidad es la rehabilitación protésica, y solo un número reducido puede acceder a la práctica privada y pocos asegurados tiene acceso a este servicio. Ante tales condiciones bucodentales de las PAM, quienes forman un porcentaje creciente de la población, tanto las instituciones públicas y privadas así como los profesionales que las atienden enfrentan un gran reto sobre cómo ejecutar las políticas de atención integral promulgadas por el CONAPAM y realizar programas de promoción y prevención de la salud bucodental como se ha establecido en las metas propuestas para el 2011-2021.

PALABRAS CLAVE: Persona adulta Mayor, Higiene dental, Salud bucodental.

ABSTRACT

Bad habits in dental hygiene and cultural factors have resulted in a severe loss of dental pieces among elderly people, according to a review of studies carried out between 1998 and 2006, in six cantons (municipalities) of the Great Metropolitan Area of Costa Rica. The studies were based on quantitative methods through, a questionnaire and a dental examination applied to a sample of 1566 older adults. Data were processed on Epi info 6 and SPSS. Most older adults studied live in poverty and have a low educational level (averaging 6.6 years of schooling). Certain myths continue to prevail, such as that 60% of teeth are naturally lost through aging. On average, 45% have no teeth and have used the same dentures for over 26 years, and these are in a poor state. Those still conserving some natural teeth, present root caries around the neck of their teeth and periodontal disease, only 37% use dental floss. They do not make regular visits to the dentist. In conclusion, it can be stated, that many important factors had influence on the deteriorated dental health found, among them poverty and low levels of education. Their main need is prosthetic rehabilitation, but only a limited number of this people have access to private or social security dental services. Given the state of dental conditions among them, who make up an increasing proportion of the population, both public and private institutions and dental professionals face a great challenge in implementing health policies such as those of National Council of the Elderly (CONAPAM), which seek an integrated attention approach, as well as to carry out programs dealing with promotion and prevention of dental health among the elderly, as part of the goals established for 2011-2121.

KEY WORDS: Elderly people, Dental hygiene, Dental health

¹Magíster Scientiae en Gerontología. Investigadora Independiente, Costa Rica. E-mail: muleoni@racsa.co.cr




Introducción

La situación actual demográfica en Costa Rica muestra una acelerada transición hacia una reducción relativa en grupos etarios jóvenes (15 años y menores) y un alza en la proporción en la población de las personas adultas mayores de 65 años, quienes forman un 8% de la población total. Dado el aumento en la expectativa general de vida que actualmente es de 80,3 años - 82 años para las mujeres y 77 para los hombres, (Instituto Nacional Estadística y Censos e Instituto *Health Metrics and Evaluation*, 2016), el porcentaje de personas adultas mayores (PAM) continuará en aumento en las décadas venideras, fenómeno demográfico derivado de una reducción en la tasa de natalidad, a la que se suma una expectativa de vida más larga para el costarricense, por lo que para el año 2025 la proyección es que el 14% de la población sea mayor de 65 años, es decir, el doble del porcentaje actual.

Para este creciente número de personas adultas mayores, Costa Rica debe procurar satisfacer el deber de contribuir a generar una buena salud general y una buena calidad de vida hasta el fin de sus días; por ende, como parte de ese derecho de las personas adultas mayores, se hace perentorio que tengan una satisfactoria salud bucodental. Sin embargo, los estudios sobre el tema han demostrado y confirmado lo que empíricamente en la práctica privada e institucional ha observado el odontólogo: una crítica condición bucodental de estas personas.

Entre los estudios pioneros en demostrar la mala condición bucodental de las personas adultas mayores está Brenes y Murillo (1990) llevado a cabo en el cantón de Coronado con una muestra de 276 personas de 60 años. El 70% de la población estudiada presentó edentulismo total, a lo que se suma una evidente necesidad de rehabilitación protésica y una deficiente calidad de los servicios odontológicos que recibieron estas personas adultas mayores.

UCR, Anales en Gerontología, Número 11, Año 2019, 1-17

Los contenidos de este artículo están bajo una licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/) 

Murillo, O. Condiciones de vida y hábitos que contribuyeron al deterioro bucodental...

El presente artículo se sustenta en la base de datos obtenida de la investigación realizada en la Facultad de Odontología de la Universidad de Costa Rica (UCR) durante los años 1998 y 2006 en los cantones de Coronado, Desamparados, Goicoechea, Curridabat, Montes de Oca y Moravia, dirigida a valorar la condición bucodental de la persona adulta mayor, en dichos cantones y a identificar algunas variables socioeconómicas que repercutieron en esa situación. El método usado fue cuantitativo y concluyó que las personas mayores en estudio presentaron una mala condición bucodental ya que se observó una elevada prevalencia de edentulismo (45%), mayormente en las mujeres, mientras que un 42% presentó caries radicular y el 56% necesitó algún tipo de prótesis.

Posterior a la investigación se realizaron seminarios de educación bucodental en cada uno de los cantones visitados para los que se convocó a las personas que habían previamente participado. Los temas fueron sobre prevención, tales como higiene de la boca, limpieza y cuidado de las prótesis, hábitos alimentarios entre otros.

Objetivo

Conocer cuáles fueron las condiciones de vida, como: situación económica, educación, estado general de salud e independencia física que repercutieron en los hábitos de higiene dental y les provocaron un deterioro de la condición bucodental a las personas mayores de los cantones citados.

Objetivos específicos

1. Conocer los hábitos de higiene bucodental así como las técnicas que aplicaron en la limpieza bucal, tanto para las piezas naturales como para las prótesis dentales.
2. Verificar el uso y el estado de las prótesis dentales, así como las condiciones fisiológicas, tales como masticación y la percepción de quienes las usan.

Murillo, O. Condiciones de vida y hábitos que contribuyeron al deterioro bucodental...

3. Conocer el estado económico, el nivel educativo, la condición general de salud así como el grado de independencia física de las personas adultas mayores participantes.

Revisión de la literatura


Una investigación de carácter clínico sobre las caries radicular (más común en la vejez, localizada en el cuello descubierto de los dientes), en las personas mayores de sesenta años, fue realizada por López y Rodríguez (1987) quienes, en una muestra de 98 personas en el cantón de Vázquez de Coronado, observaron una alta prevalencia de dicha caries; además, encontraron que este tipo de caries era más frecuente en los hombres y el estudio reveló que la población mayor presentaba enfermedad de las encías: ambas condiciones producto de falta de atención oportuna de tratamiento.

Luego, en un estudio detallado, hecho por Brenes y Hoffmaister (2004), realizado con 234 miembros de la Asociación Gerontológica Costarricense (AGECO) a escala nacional, se concluyó que el 54% había perdido totalmente sus piezas, un 38% presentaba pérdida parcial de las piezas dentales, y tenían alta prevalencia de caries radicular y enfermedad de las encías, aunado a la necesidad de prótesis.

En otra tesis, Porras (2009) demostró que la presencia de cierto grado de desnutrición se asocia a la mala condición bucodental en las personas adultas mayores que frecuentaban hogares diurnos en el cantón de Tibás.

Por su parte, Chaves y Madrigal (2006-2007) demostraron que las personas adultas mayores institucionalizadas en diferentes Hogares de Larga Estancia en Costa Rica presentaban una condición bucodental muy mala. Al estudiar una muestra de 404 personas adultas mayores se identificó un alto nivel de edentulismo (64%) y entre quienes aún mantenían las piezas naturales, se detectó un elevado depósito de biofilme dentobacteriano, sin dejar de lado que solo el 15% había recibido tratamiento dental

UCR, Anales en Gerontología, Número 11, Año 2019, 1-17

Los contenidos de este artículo están bajo una licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/) 

Murillo, O. Condiciones de vida y hábitos que contribuyeron al deterioro bucodental... durante su estancia en el hogar de ancianos. La cantidad de enfermedades crónicas y algún tipo de discapacidad que presentaban estas personas repercutieron en la mala condición de sus bocas, aunado a la falta de entrenamiento del personal de las instituciones para brindar atención en salud bucodental.

En su caso, de la tesis de Montes de Oca (2011), desarrollada en la Clínica Dental del Hospital Calderón Guardia con 97 personas adultas mayores, demostró que aquellos pacientes que acuden con relativa frecuencia a dicha clínica sí mantuvieron una satisfactoria salud bucodental, condición asociada a un mayor nivel de escolaridad en conjunto con una buena autoestima personal.

La referencia internacional de algunos estudios latinoamericanos también ha demostrado que, en general, las personas adultas mayores enfrentan una mala salud bucodental: al respecto, Mariño (1994) analizó 14 estudios en Latinoamérica de los que siete corresponden a investigaciones epidemiológicas, y la otra mitad se refiere a la percepción que tienen en cuanto a su estado de salud bucodental. Se concluyó que la mala condición bucodental de las personas mayores en América Latina enfrenta para la profesión odontológica un gran desafío y, a la vez, una oportunidad; por ende, es necesaria una buena planificación en lo que respecta a la prevención y educación bucodental.

En una investigación realizada en Puerto Rico (Fernández, 1996), se menciona que la deficiente salud bucodental en el adulto mayor se debe al bajo ingreso económico y escolaridad que redundan en una mala condición bucodental. El flúor agregado en el agua en Puerto Rico se inició en 1952, medida que repercutió en la mejoría del estado de la salud de los habitantes de la isla y, aunque, se discontinuó en el año 1967, se restauró de nuevo en 1988. El artículo menciona una serie de factores multidisciplinarios que incidían en la condición bucodental de las personas adultas

UCR, Anales en Gerontología, Número 11, Año 2019, 1-17

Murillo, O. Condiciones de vida y hábitos que contribuyeron al deterioro bucodental... mayores y menciona la incidencia de cáncer oral y de faringe, una de las más altas en relación con países como Brasil, Cuba, Perú y Paraguay.

Conceptos

Caries radicular: Una de las principales patologías de la persona adulta mayor e importante causa de pérdida de dientes es la caries dental. De ellas, la de mayor prevalencia es la caries radicular, seguida de la caries coronal, llamadas así por la distribución anatómica con respecto al diente. (Beck, Kohout y Hunt, 1998, y Roisinblot, 2010).

La prevalencia de la caries en el esmalte crece hasta la mediana edad y luego disminuye moderadamente, mientras que la caries en la raíz va en aumento progresivo conforme avanza la edad (Sáenz, 2002); por ende, es necesario prestar atención a factores que influyen en la producción de este tipo de caries, presencia del biofilme dentobacteriano, condición de la saliva, tipo de dieta y estado general de salud.

Biofilme o placa dentobacteriana: favorece la producción de caries en las superficies de los dientes, los agentes causales más frecuentes son los *Streptococcus mutans*, y el *Actinomyces viscosus*.

Edentulismo: Aunque el término edentulismo es un anglicismo, es la palabra más usada para referirse a la pérdida de dientes; se debe entender como un concepto integral que comprende todo el proceso biológico, socioeconómico, epidemiológico y médico que produce la pérdida de las piezas dentales; por consiguiente, se refiere a cualquier persona que haya perdido uno o más dientes sin incluir las terceras molares. (Sáenz, 2001). En su etiología, se menciona enfermedades bucodentales, caries, enfermedad periodontal y mala oclusión, así como la salud del paciente, los traumatismos, el tratamiento ortodóntico mal efectuado, la iatrogenia protésica, factores

Murillo, O. Condiciones de vida y hábitos que contribuyeron al deterioro bucodental... socioeconómicos, educación dental, nutrición, y escasa accesibilidad a los servicios de atención.

Esta condición tiene un impacto directo sobre la autoestima de los individuos, dada la apariencia de cara senil como consecuencia de la disminución del hueso que sostenía los dientes, se produce colapso de las mejillas, pérdida del tono muscular, problemas fonéticos y negativo efecto en las relaciones interpersonales, entre otros (Roisinblot, 2010).

Enfermedad periodontal: Es la principal causa de pérdida de piezas dentarias en la población mundial, las cuales se van perdiendo progresivamente a pesar de que el diente mantenga una apariencia externa sana.

De acuerdo con Athena, Niessen y Chauncey (1991) se produce como consecuencia de la acumulación del biofilme dentobacteriano, en los dientes y las encías por higiene inadecuada con depósitos de restos alimentarios de tipo carbohidrato que son colonizados por bacterias que se multiplican en forma desmedida sobre esta superficie del diente. Esas bacterias, producto de su metabolismo, desechan ácidos, los cuales, empiezan a enfermar la encía y destruir el hueso que sostiene las piezas dentales. En un principio la enfermedad comienza con una “gingivitis” (inflamación crónica de las encías acompañada de sangrado espontáneo ante el más mínimo estímulo), situación que si no se detiene pronto avanza al estado de “peridontitis”, punto en el que la encía empieza a retraerse y desprenderse del diente conjuntamente con la pérdida del hueso que soporta los dientes. La consecuencia es que la pieza dentaria presenta movilidad progresiva. La periodontitis puede ser leve, moderada o severa, según sea el grado de la pérdida ósea (Baldoni, 2010).

Murillo, O. Condiciones de vida y hábitos que contribuyeron al deterioro bucodental...

La única forma de evitar la enfermedad periodontal es con el control mecánico del biofilme bacteriano, realizado mediante una adecuada técnica de cepillado después de cada ingesta de alimentos y con el correcto uso del hilo dental al menos una vez al día. El control medicado de este biofilme contribuye de manera muy favorable para lo cual se utilizan agentes antimicrobianos que ayudan a disminuir la cantidad de bacterias presentes en la microbiota de la boca, es indispensable que el individuo acepte seguir instrucciones de higiene bucodental de manera disciplinada.

Cuando la enfermedad periodontal se encuentra en cualquiera de sus estadios, además de mantener las medidas de higiene mencionadas, es indispensable la intervención del odontólogo para detener el avance de la enfermedad.

De igual manera, existen otros factores etiológicos que -aparte del biofilme dentobacteriano- coadyuvan al desarrollo de esta frecuente enfermedad, entre las cuales están: la diabetes, estados de inmunosupresión como el SIDA, síndromes o enfermedades congénitas como el Síndrome de Down, o el uso de ciertos medicamentos como los anticonvulsivos. Estudios actuales mencionan la relación existente de la periodontitis con enfermedad cardiovascular y ciertas demencias (Gil, 2015)

Metodología

Para cumplir con los objetivos enunciados, se tomó información de la base de datos, producto de la investigación a escala de los cantones: Goicoechea, Moravia, Desamparados, Montes de Oca, Curridabat y Coronado, entre los años 1998 y 2006.

El método que se usó en los años mencionados para la investigación fue la aplicación de un cuestionario, el cual fue probado en una prueba piloto a un grupo pequeño de personas adultas mayores. Al cuestionario, se le adjuntó el correspondiente examen bucodental.

Murillo, O. Condiciones de vida y hábitos que contribuyeron al deterioro bucodental...

La muestra abarcó 1566 personas adultas mayores de 60 años y más, de las cuales 982 fueron mujeres de los cantones antes mencionados. Los datos estuvieron recogidos por estudiantes de último año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Costa Rica, guiados y acompañados por la autora.

Cada año, la investigadora homologó criterios de los índices usados, para que los estudiantes lograran recolectar la información de manera fidedigna. El examen consistió en observar la presencia de caries en el cuello de los dientes, la pérdida de piezas dentales, el estado de las prótesis dentales, la presencia de enfermedad de las encías y el examen de los tejidos blandos. También, se les interrogó sobre hábitos de higiene bucodental, tiempo y manera en el uso de las prótesis y variables tales como nivel de educación, condición económica, grado de independencia física y el estado general de la salud.

En cada cantón se escogió una muestra basada en segmentos censales tomados al azar de los sitios en estudio y se ubicó a las personas adultas mayores casa por casa, quienes informaron sobre el lugar de residencia de sus congéneres. Los estudiantes trabajaron en pareja para obtener el consentimiento informado y examinar la boca a cada persona en su propia casa, en un tiempo promedio de treinta minutos.

Los datos fueron codificados e introducidos al programa Epi Info 6.4 y procesados en SPSS con el asesoramiento de una persona especializada en estadística perteneciente al programa Macro de Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad de Costa Rica. Esta investigación estuvo inscrita ante la Vicerrectoría de Investigación de esta misma casa de enseñanza.

Resultados

Se buscó la información específica y pertinente para el presente artículo, en la base de datos, consiguiéndose los siguientes resultados:


Se encontró un alto nivel de edentulismo (pérdida total de las piezas dentales) un 45% de las personas adultas mayores con esta situación, que fue más acentuada en las mujeres, diferencia que resultó estadísticamente significativa al 90% de confianza. Este resultado es consecuencia de los malos hábitos de higiene bucodental que mantuvieron, tales como: un 14% usó palillos para limpiar los espacios entre los dientes y eliminar de esta forma la impacción de comida, solo un 37% usó hilo dental y únicamente un 15% utilizó el enjuague bucal; un 5%, se lavaba la boca con bicarbonato y un porcentaje muy pequeño utilizaba el cepillo específico interproximal (cepillo pequeño en forma de hisopo, que se usa para limpiar espacios abiertos entre los dientes). Aunado a esta inapropiada higiene, un considerable número de personas mayores que perdieron sus dientes no frecuentaron al odontólogo.

Las personas adultas mayores que aún conservaban alguna de las piezas dentales el 52% presentaba una mala condición higiénica en su boca, lo que asegura que a corto plazo perderían sus dientes, ya sea por la caries presente (63%) o por la enfermedad periodontal un 65%.

Además, un 28% experimentaba sequedad en la boca y un 49% manifestó tener mal aliento. Estos resultados negativos, contrastan con la afirmación al asegurar ellos, que el 70%, alguna vez habían recibido asesoramiento sobre cómo lavar sus dientes y las prótesis dentales de manera correcta.

De dicha población, el 60% estaba convencido de que los dientes se pierden con el envejecimiento (aunque la edad promedio de pérdida fue a los 27 años) y el 38% de las mujeres creyó que los perdieron con los embarazos.

UCR, Anales en Gerontología, Número 11, Año 2019, 1-17

Los contenidos de este artículo están bajo una licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/) 

Murillo, O. Condiciones de vida y hábitos que contribuyeron al deterioro bucodental...

Las personas adultas mayores que no tienen ningún diente, todas usaban la prótesis superior, aunque se hallaran en mal estado. El 56% necesitaba una renovación de las prótesis, pero para el 34% no estaba a su alcance económico costearlas. En torno a la limpieza de las prótesis, ya sean totales o parciales, el 77% las limpiaba después de comer, pero el 98% utilizaba el mismo cepillo dental con dentífrico tanto para limpiar sus piezas naturales como las prótesis, y desconocían la existencia de cepillos y productos específicos o jabones para la limpieza de las prótesis.


Un 54% afirmó que el promedio de tiempo de uso de la prótesis fue de 26 años, aunque algunas personas dijeron haberla utilizado por más tiempo.

En general, el estado de las prótesis fue malo, pues el 55% de las mujeres y el 39% de los hombres, sus prótesis presentaban mala retención (20%), además de que se les acumulaba comida debajo. El 74% de estas personas presentó irritación en la mucosa del paladar, debido principalmente a que el 54 % de ellas no se las quitaban para dormir.

Con respecto a la percepción en el uso de las prótesis, un 78% dijo no tener problemas de masticación, el 51% manifestó satisfacción y solo muy pocas personas adultas mayores expresaron comer únicamente alimentos blandos, pero tampoco informaron problemas en cuanto al cambio del gusto de los alimentos o la sensación de variabilidad en su temperatura durante el proceso de la masticación.

Aparte de lo mencionado, las personas mayores envejecientes disminuyeron las visitas al odontólogo ya que del grupo entre 60 y 69 años, el 68% frecuentó al dentista en el último año, en el grupo de 70 a 79 años el 55% manifestó haber visitado al odontólogo y en el de 80 a 87 años, las visitas se redujeron a un 46% que iban donde el odontólogo cada año. Para recibir tratamiento dental las personas frecuentaban más a menudo las clínicas dentales privadas (39%), en contraste con el 21% que asistía a la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS).

UCR, Anales en Gerontología, Número 11, Año 2019, 1-17

Los contenidos de este artículo están bajo una licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/) 

Murillo, O. Condiciones de vida y hábitos que contribuyeron al deterioro bucodental...

La mala condición económica informada por estas personas adultas mayores, en general, confirma que se encuentran en situación de pobreza, puesto que sus ingresos económicos fueron bajos: el 52% recibía dinero por pensiones, un 23% contaba con ayuda familiar, un 33% mantenía un ingreso promedio de 100.000.00 colones, y solo un 17% se mantenía trabajando, principalmente los hombres en labores de campo.

Respecto del nivel educativo de las personas adultas mayores, en general poseían baja escolaridad, con un promedio de estudio de 6,6 años, situación que en los hombres resultó ser ligeramente mejor (6,8 años). El 70% tenía la educación primaria completa, el 30% inconclusa, pero solo un 15% poseía algún grado de educación secundaria y un 15%, obtuvo educación superior.

Un elevado porcentaje presentó alta prevalencia de enfermedades crónicas (79%) principalmente la hipertensión, enfermedades endocrinas, gastrointestinales, diabetes y colesterol elevado, situación que implica un alto consumo diario de medicamentos. Aún con tantos padecimientos crónicos, su percepción de la salud fue buena, pues el 58% de las personas mayores la notaron como buena o muy buena su condición de salud general, los hombres la percibieron mejor que las mujeres. Esta buena percepción los faculta para que logren realizar las actividades de la vida diaria. El 83% lograba desplazarse con independencia muy bien o bien, sin encontrar diferencia significativa entre hombres y mujeres. Más del 80% realizaba las actividades cotidianas, y mantenían la independencia para moverse, asearse, hacer las compras necesarias, así como para preparar sus alimentos.

Lo que mostró estadísticamente una correlación de -0,225 entre el índice de actividad física y la edad de los entrevistados.

Conclusiones

El enunciado del primer objetivo específico es: Conocer los hábitos de higiene bucodental así como las técnicas que aplicaron en la limpieza bucal, tanto para las piezas naturales como para las prótesis dentales.

Los malos hábitos de la higiene bucodental personal encontrados causaron muchos problemas, el mayor de ellos fue la pérdida de los dientes. Esta mala higiene bucodental, ya sea porque desconocían la manera correcta de limpiarse los dientes y el escaso uso del hilo dental, aunado al pésimo hábito de usar palillos dentales, les provocaron daño en las encías que conllevó a problemas gingivales.

Las personas adultas mayores que usaban prótesis dentales aunque lavaban las prótesis, no sabían la manera correcta de hacerlo, lo que produjo un deterioro más rápido de ellas, a lo que se suma que no lograron reemplazarlas debido al alto costo económico que este tratamiento les significaba.

En lo que respecta al segundo objetivo: Verificar el uso y el estado de las prótesis dentales, así como las condiciones fisiológicas, tales como masticación y la percepción de quienes las usan.

La mayoría de la población adulta mayor edéntulas solo usan la prótesis superior, ya que las prótesis inferiores en general no las retienen por la falta de hueso en la mandíbula. Las prótesis superiores se encontraban desajustadas principalmente debido a la falta de sustitución o de ajuste a lo largo del uso con los años. Aun considerando estas malas condiciones protésicas estas personas adultas mayores mantenían un alto nivel de adaptación y su percepción de las prótesis fue bueno, logrando de esta manera realizar la función masticatoria de forma satisfactoria y poder comer la mayoría de los alimentos sin problemas.

Murillo, O. Condiciones de vida y hábitos que contribuyeron al deterioro bucodental...

El arraigado y nocivo hábito de dormir con las prótesis encontrado, ocasionó lesiones en los tejidos del paladar y problemas en las piezas dentales remanentes.


Para el tercer objetivo: Conocer el estado económico, el nivel educativo, la condición general de salud así como el grado de independencia física de las personas adultas mayores participantes.

La precaria y general situación económica, aunado al bajo nivel educativo y diferentes condiciones culturales, repercutió de manera negativa, para que las personas de mayor edad en estudio perdieran sus piezas dentales al no poder acudir oportunamente a recibir tratamiento dental. Además, creer que con el envejecimiento y el embarazo los dientes se pierden de manera “natural”, ha sido un factor cultural importante que ha contribuido a una mayor pérdida de piezas dentales, situación que generó tanto la caries radicular, como la enfermedad periodontal, avanzaran con el tiempo, y provocaran la pérdida de la mayoría de las piezas dentales.

El padecer estas personas adultas mayores de varias enfermedades crónicas, tal como la diabetes las hace más susceptibles a la aparición de infecciones bucales. Asimismo, el alto consumo de medicamentos que a diario deben tomar, les provoca boca seca como un efecto secundario. Otros medicamentos, específicamente para el tratamiento para la hipertensión, medicinas que bajan el sistema inmunológico y algunos anticonvulsivos pueden provocar molestos agrandamientos de la encía. Condiciones que inducen a más problemas en la ya deteriorada salud bucodental que presentaron.

Se debe resaltar el valioso factor positivo, cual es, que estas personas adultas mayores mantenían una buena independencia física. Situación que les hizo posible continuar con una actividad laboral, trasladarse a sus citas médicas, así como realizar las diferentes actividades de la vida diaria.

UCR, Anales en Gerontología, Número 11, Año 2019, 1-17

Los contenidos de este artículo están bajo una licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/) 

Murillo, O. Condiciones de vida y hábitos que contribuyeron al deterioro bucodental...

Las conclusiones anteriores invitan a pensar cuán imprescindible es poner en práctica la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2011-2021, la cual propone la prestación integral de los servicios de salud, de forma tal que la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) y otras instituciones de salud den cobertura apropiada a las personas adultas mayores. La creación de programas de promoción y prevención de la salud bucodental incrementará el número de personas mayores que mantengan 21 o más piezas dentales funcionales en la boca, de modo que se reduzca las extracciones a causa de caries radicular y de la enfermedad periodontal, que hoy son los flagelos que causan la pérdida de las piezas dentales en la población adulta mayor (Hobdell, 2003).

Los programas de acción interdisciplinaria derivados de la Política Nacional de Envejecimiento es la oportunidad para la participación de las y los gerontólogos para educar y empoderar a las personas adultas mayores y que ellas mismas demanden sus derechos de recibir el tratamiento dental integral, de modo que la atención sea oportuna y no solo ante la presencia de dolor o molestia.

Además, hay que tener muy en cuenta, que en número absoluto y en porcentaje, esta población es una megatendencia nacional, lo cual requiere tomar las provisiones en cuanto a recursos para atenderlos, ya que como confirma este estudio, las personas adultas mayores en su mayoría son de escasos recursos conjuntamente con enfermedades crónicas de alto costo de tratamiento.

La autora, expresa el agradecimiento a aquellos estudiantes de último año de Odontología que aportaron su colaboración, especialmente en el levantamiento de la información, para que este trabajo se llevara a cabo de manera exitosa.

Referencias

- Athena, S., Niessen, L., Chauncey, H. (1991). *Geriatric Dentistry. Aging and oral health*. Editorial Mosby Year Book editorial Mosby Year Book USA.
- Baldoni, M. (2010). La patología periodontal en el anciano, capítulo 8. *Compendio de Odontología geriátrica España*.
- Beck, J., Kohout, F. y Hunt, R. (1998). Identification of high caries risk in adults: actitudes, social factors and diseases. *Int Dent J.*, 38, 231-629
- Brenes, W. y Murillo, G. (1990). Estudio de la tercera edad en Coronado. *Monografías de OPS y OMS*. Representación en Costa Rica. Folleto Interdisciplinario
- Brenes, W. y Hoffmaister, F. (2004). Situaciones de la salud bucal en personas adultas mayores: problemas y desafíos. *Revista Costarricense de Ciencias Médicas*, 25(3 y 4).
- Brown, J. (1994). Trends in tooth loss among US employed adults from 1971 to 1985. *The Journal of the American Dental Association JADA*, (May), 533-540
- CONAPAM (2010) *Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2011_2021*. San José. Gobierno de Costa Rica.
- Chaves, F. y Madrigal, E. (2009). La salud bucodental de las personas adultas mayores institucionalizadas en Costa Rica: diagnóstico de una población olvidada. *Odontos Facultad de Odontología, UCR*, 11, 50-53.
- Fernández, M. (1996). *La situación de la salud oral de adulto de edad avanzada. Material mimeográfico del Foro: Situación del envejecimiento puertorriqueño hacia un nuevo milenio Puerto Rico* (material mimeográfico facilitado por la autora).
- Gil, J.A. (Febrero 2015). *Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: a nonsystematic review* Journal: Clinical Interventions in Aging. vol 10
- Hobdell, M. (2003). *Global goals for oral Health 2020*. FDI World Dental Press
- López, J. y Rodríguez, C. (1987). *Caries Radicular en la tercera edad*. (Tesis de Licenciatura en Odontología). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

- Murillo, O. Condiciones de vida y hábitos que contribuyeron al deterioro bucodental...
- Mariño, R. (1994). La salud bucodental de los ancianos realidad, mitos y posibilidades, *Boletín de la Oficina Panamericana de Salud OPS*, 116(5), 419-426.
- Montes de Oca, M. (2011). *Factores que influyen en la salud bucodental de las personas adultas mayores*. (Tesis de Maestría en Gerontología). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Murillo, O. (2005). Generalidades condición bucodental de las personas adultas mayores de 60 años de los cantones de Goicoechea y Moravia. *Odontos, Facultad de Odontología UCR*, 7, 96-101.
- Murillo, O. (2001). Caries radicular y otras condiciones en las personas mayores de los cantones de Coronado, Curridabat y Montes de Oca. *Odontos, Facultad de Odontología UCR*, 13, 59-64
- Pendersen, P., Holm, P. y Monks, H. (2003). *Textbook of Geriatric Dentistry*. Ed. Gaard. Copenhagen.
- Porras, I. (2009). *Factores asociados con el riesgo nutricional y el estado bucodental de las personas adultas mayores de centros diurnos de Tibás y Goicoechea*. (Tesis de Maestría en Gerontología). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Roisinblot, R. (2010). *Odontología para las personas mayores*. Argentina: Libros Buenos Aires.
- Sáenz, F. (2001). El edentulismo de la tercera edad. *Odontos. Facultad de Odontología, UCR*, 3, 3-7.
- Sibi, N. (2017). Prevention and promotion in geriatric oral care programs. *Indian Dentist research and review*, 12 (5).

Artículo recibido: 03 Octubre, 2018
Artículo aprobado: 01 Noviembre, 2019

MALTRATO A LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES QUE HABITAN AL SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO

ABUSE TO THE ELDERLY PEOPLE RESIDING SOUTH OF MEXICO CITY

Rosa López Fernández¹, Jennifer Elisa Vicedo Soto², Diego Medina Fragoso³

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo principal detectar si existía maltrato en personas mayores que residen en el sur de la Ciudad de México y, además, conocer el tipo de maltrato, el sexo y la edad donde aparece más frecuentemente. La hipótesis fue que existía maltrato hacia las personas mayores que residían en el área mencionada. Se realizó un estudio descriptivo y correlacional con un enfoque cuantitativo, se elaboró un diseño no experimental, transversal. Participaron 200 personas mayores, elegidas de forma no probabilística y por conveniencia, se aplicó la escala Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale (Giraldo, 2013). Para analizar los datos, fue utilizado el programa estadístico SPSS.

Los resultados mostraron que, en el sur de la Ciudad de México, existe el maltrato contra las personas mayores y se determinó un mayor porcentaje en el maltrato psicológico. Cabe mencionar que ni la edad, ni el sexo guardaron relación con el tipo o la frecuencia del maltrato.

PALABRAS CLAVE: Persona adulta mayor, Ciudad de México, maltrato.

ABSTRACT

The main objective of this study was to detect if there was abuse in elderly people living in the south of Mexico City, in addition to know the type of abuse, sex and age where it appears most frequently. The hypothesis was that there was abuse in older people who lived in this area. A descriptive and correlational study was carried out, with a quantitative approach, a non-experimental, cross-sectional design was made. 200 elderly people participated, chosen in a non-probabilistic way and for convenience, the Development and psychometric properties scale of the Geriatric Mistreatment Scale was applied (Giraldo, 2013). To analyze the data, the statistical program SPSS was used.

The results showed that, in the south of Mexico City, there is abuse to the elderly, with a higher percentage of psychological abuse. Neither age nor sex were related to the type or frequency of abuse.

KEY WORDS: Older person, Mexico City, abuse.

¹Doctora en Investigación Interdisciplinaria. Coordinadora del Diplomado Cuidados al adulto Mayor del Centro Anáhuac de Investigación en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad Anáhuac, Estado de México, México. E-mail: ros_lopez@hotmail.com

²Licenciada en Psicología, estudiante de la Maestría en Ciencias de la Familia en Instituto Juan Pablo II. Catedrática en la Universidad Anáhuac. Facultad de Psicología, Universidad Anáhuac, Estado de México, México. E-mail: elisaviso@hotmail.com

³Estudiante de la Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad Anáhuac, Estado de México, México. E-mail: medinaf.26@gmail.com



Introducción

El envejecimiento poblacional se ha convertido en uno de los temas sociodemográficos más importantes del mundo. Una persona adulta mayor es un individuo que tiene más de 60 años y que, en ocasiones, puede llegar a requerir ayuda de otras personas para realizar algunas de sus actividades diarias. Además, las personas adultas mayores pueden tener problemas en su fuerza física, en su razonamiento, en su visión, entre otros; lo cual las convierte en un grupo más vulnerable que otros individuos (Administration on Aging, 2012).

En 1990, el número de personas de 65 años o más era de 328 millones en todo el mundo; sin embargo, las proyecciones indican que ese número pasará a ser de 828 millones para el año 2025, lo que representará un crecimiento de más del 250% (Kinsella, 1994) (Kinsella y Wan, 2009). Aunado a ello, de acuerdo con los datos de la División de Población de la Organización de las Naciones Unidas, se estimó que el número de personas adultas mayores aumentó alrededor de 2.7 veces en los últimos 50 años (de 64 a 171 millones de personas) y su proporción con respecto a la población total casi se duplicó (de 7.9 a 14.4 por ciento) (Francke, González y Lozano, 2012).

Asimismo, entre el 2000 y el 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, por lo cual pasará del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2 000 millones en el transcurso de medio siglo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

En relación con lo anterior, la población adulta mayor de 64 años, el 79% vivirá en países en vías de desarrollo en el año 2050, comparado con el 59% en 2000. Esto corresponde con el aumento de las cifras absolutas de personas mayores de 64 años: de



418 millones en 2000 a 816 millones en 2025 y a 1 460 millones en 2050 (Pinazo, 2012).

Respecto al proceso de envejecimiento poblacional que vive México en la actualidad, si bien es incuestionable el notable aumento de la población adulta mayor, todavía no se puede considerar que tiene una población envejecida como la que presentan los países europeos (de los cuales España es una muestra), ni en una etapa más avanzada como en la que se ubican Chile y algunos otros países latinoamericanos (Argentina, Uruguay o Cuba); más bien, el país se halla en un momento en el cual convive una numerosa población juvenil con una creciente población de 65 años y más, lo que genera, a su vez, la coexistencia de demandas de todo tipo por parte de ambos grupos poblacionales (Villavicencio, Vega, y González, 2011).

Además, de acuerdo con las previsiones demográficas del Consejo Nacional de Población (CONAPO), los años de vida que espera aun vivir una persona al inicio de la vejez aumentará de 18.1 años en la actualidad a 22.5 años en el 2050 (Secretaría de Gobernación de México, 2013). En este sentido, en México las proyecciones de la esperanza de vida para el año 2000 eran de 75.3 años: 73.1 para los hombres y 77.6 para las mujeres; no obstante, para el 2050 de 83.7 años: 82 para hombres y 85.5 para mujeres. Es decir, la vida media de los mexicanos, al final del horizonte de la proyección, será mayor a la observada en Japón en fechas recientes, que es el país que registra, en la actualidad, el nivel de mortalidad más bajo del mundo. Por tanto, la esperanza de vida total aumentará (Instituto Nacional de Geografía [INEGI], 2013).

Asimismo, la población de personas adultas mayores de diferentes edades se incrementará durante el periodo 2006-2050 de la siguiente manera. Por una parte, los de 60 años y más pasarán de 8 340 millones en el 2006 a 36 960 millones en el 2050.

Por otra parte, los de 65 años y más pasarán de 5 730 millones en el 2006 a 28 580 millones en el 2050. Por último, los de 70 años y más pasarán de 3 690 millones en el 2006 a 19 890 millones en el 2050 (INEGI, 2013). Por lo tanto, la esperanza de vida en los hombres aumentará a 82 años y las mujeres a 85 años, con un promedio de 84 años (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2013).

En este sentido, se prevé, para el año 2050, que uno de cada siete mexicanos estará en una edad preescolar y escolar, mientras que uno de cada cuatro mexicanos será una persona adulta mayor a los 60 años.

Los cambios mencionados previamente, están alterando, en la población de México, el funcionamiento de muchas de las instituciones gubernamentales y privadas; por lo que los actores sociales están presionando al gobierno para que brinden una mayor atención a la población adulta mayor, la cual está creciendo con mucha rapidez.

Cabe resaltar que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) de México está conformado por una red de 191 casas hogar, 221 estancias de día, 18 centros culturales, 11 albergues, 7 campamentos recreativos y 4 559 grupos de atención personal. En esta línea, el DIF afirma que sesenta de cada cien personas mayores, a los 60 años, ingresa a centros gerontológicos para vivir, ya que han sido rechazados o abandonados por su familia; además, se han encontrado evidencias de muertes provocadas en este sector de la población (Maguey, 2017).

En la misma línea, American Psychological Association (APA, 2010) define el maltrato hacia las personas mayores como cualquier daño causado por una persona que puede ser psicológico, material, sexual, físico, abandono o negligente. También, el diccionario de la Real Academia Española (RAE, 2016) define al maltrato como una acción y como un efecto de maltratar.

Por tanto, el maltrato es la vulnerabilidad de una persona ante otra; es decir, el hecho de que una persona se sienta inferior o en desventaja ante otra persona debido a que es discriminada por su edad, género, etnia, cultura, porque tiene diferentes capacidades o por una pérdida intelectual y motriz (Kids Health, 2016). En otras palabras, se conoce como maltrato a la acción de tratar mal a una persona. El maltrato en muchas ocasiones comienza en el hogar; de hecho, la desatención también es un tipo de maltrato, ya que la persona se siente omitida o discriminada por las otras personas (Kids Health, 2016).

Las primeras investigaciones sobre el maltrato hacia la persona mayor comenzaron en Inglaterra en el año de 1975 (Burston, 1975). Después, sucedieron más casos en los Estados Unidos de Norteamérica y, más adelante, en Canadá; sin embargo, no fue hasta finales de los años ochenta que el tema del maltrato a las personas mayores comenzó a generar más polémica y surgieron las investigaciones acerca de estos sucesos.

En el año 1985, el Congreso de los Estados Unidos de Norteamérica definió el maltrato hacia la persona mayor como infligir daño injustificado, intimidación o castigo que da pie a daño físico y psicológico. Dentro de esta definición también se tomó en cuenta que privar a los adultos mayores de servicios o de necesidades básicas es considerado agresión (Rodríguez, Olivera, Garrido y García, 2002).

Cabe mencionar que en Latinoamérica se posee poca referencia sobre el maltrato a la persona adulta mayor; aunque de antemano se asegura que la violencia doméstica y los conflictos intergeneracionales son los tipos de maltrato más común (López, 2016).

En este sentido, la Asociación Médica Americana define el maltrato hacia la persona adulta mayor como un acto donde se omite o se amenaza la salud o su bienestar

(Rodríguez et al., 2002). Así, el maltrato hacia la persona adulta mayor también puede ser definido como la desatención a la persona mayor, lo cual provoca un descenso en su calidad de vida (López, 2016). Asimismo, el maltrato es una conducta destructiva, ya que puede generar efectos nocivos psicológicos, financieros, sexuales, de negligencia y físicos (Rodríguez et al., 2002).

Con base en lo anterior, la Organización Mundial de la Salud plantea que el maltrato puede ser intencional hacia las personas mayores o, también, puede ser un trato deficiente de forma inconsciente. De igual forma, existe el maltrato por omisión que consiste en la prohibición o en la omisión de proveer de las necesidades o cuidados básicos a la persona mayor (OMS,2015).

Por lo anterior, el origen del maltrato contra las personas adultas mayores suele darse principalmente en la familia de origen, en el caso de las mujeres mayores, es más frecuente si sufrió maltrato durante su infancia. Las estadísticas en esta población indican que por cada diez mujeres que son maltratadas un hombre lo es (OMS,2015). Cabe resaltar que, en algunos casos, las personas adultas mayores que han sido maltratadas desarrollan un trastorno de estrés postraumático, el cual puede generarles los siguientes síntomas: pensamientos intrusivos, flashbacks, conductas de evitación, distanciamiento emocional del mundo, insomnio, hiperactividad y sobre saltos al dormir (OMS, 2015). Asimismo, el maltrato psicológico hacia las personas mayores ha aumentado. Algunos de los comportamientos que experimentan son: el desprecio de los demás, la explotación y el robo hacia estos (Ansa Latina, 2013).

De igual forma, el abandono es uno de los maltratos que sufren en México las personas adultas mayores; de hecho, se estima que el 20% de las personas mayores viven en soledad y que un 16% viven en abandono (Maas, 2017). Además, existe la

teoría de que estas personas han sido abandonadas porque sus familiares las consideran poco productivas como para seguir formando un núcleo familiar. De hecho, aproximadamente 5 millones de personas adultas mayores mexicanas, carecen de ingresos suficientes como para poder solventarse por sí mismos (Maas, 2017).

Aunado a ello, de acuerdo con el Dr. Francisco Orengo, presidente de la Sociedad Española de Psicotraumatología, el machismo y el dinero son las principales causas de maltrato en las personas adultas mayores; además, considera que el miedo y la normalización de la sociedad ante estos actos puede llegar a impedir que estas personas denuncien a su agresor (Torre, 2014). Actualmente, no se sabe con certeza si los factores determinantes del maltrato son culturales, estructurales o psicológicos; no obstante, uno de los principales problemas es que la persona mayor se siente vulnerable e inferior ante su agresor (López, 2016).

Por último, el envejecimiento está impulsando profundos cambios en la manera de ser y de pensar de los individuos. Por ende, es de suma importancia que se realicen más investigaciones, para conocer si las personas adultas mayores que viven al sur de la Ciudad de México son víctimas de algún tipo de maltrato.

Procedimientos metodológicos

En los últimos años se ha observado un decrecimiento en la población joven de la Ciudad de México, mientras que ha existido un incremento en la población de las personas mayores a los 60 años en la ciudad (Instituto Nacional de Geografía [INEGI], 2015). El país ha buscado sensibilizar a los ciudadanos mediante diferentes campañas sobre la prevención y los factores de riesgo que pueden experimentar las personas

adultas mayores; debido a que el maltrato hacia la persona adulta mayor es uno de los factores de riesgo que más preocupan a la sociedad mexicana.

Lo mencionado anteriormente, condujo a la pregunta de investigación del presente estudio: ¿Existirá maltrato hacia las personas adultas mayores que viven en el sur de la Ciudad de México?

Así, el objetivo principal del estudio fue detectar si existía maltrato hacia las personas adultas mayores que habitan al sur de la Ciudad de México y los objetivos específicos fueron: conocer los tipos de maltrato contra la persona adulta mayor y determinar en qué edad y sobre cuál sexo se presenta, con mayor frecuencia, el maltrato hacia la persona adulta mayor.

El tipo de investigación que se realizó fue aplicada, en una población de personas adultas mayores se realizó una escala construida y validada para la población mexicana, cuyo objetivo fue evaluar el maltrato en la población adulta mayor. En este sentido, se llevó a cabo un estudio descriptivo y correlacional con un enfoque cuantitativo.

Además, se asumió el modelo de poder de (French y Raven,1959), como explicación del maltrato a la persona adulta mayor. Este modelo plantea que las fuentes del poder social son cinco: el poder coercitivo, el poder por recompensa, el poder legítimo, el poder del experto y el poder referente. En este sentido, se basa en la premisa de poder, donde del agente pasivo (el adulto mayor) es el que provoca que exista un agente activo (la sociedad), que busque poder (Jiménez, 2006).

De igual modo, se formuló la hipótesis de que existía maltrato hacia las personas adultas mayores que habitan al sur de la Ciudad México y, en contraposición, se

formuló como hipótesis nula que no existía maltrato hacia las personas adultas mayores que habitan al sur de la Ciudad México.

De la misma manera, como variable dependiente se consideró el maltrato hacia la persona adulta mayor y como variables independientes el sexo y la edad. Además, las variables serán medidas por la escala “Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale” (Giraldo, 2013).

El instrumento utilizado fue una escala construida y validada por la población adulta mayor en México, “Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale” que evalúa el Maltrato a la persona mayor, y que cuenta con los índices adecuados de confiabilidad, cuenta con un alfa de cronbach α 0.83 y validez requerida para ser utilizada en el estudio (Giraldo, 2013).

En relación con las definiciones, por un lado, el maltrato hacia la persona mayor se definió como cualquier daño psicológico, sexual, físico, cualquier negligencia o abandono que pueda sufrir esta persona por parte de terceros (APA, 2010). Por otro lado, el sexo como la condición orgánica que distingue a un varón de una hembra por sus órganos sexuales (Real Academia Española [RAE], 2015). Finalmente, la edad fue definida como el tiempo que ha transcurrido desde el momento del nacimiento de una persona hasta los años cumplidos al momento del estudio (Real Academia Española [RAE], 2014).

Respecto al estudio, lo integraron 200 personas adultas mayores de 60 años en adelante que vivieran al sur de la ciudad de México. La selección de los participantes fue de manera no probabilística, o sea por conveniencia, fueron excluidas del estudio aquellas personas que no tuvieran 60 años, los no mexicanos por nacimiento y que no vivieran en esta zona de la ciudad.

El procedimiento que se siguió, después de haber solicitado autorización de la autora de la escala y haber recibido su aprobación, fue aplicar la escala a los 200 participantes, bajo previo consentimiento informado. Luego, se construyó la base de datos y se utilizó como estrategia de análisis el programa estadístico SPSS; además, se utilizó la prueba T de Student para determinar las diferencias entre el maltrato hacia la persona adulta mayor de sexo femenino y masculino, y se usó la correlación de Pearson para determinar la relación entre el maltrato de la persona adulta mayor y su edad. Por último, se realizó un análisis de frecuencias para conocer la distribución de los sujetos en cada uno de los indicadores de maltrato evaluados.

Finalmente, los alcances del estudio fueron conocer la percepción de las personas adultas mayores que vivían al sur de la Ciudad de México; esto permitió un acercamiento y conocimiento referente al maltrato hacia las personas adultas mayores, lo cual resulta importante y actual, debido al acelerado incremento de este segmento poblacional.

Sin embargo, como limitaciones del trabajo, se puede plantear que solamente se aplicó la escala a 200 personas adultas mayores que habitaban al sur de la ciudad; lo cual no permite plantear generalizaciones en relación con la totalidad de la población mayor a 60 años en la ciudad de México.

Resultados

Cuando se analizó la edad de las personas adultas mayores que participaron en este estudio, se obtuvo una media de 70 años, como se observa en el cuadro 1.

Cuadro 1. Edad media de los participantes

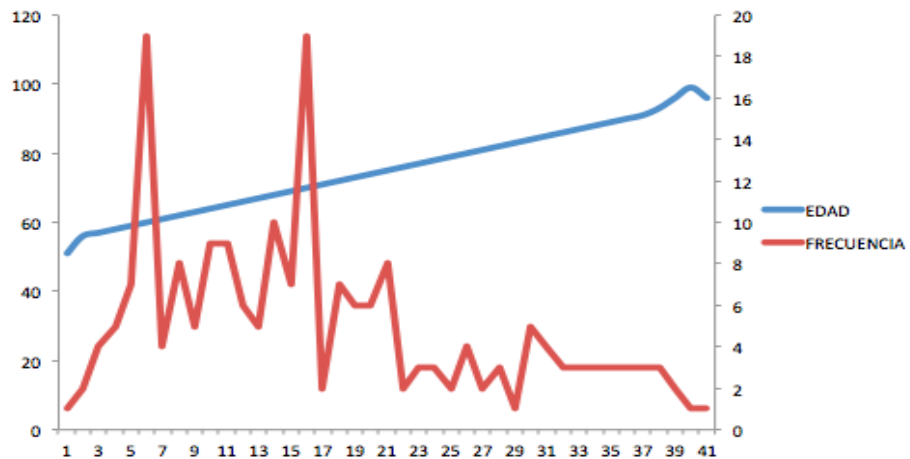
Estadísticos

Edad		
N	Válido	200
	Perdidos	0
Media		70.6100
Desviación estándar		9.89990
Mínimo		51.00
Máximo		99.00

Fuente: Elaboración de los autores

A continuación, se presenta el gráfico 1 que representa la distribución por edad de las personas mayores que integraron el estudio.

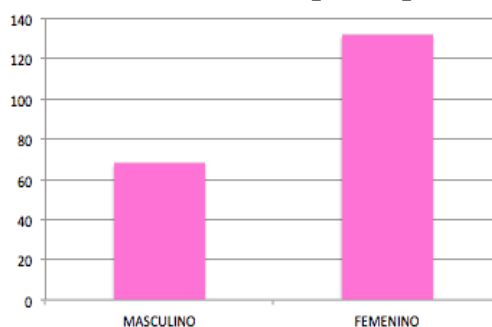
Gráfico 1. Distribución por edad de los participantes



Fuente: Fuente: Elaboración de los autores

Asimismo, en la gráfica 2 se observa que 78 de los participantes de la muestra fueron hombres y 122 fueron mujeres.

Gráfico 2. Sexo de los participantes



Fuente: Elaboración de los autores

Asimismo, se buscó la confiabilidad del instrumento y se obtuvo un alpha de Cronbach de .80, para 22 elementos, lo que indica que la escala utilizada cumple con los requisitos de confiabilidad para poder analizar los resultados de la misma. Esto puede observarse en el cuadro 2.

Cuadro 2. Fiabilidad de la escala utilizada

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.802	22

Fuente: Elaboración de los autores

En el cuadro 3, se representa la frecuencia de maltrato a las personas mayores del estudio; en donde, el indicador más común es el maltrato psicológico.

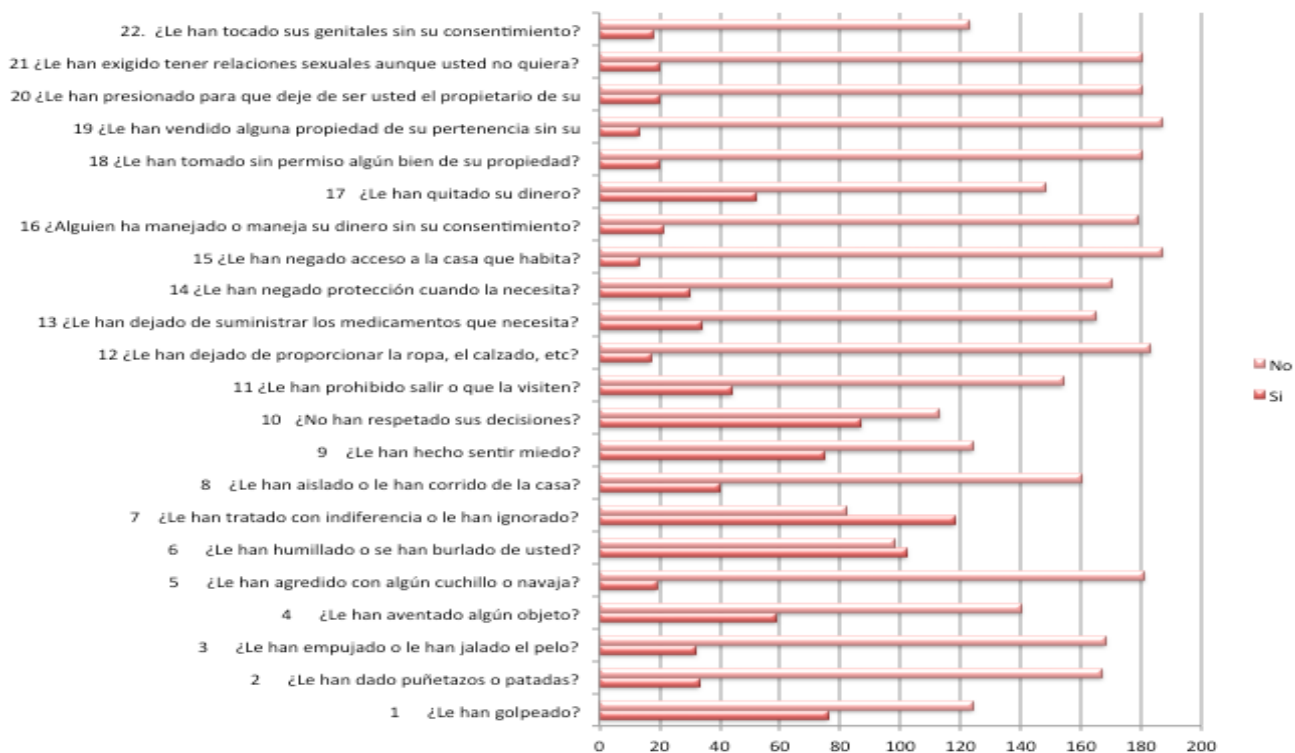
Cuadro 3. Distribución de frecuencias de los indicadores que evalúan el maltrato a la persona mayor

	Sí	No
Físico		
1 ¿Le han golpeado?	76	124
2 ¿Le han dado puñetazos o patadas?	33	167
3 ¿Le han empujado o le han jalado el pelo?	32	168
4 ¿Le han aventado algún objeto?	59	141
5 ¿Le han agredido con algún cuchillo o navaja?	19	181
Psicológico		
6 ¿Le han humillado o se han burlado de usted?	102	98
7 ¿Le han tratado con indiferencia o le han ignorado?	118	82
8 ¿Le han aislado o le han corrido de la casa?	40	160
9 ¿Le han hecho sentir miedo?	75	124
10 ¿No han respetado sus decisiones?	87	113
Negligencia		
11 ¿Le han prohibido salir o que la visiten?	44	154
12 ¿Le han dejado de proporcionar la ropa, el calzado, entre otros?	17	183
13 ¿Le han dejado de suministrar los medicamentos que necesita?	34	165
14 ¿Le han negado protección cuando la necesita?	29	170
15 ¿Le han negado acceso a la casa que habita?	13	187
16 ¿Alguien ha manejado o maneja su dinero sin su consentimiento?	21	179
Económico		
17 ¿Le han quitado su dinero?	52	148
18 ¿Le han tomado sin permiso algún bien de su propiedad?	20	180
19 ¿Le han vendido alguna propiedad de su pertenencia sin su consentimiento?	13	187
20 ¿Le han presionado para que deje de ser usted el propietario de su casa o de alguna otra propiedad?	20	180
Sexual		
21 ¿Le han exigido tener relaciones sexuales aunque usted no quiera?	20	180
22 ¿Le han tocado sus genitales sin su consentimiento?	18	123

Fuente: Elaboración de los autores

En la gráfica 3 que aparece a continuación, se muestran las respuestas de los participantes del estudio respecto al maltrato.

Gráfica 3. Indicadores de maltrato



Fuente: Elaboración de los autores

Cabe mencionar que se realizó una prueba T de student para muestras independientes, con el fin de determinar las diferencias en el maltrato hacia la persona adulta mayor entre hombres y mujeres. Los resultados mostraron que no existieron diferencias estadísticamente significativas ($t = .517, p > .05$).

No obstante, en el cuadro 4 se puede observar que los hombres ($M = 4.94, DE = 4.60$) obtuvieron puntajes ligeramente más altos que las mujeres ($M = 4.59, DE = 4.60$), respecto al maltrato.



Cuadro 4. Relación del maltrato de la persona mayor con respecto a sexo

Estadísticas de grupo

	Sexo	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
PuntajeTotal	Masculino	68	4.9412	4.60980	.55902
	Femenino	132	4.5909	4.49929	.39161

Fuente: Elaboración de los autores

Aunado a lo anterior, para determinar la relación entre el maltrato hacia las personas adultas mayores y la edad se realizó una Correlación de Pearson ($r = -.122$). Se obtuvo una relación muy baja, ($p = 0.85$, $p > .05$) que se puede observar en el cuadro 5.

Cuadro 5. Relación edad y maltrato

Correlaciones

		Edad	PuntajeTotal
Edad	Correlación de Pearson	1	-.122
	Sig. (bilateral)		.085
	N	200	200
PuntajeTotal	Correlación de Pearson	-.122	1
	Sig. (bilateral)	.085	
	N	200	200

Fuente: Elaboración de los autores

Discusión

Cifras de la Encuesta Nacional sobre Discriminación en México 2010 muestran que, en México, las personas adultas mayores integran el cuarto grupo de población vulnerable; y solo en 17 de las 32 entidades federativas hay legislaciones locales para la no discriminación a este sector (Balderas, 2014).



En México se realizó la Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal 2006 (EMPAM-DF), con el fin de obtener información representativa a nivel del Distrito Federal sobre la dimensión, la caracterización y la prevalencia del maltrato hacia personas adultas mayores. Los resultados obtenidos reflejaron que el tipo de maltrato más común era el psicológico, seguido—en orden—, por: el económico, el físico, la negligencia y abandono y el abuso sexual (Giraldo, 2006).

También, el gobierno del país Vasco llevó a cabo una investigación con la finalidad de conocer la prevalencia de malos tratos en personas adultas mayores. Fueron interrogadas 1 209 personas de 60 años, de los cuales sólo el 0,9% sospechan ser maltratados, según su propia percepción. Sin embargo, con base en la percepción de los investigadores, los adultos maltratados fueron el 1.5% (Sancho, Pérez, Barrio, Yanguas y Izal, 2011). Además, se identificó que la mayoría de los malos tratos percibidos por las personas adultas mayores eran psicológicos y a este tipo de maltrato le seguía la negligencia junto con el físico y sexual. Incluso, se detectó que un grupo de personas eran víctimas de dos tipos de malos tratos a la vez (Sancho et al., 2011).

Otro estudio realizado fue la caracterización de los casos de maltrato en la persona adulta mayor denunciados en la comisaría primaria de familia en la localidad de Usaqué, Colombia en el año 2007. Esta investigación tenía como objetivo conocer las características socio-demográficas, situación de salud y situación de violencia presentes en la persona adulta mayor maltratada. Se llevó a cabo con base en las denuncias de maltrato registradas en la comisaría, pues se utilizaron 145 expedientes. La recolección de los datos se realizó a través de cuestionarios (Carrillo, 2009). En este sentido, el maltrato más común dentro de los casos tomados en cuenta fue el psicológico con un

35%; posteriormente, se ubican con un 21% una combinación de maltrato físico y psicológico, con un 19% maltrato físico, con un 9% económico, con un 6% económico y psicológico combinados, con un 1% por negligencia, entre otros tipos de maltrato (Carrillo, 2009).

Del mismo modo, se llevó a cabo un estudio con 226 ancianos del Consejo Popular Belén, Municipio Habana Vieja, en el primer semestre de 1999 a través de una encuesta sobre el maltrato. En los resultados se obtuvo que los ancianos jóvenes eran quienes más sufrían de maltrato y, mayormente, el maltrato que sufrían era social, seguido del psicológico y familiar, y en aquellos adultos con más edad, aumenta la frecuencia del maltrato económico y físico (Rodríguez et al.,2002).

También, se realizó la investigación Factores de riesgo asociados a la violencia familiar contra las personas mayores en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, México, entre 2005 y 2006; con la finalidad de identificar factores de riesgo y predictores de violencia familiar hacia personas adultas mayores. Se determinó que los riesgos de violencia de las personas adultas mayores son altos y las formas más comunes de maltrato son la negligencia y el maltrato emocional (Mancinas y Ribeiro, 2010). Así como que los seis factores de riesgo más comunes fueron: incapacidad para realizar actividades de la vida diaria, aislamiento social, sexo, cohabitación con los hijos, número de enfermedades crónicas y otorgar ayuda a los hijos. Los primeros dos factores daban mayor pie a la negligencia y los dos últimos al maltrato. La diferencia entre sexos no fue significativa (Mancinas y Ribeiro, 2010).

Aunado a lo anterior, otros datos revelan la realidad de las personas adultas mayores del país; pues, el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición asegura que un promedio de 16 por ciento de las personas adultas mayores mexicanas sufre

algún grado de maltrato como golpes, ataques psicológicos, insultos o robo de sus bienes; y, según el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, tres de cada cinco ancianos sufren violencia dentro de la familia (Balderas, 2014).

Pese a todo lo anterior, el abandono de una persona adulta mayor no figura en el Código Penal Federal, debido a que en el capítulo séptimo del ordenamiento legal sobre el abandono de personas, solo figura hasta cuatro años de cárcel si se abandona a un niño incapaz de cuidarse por sí mismo o a un enfermo y no se menciona nada sobre los ancianos del país (Balderas, 2014).

Los resultados encontrados en el presente estudio, realizado a finales del año 2017, coinciden con los resultados encontrados con anterioridad, ya que el maltrato a la persona adulta mayor existe y su manifestación principal es en el área psicológica.

Respecto al estudio realizado en el país Vasco mencionado con anterioridad, se encontró, según lo percibido por las personas adultas mayores, que del total de las personas que se percibieron como maltratadas, el 72,6% son mujeres y el 27,4% son hombres (Sancho, et al., 2011).

En relación con la investigación llevada a cabo en el Consejo Popular Belén, Municipio Habana Vieja, en el primer semestre de 1999, los hombres resultaron más maltratados que las mujeres, los cuales sufrieron mayor maltrato social por otras personas y maltrato psicológico por parte de sus familiares (Rodríguez et al., 2002).

Por su parte, en el estudio que se realizó sobre la caracterización de los casos de maltrato en la persona adulta mayor denunciados en la comisaría primaria de familia en la localidad de Usaquén, Colombia, se encontró que del total de 145 casos, el 76% eran mujeres y el 24% hombres (Carrillo, 2009).

Sin embargo, en la presente investigación no existieron diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la evaluación de maltrato, aunque sí se observaron puntajes ligeramente más altos en los hombres que las mujeres.

De igual manera, en el estudio que se realizó sobre la caracterización de los casos de maltrato en la persona adulta mayor en la localidad de Usaquén, Colombia, el 85% tenían entre 60 y 74 años, el 12% entre 74 y 84 años y el resto (3%) eran mayores de 85 años (Carrillo, 2009).

Asimismo, en el estudio del país Vasco, el 75% de las personas mayores maltratadas pertenecen al grupo de edad de entre 60 y 74 años, mientras que el resto corresponde a mayores de 74 años (Sancho et al., 2011).

No obstante, en el presente estudio no existió una diferencia significativa entre la edad y el maltrato hacia la persona adulta mayor; pues, se observó una correlación baja.

Consideraciones Finales

Se concluye que existe maltrato hacia la persona adulta mayor que habita al sur de la Ciudad de México y que la principal manifestación de maltrato es el psicológico. Además de que, en este estudio, el sexo y la edad no son indicadores de maltrato para las personas adultas mayores.

Asimismo, se sugiere continuar esta investigación, con el fin de ampliar la participación de las personas adultas mayores tanto en el área estudiada, como en otras zonas de la Ciudad de México.

Por último, los resultados encontrados en el estudio pueden servir a las autoridades gubernamentales para crear estrategias de intervención encaminadas al cuidado y protección de las personas adultas mayores, población que crece de manera exponencial tanto en la ciudad, como en el resto del país.

Referencias

- Administration on Aging. (2012). What is Elder Abuse?. Recuperado de <https://familydoctor.org/elder-abuse/?adfree=true>
- Ansa Latina. (2013). Why should care about elder abuse. Recuperado de http://www.ncea.aoa.gov/Ncearoot/Main_Site/pdf/publication/NCEA_WhatIsAbuse-2010.pdf
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2010). *Diccionario conciso de Psicología*. Asociación Psiquiátrica Americana (APA). México: Manual Moderno.
- Balderas, O. (20 de febrero, 2014). *La tercera edad en México, sus cifras y el abandono*. Revolución trespunto cero. Recuperado de <http://revoluciontrespuncocero.com/la-tercera-edad-en-mexico-sus-cifras-y-el-abandono/>
- Burston, GR. (1975). Granny-battering. *British Med J* . 3:592.
- Carrillo, G. (2009). Caracterización de los casos de maltrato en el adulto mayor denunciados en la Comisaría Primaria de Familia en la localidad de Usaquén en el año 2007. *Revista Colombiana de Enfermería*, 4(4), 51-60.
- Consejo Nacional de Población. (2013). *La situación demográfica en México*. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/1727/1/images/La_Situacion_Demografica_de_Mexico_2013_COMPLETO.pdf
- Francke, R. et.al (2012). *El Sentido de la Vida y el Adulto Mayor en el Área Metropolitana de Monterrey*. Recuperado de <http://psicogerontologia.maimonides.edu/wp-content/uploads/2011/12/PAPER-INV-AMA-Y-TRASCIENDE-pdf>
- French, J. R. y Raven, B. H. (1959). The bases of social power-source. En D. Cartwright (Ed.) *Studies in social power*, pp. 150-167. Ann Arbor: Univ. of Michigan Institute for Social Research.
- Giraldo, L (2013). Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/292962759_Development_and_psychometric_properties_of_the_Geriatric_Mistreatment_Scale

- Giraldo, L. (2006). Análisis de la información estadística. Encuesta sobre maltrato a personas adultas mayores en el Distrito Federal 2006 (EMPAM-DF). *Colmex, Instituto de Investigaciones Sociales (UNAM) y El Colegio de México*, 55.
- Instituto Nacional de Geografía. (2015). Coyoacán incrementa sus habitantes en los últimos 5 años. Instituto Nacional de Geografía (Inegi). Recuperado de <https://centrodecoyoacan.mx/noticias/sumamos-ocho-millones-habitantes-en-cdmx>
- Instituto Nacional de Geografía. (2013). *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. Instituto Nacional de Geografía (Inegi) Recuperado de <http://www.cuentame.inegi.org.mx>
- Jiménez, F. (2006). *Psicología de las relaciones de autoridad y de poder*. Barcelona: Editorial UOC.
- KidsHealth. (2016). Abuse. Recuperado de <http://kidshealth.org/es/teens/abuse-esp.html>
- Kinsella, K. y Wan, H. (2009). *An Aging World: 2008*. U.S. Census Bureau, International Population Reports, P95/09-1. Washington, D.C. U. S. Government Printing Office.
- Kinsella, K. (1994). *Dimensiones Demográficas y de Salud en América Latina y el Caribe. OPS. La Atención de los Ancianos: Un desafío para los años noventa*. Washington. DC.20037, OPS. 1 (546), 3-9.
- López, R. (2016). *Apuntes de la Materia Gerontología y Tanatología*. Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Anáhuac. Estado de México. México.
- Maguey, P. (2017). El abandono de personas ancianas es una violencia. Recuperado de <https://www.salud180.com/adultos-mayores/el-abandono-de-personas-ancianas-es-una-violencia>
- Mancinas, S. y Ribeiro, M. (2010). Factores de riesgo asociados a la violencia familia contra las personas mayores en la ciudad de Monterrey, México. *Perspectivas sociales*, 12(1), 75-99.
- Mass, M. (2017). En soledad, abandono y maltrato viven los adultos mayores en México. Periódico Excelsior. Recuperado de <https://www.excelsior.com.mx/nacional/2017/06/28/1172441>

- Organización Mundial de la Salud. (2015). Maltrato de las personas mayores. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/es/>
- Pinazo, S. (2012). *Envejecimiento en la población mundial*. Curso AECID. Políticas Públicas de envejecimiento activo. Recuperado de http://www.riicotec.org/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/bol2012_mundial.pdf
- Real Academia Española. (2016). Definición de maltrato Diccionario de la Real Academia Española. Recuperado de <http://dle.rae.es/?w=diccionario>
- Real Academia Española. (2015). Definición de Sexo. Diccionario de la Real Academia Española. Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=XlApmpe>
- Real Academia Española. (2014). Definición de Edad. Diccionario de la Real Academia Española. Recuperado de <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=EN8xffh>
- Rodríguez, E., Olivera, A., Garrido, R., y García, R. (2002). Maltrato a los ancianos: Estudio en el Consejo Popular de Belén, Habana Vieja. *Revista Cubana de Enfermería*, 18(3), 144-153.
- Sancho, M., Pérez, G., Barrio, E., Yanguas, J.J. y Izal., M. (2011). Estudio de prevalencia de malos tratos a personas mayores en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del País Vasco.
- Secretaría de Gobernación de México. (2013). El proceso de envejecimiento en México. Recuperado de <http://www.conapo.gob.mx/prensa/2005/402005.pdf.9>
- Torre, L. (2014). El maltrato en la persona adulta. Recuperado de http://www.unav.edu/web/vida-universitaria/noticia_portada1/2014/01/30/el-origen-del-maltrato-de-la-persona-adulta-hay-que-buscarlo-en-su-familia-de-origen/-/asset_publisher/p6rI/content/2014_01_30_maltrato-francisoorengo/10174
- Villavicencio, M.E., Vega, M.G. y González, J. (1ed). (2011). *Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor: experiencias de México, Chile y Colombia*. México: Universidad de Guadalajara Centro Universitario de Ciencias de la Salud.

Artículo recibido: 19 Febrero, 2018
Artículo aprobado: 18 Noviembre, 2019



SINTOMAS DEPRESIVOS EN PERSONAS ADULTAS MAYORES CON IDEACIÓN SUICIDA

DEPRESSIVE SYMPTOMS IN OLDER ADULTS ELDERS SUICIDAL IDEATION

María Elena Flores-Villavicencio¹, Celida Rosario Romero-Valadez², María Claudia Espinel-Bermúdez³, María Guadalupe Vega-López⁴, María Ana Valle-Barbosa⁵, José Raúl Robles Bañuelos⁶

RESUMEN

Introducción: La depresión es el trastorno de ánimo de mayor incidencia en las personas adultas mayores, se ha diagnosticado que esta población es más propensa a presentar ideación suicida. Una detallada detección de los síntomas depresivos permitirá establecer acciones adecuadas de prevención y comprensión de este trastorno asociado a la ideación suicida.

Métodos: Se evaluó a 93 personas adultas mayores de 60 años, mediante la escala de depresión geriátrica de Yesavage, la escala de ideación suicida de Beck y una checklist de sintomatología depresiva.

¹ Doctora en Psicología de la Salud. Profesora Investigadora adscrita al Departamento de Ciencias Sociales del Centro Universitario de Ciencias de la Salud en la Universidad de Guadalajara. México. E-mail: marlencilla27@hotmail.com

² Estudiante de la Maestría en Gerontología del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. México. E-mail: ironmagnolies@hotmail.com

³ Doctora en Ciencias Médicas. Investigadora en Unidad de Investigación Biomédica 02 del Centro Médico Nacional de Occidente del Jalisco, Instituto Mexicano del Seguro Social. México. E-mail: mclaudia_espinel@yahoo.com.mx

⁴ Doctora en Ciencias de la Salud. Profesora-Investigadora y responsable de la Coordinación de Investigación del Departamento de Ciencias Sociales del Centro Universitario de Ciencias de la Salud en la Universidad de Guadalajara. México. E-mail: magvega@gmail.com

⁵ Doctora en Ciencias de la Salud. Profesora- Investigadora adscrito al Departamento de Ciencias Sociales del Centro Universitario de Ciencias de la Salud en la Universidad de Guadalajara. México. E-mail: mavalleb@yahoo.com.mx

⁶ Médico Cirujano y Partero. Integrante de la Línea de Investigación Ciencias Sociales, Psicología y Salud. Universidad de Guadalajara. México. E-mail: jrb89@hotmail.com



Resultados: La prevalencia de personas adultas mayores con ideación suicida fue de 40.9% (n=38) y, en relación con la depresión de 57.0% (n=53), la asociación de depresión con ideación suicida fue de 76.3% (n=29). Los síntomas depresivos de mayor impacto de $p < 0.001$ en las personas adultas mayores con ideación suicida fueron: mismo estado emocional durante el día y cambio entre días, concentración, depresión como castigo y sentimiento de suicidio.

Conclusiones: La detección oportuna de la sintomatología depresiva en el envejecimiento normal permitirá identificar los predictores del suicidio, para implementar estrategias de prevención a desenlaces fatales.

PALABRAS CLAVE: ideación suicida, síntomas depresivos, persona adulta mayor.

ABSTRACT

Introduction: Depression is a mood disorder of higher incidence in older adults, it has been diagnosed that this population is more likely to present suicidal ideation. A detailed detection of depressive symptoms will allow the establishment of appropriate preventive actions and understanding of this disorder associated with suicidal ideation.

Methods: We evaluated 93 adults over 60 years old, using the Yesavage geriatric depression scale, Beck suicidal ideation scale and a checklist of depressive symptomatology.

Results: The prevalence of older adults with suicidal ideation was 40.9% (n = 38), and in relation to depression 57.0% (n = 53), the association of depression with suicidal ideation was 76.3% (n = 29), depressive symptoms with a greater impact of $p < 0.001$ in older adults with suicidal ideation were: same emotional state during the day and changes between days, concentration, depression as punishment and feeling of suicide.

Conclusions: The timely detection of depressive symptomatology in normal aging will allow to identify the predictors of suicide, to implement strategies to prevent fatal outcomes.

KEY WORDS: suicidal ideation, depressive symptoms, older adult.

Introducción

El aumento de conductas suicidas en México ha llamado la atención de los programas de Salud Pública; pues, es un problema que afecta el entorno social, psicológico, sanitario, económico, cultural y familiar, ya que conduce a la persona a quitarse la vida (Tereucán, Briceño y Gálvez, 2017; Pérez-Amezcuca et al., 2010). Además, los pocos estudios publicados sobre el tema demuestran que el fenómeno es considerado relativamente común en la población adulta mayor (Rodríguez-Gómez, 2010).

Es difícil predecir el suicidio por su compleja naturaleza. Para entender la problemática es necesario identificar las etapas previas del suicidio, que abarcan: la ideación, intento suicida y el suicidio consumado. Los estudios de esta conducta se han focalizado regularmente en dos aspectos: el análisis y tendencia estadística y la identificación de factores asociados con la prevalencia o la protección; sin embargo, han dejado de lado la importancia y la manifestación de los síntomas en relación con los diferentes grupos de edad (Tereucán et al., 2017).

Por un lado, se considera ideación suicida, cuando el sujeto tiene pensamientos de llevar a cabo conductas relacionadas con el suicidio, como la idea de quitarse la vida, los pensamientos de falta de valor o los deseos de muerte (Muñoz, Pinto, Callata y Perales, 2006). Por otro lado, el intento suicida es un comportamiento potencialmente autolesivo con un resultado no fatal, pero hay evidencia explícita o implícita de que la persona intentó suicidarse (García-Vega, Camero, Fernández y Villaverde, 2018).

En este sentido, los sujetos con idea suicida, por lo regular, planean y desean suicidarse, mas no han realizado intento reciente de suicidio (Beck y Brad, 1972), pero fantasean y piensan en él como una solución a sus conflictos. Es decir, cuando la idea de

Flores-Villavicencio, M.E., et al. Síntomas Depresivos en personas adultas mayores.... suicidarse ocupa por completo el pensamiento del sujeto, este imagina que lo lleva a cabo mediante una ideación o fantasías suicidas. Por tanto, el sujeto piensa y ensaya un método, lo cual inicia un proceso autónomo que cobra fuerza hasta que se comete suicidio (Lazard, citado en González, Díaz, Ortiz, González y González, 2000).

En relación con lo anterior, “la ideación suicida se compone de una serie de actitudes, planes y conductas posiblemente relacionados con los pacientes con ideación suicida que han sido diagnosticados con otros trastornos; sin embargo, la ideación suicida no es una construcción unitaria y sus dimensiones representan distintos patrones de pensamiento y de conducta, pero que están interrelacionados” (Beck, Kovacs y Weissman, 1979).

Especialmente, la relación entre suicidio, los problemas psicológicos y la depresión es muy estrecha. De hecho, la mayoría de las personas que se suicidan parecen estar deprimidas y, prácticamente, la mitad de las personas diagnosticadas de depresión presentan ideas suicidas; así, la tasa aumenta en las personas adultas mayores que presentan sintomatología depresiva (De la Torre-Martí, Santacreu y Calero, 2013; Morales et al., 2017).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que la depresión es la alteración del humor o de la afectividad, acompañada, básicamente, por la disminución del nivel general de actividad o vitalidad y suele estar relacionada con acontecimientos estresantes (Organización Mundial de la Salud citado en Romero, 2006). Asimismo, es considerada uno de los trastornos psiquiátricos más altamente asociados con la ideación suicida, por ser una causa frecuente de sufrimiento emocional en la vida de la persona adulta mayor, con inicios desde edades tempranas; por lo cual, constituye uno de los mayores problemas de salud pública en la sociedad actual (Cohen et al., 2010).

Flores-Villavicencio, M.E., et al. Síntomas Depresivos en personas adultas mayores....
No obstante, aún no se logra identificar qué síntomas depresivos son generadores de la ideación suicida o cuáles síntomas son impulsores para la manifestación de conductas o tentativas suicidas.

Aunado a lo anterior, el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales DSM-5 (2014) reconsidera el concepto de la depresión como un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la presencia de varios síntomas que están presentes durante el mismo periodo, entre ellos: sentimiento de tristeza intenso, suficiente como para interferir en la funcionalidad, interés o placer para la realización de actividades habituales en la mayor parte del día; fatiga o pérdida durante el día; insomnio; sentimiento de inutilidad; disminución para pensar o concentrarse; pensamientos de muerte o suicidio; aumento de peso y del apetito; retardo psicomotor y sentimiento de culpa excesiva (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Según Sotelo-Alonso, Rojas-Soto, Sánchez-Arenas y Irigoyen-Coria (2012), los síntomas se presentan casi todos los días, durante más de dos semanas; así, la gravedad de la depresión depende de la presentación de un síntoma leve o la presencia de varios síntomas que amenaza la vida, ya que es uno de los trastornos de ánimo psiquiátricos más habitual entre las personas adultas mayores.

En este sentido, la depresión es el problema emocional de mayor incidencia en la persona adulta mayor y esta población es la que presenta más síntomas depresivos, se eleva su presencia en personas institucionalizadas, a diferencia de quienes viven en casa. Asimismo, es mayor en mujeres que en hombres, pero a partir de los 80 años esta proporción se invierte (Romero, 2006).

Sin embargo, se ha detectado que la ideación suicida ocurre en la persona adulta mayor cuando no logra resolver los problemas en su vida; por lo cual aparecen una serie

Flores-Villavicencio, M.E., et al. Síntomas Depresivos en personas adultas mayores... de síntomas clínicos relacionados con la depresión, tal como: continua sensación de cansancio, constante depresión del estado de ánimo, disminución de la libido, procesos que aumentan por factores asociados al envejecimiento (Lynch et al.,1999).

El estudio realizado por Nascimento, Tavares y Cachioni (2011) demuestra que, aunque los trastornos depresivos presentan una prevalencia menor en personas adultas mayores en comparación con la población más joven, la presencia de síntomas significativos de depresión es más frecuente en las personas adultas mayores. Además, los síntomas se asocian a una mayor incapacidad para realizar actividades de la vida diaria y peores índices de calidad de vida con comorbilidad, uso excesivo de medicamentos, agravamiento de enfermedades crónicas y, sobre todo, aumento de índices de suicidio.

En esta misma línea, los síntomas depresivos son los problemas de salud mental más comunes y pueden afectar severamente la salud y calidad de vida de la persona adulta mayor. Cuando la depresión se presenta como un aparente envejecimiento normal, se expresa mediante la disminución del interés por las cosas habituales, la vitalidad, la voluntad de realizar actividades y la tendencia a revivir el pasado; a su vez, se acompaña de pérdida de peso, trastornos del sueño, falta de memoria, tendencia al aislamiento y permanencia en la habitación durante la mayor parte del tiempo (Pérez, 2012).

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años y, en especial, en el sexo femenino (Baca y Aroca, 2014); aunado a este estado de ánimo, también se manifiestan diferentes síntomas, sin embargo, predominan los relacionados con el estado de ánimo como: tristeza, llanto sin causa aparente, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, labilidad emocional, sensación

Flores-Villavicencio, M.E., et al. Síntomas Depresivos en personas adultas mayores.... de fracaso, insatisfacción, culpa, expectativas de castigo, autodesprecio, autoacusación, ideación suicida, episodios de llanto, irritabilidad, retirada social, indecisión, cambios en la imagen corporal, enlentecimiento, insomnio, fatigabilidad, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupaciones somáticas y bajo nivel de energía (Losada y Álvarez, 2014).

De igual modo, en el estudio realizado por Alexopoulos, Bruce, Hull, Sirey y Kakuma (1999) se destaca que las personas adultas mayores con depresión grave son más propensas a la ideación suicida y se enfatiza en la existencia de una alta frecuencia de suicidio en la vida tardía; empero, la ideación suicida disminuye con el envejecimiento. En cambio, en el estudio de Guibert y Alonso (2001), se considera que los factores de riesgo principales en personas adultas mayores con intento suicida son: depresión mayor, sentimiento de culpa o desesperanza. Así como que las razones para realizar el suicidio son: conflictos familiares, sentimiento de soledad, minusvalía, enfermedades físicas invalidantes, descompensación situacional y, sobre todo, sentimientos de desesperanza.

En este sentido, Szanto et al. (2002) reportan la existencia de variables con fuerte asociación a la ideación suicida en las personas adultas mayores: edad, estado civil, pesimismo, ansiedad, sentimientos de culpa, inutilidad y falta de valor; además de apoyo social deficiente, duelo y previos intentos de suicidio. Sin embargo, no hay evidencia sobre cuáles son los síntomas depresivos que se relacionan con la ideación suicida, aunque han comprobado que los sujetos con depresión mayor tienen más probabilidades de presentar ideas suicidas.

Por tanto, el objetivo del presente estudio consistió en indagar sobre la prevalencia de los síntomas depresivos asociados con la ideación suicida en la persona adulta mayor.

Metodología

Participantes

En este estudio transversal, descriptivo, analítico se incluyó una muestra por conveniencia de 93 personas adultas mayores, de 60 años, conformada por 74.2% (n=69) mujeres y 25.8% (n=24) hombres, que acudían voluntariamente a los clubes comunitarios registrados en el Centro Metropolitano del Adulto Mayor (CEMAN) del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) en la ciudad de Zapopan, Jalisco, durante los meses de julio a diciembre de 2017.

Asimismo, los criterios de inclusión fueron: personas adultas mayores que acudían a los clubes comunitarios de manera independiente, tener 60 años o ser mayor, no poseer impedimentos cognoscitivos que impidieran contestar preguntas o impedimentos físicos que causaran la pérdida su autonomía. Los criterios de exclusión fueron: aquellas personas adultas mayores que consumían medicamento psiquiátrico e incapacidad para llevar a cabo actividades o tareas normales del diario vivir.

Instrumentos

Se utilizó la escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS) de Sheik & Yesavage, 1986, utilizada por Gómez-Angulo y Campo-Arias (2011). Consta de 15 ítems que detectan síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor durante los últimos quince días. Esta escala deja de lado los ítems que evalúan los síntomas depresivos por su alta prevalencia en personas adultas mayores; por lo cual, es considerada una buena medida de tamizaje para depresión.

Además, la escala está conformada por un patrón de respuesta dicotómico (sí o no) respecto al estado emocional en la última semana. El puntaje se distribuye del siguiente modo: de 0-4 se considera normal, según edad, educación y quejas; de 5-8 indica depresión leve; de 9-11 depresión moderada y de 12-15 depresión severa. De los 15 puntos, 10 indican depresión cuando se contesta afirmativamente, mientras que los cinco puntos restantes, correspondientes a las preguntas 1, 5, 7, 11 y 13, indican depresión cuando se responde negativamente.

De igual modo, la sensibilidad del GDS fue del 92% y la especificidad fue del 89% cuando la evaluación se realizó con criterios diagnósticos y, para la diferenciación de las personas adultas mayores deprimidos y no deprimidos, demostró una consistencia interna que oscila entre α .76 y α .89

También se utilizó la Checklist de sintomatología depresiva, adaptada por Palmer (2007), utilizada por De la Torre-Martí et al. (2013). Esta escala valora la presencia de síntomas depresivos mediante 15 dimensiones: estado de ánimo, pérdida de interés, rechazo social, desesperanza, problemas de sueño, lentitud, cambios en el apetito, síntomas físicos, sexualidad, concentración/plano cognitivo, preocupación por la salud, culpa, ansiedad e ideación suicida.

En este sentido, cada dimensión permite relacionar los principales aspectos de la sintomatología depresiva en función de tres niveles de gravedad (bajo-moderado, severo y grave). Con un patrón de respuesta dicotómico SI (hay presencia del síntoma) y NO (ausencia del síntoma). La categoría de gravedad más veces señalada determinará el estado de ánimo general de la persona adulta mayor. Posee una consistencia interna para esta población estudiada de una Alfa de Cronbach con valor de α .88

De la misma manera, se empleó la Escala de Ideación Suicida de Beck et al. (1979), retomada de González et al., (2000). Esta escala fue diseñada con la finalidad de cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o piensa suicidarse y la recurrencia consciente de pensamientos suicidas. Consta de 20 reactivos, se divide en 4 secciones que proporcionan información sobre: I) 5 preguntas de screening que indagan características relacionadas con la actitud hacia la vida/muerte; II) 6 preguntas evalúan los pensamientos o deseos suicidas; III) 4 preguntas evalúan las características del intento suicida; IV) 5 preguntas referentes a la actualización del intento suicida.

Para cada ítem, hay tres alternativas de respuesta diferentes que indican un grado creciente de la seriedad o intencionalidad suicida, cada reactivo se registró en un formato de respuesta de 3 opciones, con un rango de 0 a 2. Las mediciones se sumaron para obtener un puntaje global. De este modo, el rango teórico del puntaje es de 0 a 38. La consistente interna del total de la escala oscila de una Alfa de Cronbach con valor de α .76. y α .84.

Además, se integra una quinta sección, con dos ítems, en donde se indaga sobre los antecedentes de intentos previos de suicidio. Si la puntuación de los reactivos “Deseo de intentar suicidarse” y “Intento pasivo de suicidarse” es “0”, se omiten las secciones siguientes, se suspende la entrevista y se codifica como: “No aplicable”. Cabe destacar que estos ítems tienen un valor meramente descriptivo, ya que no se contabilizan en la puntuación global de la escala.

Procedimiento

Cada persona adulta mayor encuestada, recibió información sobre la finalidad del estudio, las escalas contaron con copia del consentimiento informado que fue

Flores-Villavicencio, M.E., et al. Síntomas Depresivos en personas adultas mayores.... entregada al encuestado una vez que aceptaba participar en el estudio voluntariamente, junto con la firma del documento; a su vez, se aseguraba el carácter anónimo del llenado de la escala y la protección de la confidencialidad de los datos en todo momento.

Sobre el procedimiento, la escala de depresión geriátrica de Yesavage y la escala de ideación suicida de Beck se aplicaron al mismo tiempo y de manera individual, con la finalidad de identificar a las personas adultas mayores con depresión y a aquellos que presentaban ideación suicida. Una vez detectado el grupo de personas adultas mayores con depresión y el grupo con ideación suicida, se aplicó el checklist de la sintomatología depresiva para identificar cuáles son los síntomas depresivos que presentan tanto las personas adultas con depresión, como aquellas que sufren ideación suicida; así como, quienes no presentaban depresión o ideación suicida.

La aplicación de los instrumentos fue realizada por un psicólogo y un médico, para ofrecer atención a quienes presentaran inestabilidad emocional en el momento de la encuesta, mismos que fueron derivados a centros de atención de asistencia social.

Análisis Estadístico

Una vez recolectada la información, se realizó el vaciado de datos en Excel, para, posteriormente, analizarlos con el programa estadístico SPSS versión 21.0 para Windows. El análisis consistió en las siguientes etapas:

En primer lugar, se elaboró el análisis descriptivo de la población en estudio mediante medias y desviación estándar para comparar la sintomatología depresiva con la ideación suicida mediante frecuencias y porcentajes, para esto se usó el test de chi-cuadrado. En segundo lugar, se realizaron análisis de regresión logística bivariado y multivariado, se introdujeron las variables en bloque y se descartaron, una a una, al no mostrar significancia. En tercer lugar, se hizo el cálculo de las razones de momios, con

Flores-Villavicencio, M.E., et al. Síntomas Depresivos en personas adultas mayores....
significancia ≤ 0.050 e intervalos de confianza al 95%, a través de la prueba condicional de Mantel-Haenszel y multivariado con la bondad del ajuste global del modelo con los parámetros de pseudo R-cuadrado de Cox-Snell y Nagelkerke.

Resultados

Se evaluó a 93 personas adultas mayores con edad promedio de 69.6 años, con una desviación estándar de 7.718, el estado civil que predominó en la muestra de estudio fue la condición de viudez con 49.5% (n=46) y de casados con 38.7% (n=36); asimismo, actualmente, el 36.6% (n=34) vive con su cónyuge, el 26.9% (n=25) con sus hijos y un 36.6% (n=34) vive solo o con algún familiar.

En esta línea, el 80.6% (n=75) ya no tiene actividad laboral y solo el 19.4% (n=18) sigue trabajando; por lo tanto, el ingreso que percibe el 33.3% (n=31) proviene de su pensión y el 49.5% (n=46) recibe apoyo económico de su familia, aunque ambos grupos consideran que son ingresos insuficientes para cubrir sus necesidades básicas, ya que el 61.3% (n=57) sufre algún tipo de enfermedad crónica y solo el 38.7% (n=36) afirmó no padecer enfermedad.

Ahora bien, con la escala de ideación suicida de Beck, se identificó una elevada prevalencia de personas adultas mayores con ideación suicida, 40.9% (n=38), respecto al grupo de personas adultas mayores sin este comportamiento, 59.1% (n=55%). Con la escala de depresión geriátrica de Yesavage, se identificó a las personas adultas mayores con depresión, 57.0% (n=53), mismos que se distribuyeron en los tres niveles, donde la depresión leve presentó mayor prevalencia, 31.2% (n=29). Llama la atención que la mayor incidencia sucedió en mujeres, casadas y viudas, sin actividad laboral y con alguna enfermedad crónica (Ver Tabla 1.).

Tabla 1. Frecuencia y porcentaje de personas adultas mayores con ideación suicida y depresión

	F	%
Con ideación suicida	38	40.9
Sin ideación suicida	55	59.1
Con depresión	53	57.0
Sin depresión	40	43.0
Niveles de depresión		
Depresión Leve	29	31.2
Depresión Moderada	15	16.1
Depresión Severa	9	9.7
Total	93	100

Fuente: Elaboración propia, 2017

También, se encontró una diferencia estadísticamente significativa $p < 0.002$ entre las adultas mayores que reportaron depresión e ideación suicida 76.3% (n=29), en contraste con las personas sin depresión o ideación suicida 23.7% (n=9). Asimismo, se demostró una diferencia estadísticamente significativa de $p < 0.001$, en las personas adultas mayores con depresión leve y moderada, con presencia de ideación suicida en cada grupo de un 34.5% (n=10), y sólo se presentó un 31.0% (n=9) de casos con ideación suicida y depresión severa (Ver Tabla 2.).

Tabla 2. Frecuencia y porcentaje de personas adultas mayores con depresión e ideación suicida y depresión.

Depresión	Ideación suicida n=38		Sin ideación suicida n=55		p
	n	%	n	%	
Con depresión	29	76.3	24	43.6	0.002
Sin depresión	9	23.7	31	56.4	
OR 4.16 IC _{95%} 1.66-10.42, p=0.004					
Niveles de depresión	Ideación suicida n=29		Sin ideación suicida n=24		p
	n	%	n	%	
Depresión moderada/severa	19	65.5	5	20.8	0.001
Depresión leve	10	34.5	19	79.2	
OR 7.22 IC _{95%} 2.07-25.14, p=0.003					

Valor de p obtenida a partir de la prueba de Chi cuadrada

Fuente: Elaboración propia, 2017.

De igual modo, respecto a la prevalencia de los síntomas depresivos en este grupo, se encontró que las dimensiones de mayor peso estadístico fueron: estado de ánimo, problemas de sueño y ansiedad. Además, los síntomas depresivos con mayor presencia en relación con el estado de ánimo fueron: tristeza, melancolía, desesperación y desesperanza; mientras que en la dimensión de ansiedad fueron: la inquietud, tensión, irritabilidad y miedo. También, en relación con los síntomas físicos y somáticos, se presentaron: la falta de energía, dificultad para respirar, para dormir y descansar y preocupación por la salud, lo cual se refleja en una reducida productividad (Ver Tabla 3.).

Tabla 3. Frecuencia y Porcentaje de los Síntomas Depresivos en las personas adultas mayores

DIMENSION	SINTOMA	F	%
Estado de ánimo	Tristeza	56	60.2
	Melancólico	66	71.2
	Profunda desesperación	56	60.2
Pérdida de interés	Rechaza intereses habituales	19	20.4
	Realiza pocas actividades	22	23.7
	Productividad reducida	75	80
	Rechaza cualquier actividad de diversión	35	37.6
Rechazo social	No hay actividad con amigos	29	31.2
	Evita contacto social	25	26.9
	No responde al entorno social	22	23.7
Desesperanza	Se pregunta si es posible una mejora	75	80.6
	Se muestra pesimista ante el futuro	28	30.1
	No ve futuro para sí mismo	28	30.1
Problemas de sueño	Dificultades para dormir	46	49.5
	Dificultades para descansar	50	53.8
	Se levanta por las noches	45	48.4
	Se levanta en la madrugada y no puede volverse a dormir	22	23.7
Lentitud	Lentitud de pensamiento	5	5.4
	Actividad lenta	2	2.0
	Falta de energía	50	53.8
	Apatía	8	8.6
Cambios en el apetito	Poco o excesivo apetito	30	32.3
	Pérdida de peso	35	37.6
	Deja de comer	30	32.3
	Incrementa notablemente su peso	16	17.2
Síntomas físicos	Indigestión	24	25.8
	Gases	30	32.3
	Pesadez	28	30.1
	Palpitaciones	37	39.8
	Dolores de cabeza	38	40.9
	Dificultad de respiración	51	54.8
	Síntomas físicos muy intensos que interfieren con su vida	15	16.1
Cambios de estado de ánimo	Mismo estado de ánimo durante el día pero cambiante entre días	22	23.7

Concentración	Dificultad para leer	6	6.5
	Dificultad para seguir programas de televisión	14	15.1
	Dificultad para leer y seguir programas de televisión y deja de hacerlo	12	12.9
Preocupación por la salud	Preocupaciones leves y espontaneas sobre la salud	69	74.2
	Preocupación frecuente por su salud	11	11.8
	Conducta hipocondriaca	6	6.5
Culpa	Autoreproches	1	1.1
	Depresión como castigo	40	43
	Delirios de culpa	11	11.8
Ansiedad	Inquietud	46	49.5
	Tenso	44	47.3
	Irritable	47	50.5
	Miedoso	47	50.5
	Preocupado	21	22.6
	Preocupaciones sobre aspectos triviales	16	17.2
	Muy agitado	37	39.8
Sentimiento de suicidio	Siente que la vida no vale la pena	1	1.1
	Considera el suicidio	24	25.8

Fuente: Elaboración propia, 2017.

De la misma manera, al analizar la relación entre las dimensiones de la escala de ideación suicida en las personas adultas mayores con presencia de depresión, se encontró que las características de las actitudes positivas hacia la vida o muerte, así como, menores pensamientos o deseos suicidas imprimen menor riesgo de sufrir depresión; este relevante dato se demostró en relación con la dimensión de actualización del intento suicida. Aún, sin tener una relación estadísticamente significativa, podría tener una probabilidad tres veces mayor de relacionarse con la depresión (Ver Tabla 4.).

Tabla 4. Relación entre las dimensiones de ideación suicida y la presencia de depresión

Dimensiones de ideación de suicidio	OR	p*	IC95%
Características de las actitudes hacia la vida/muerte	0.260	0.005	0.101-0.667
Características de los pensamientos o deseos suicidas	0.249	0.008	0.089-0.693
Características del intento de suicidio	0.803	0.634	0.326-1.980
Actualización del intento de suicidio	2.833	0.243	0.492-16.308

*Significancia obtenida a partir de la prueba de Mantel-Haenszel, IC: Intervalo de confianza

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Además, al analizar la relación bivariada entre la ideación suicida con cada uno de los síntomas depresivos, se encontró alta significancia estadística: mismo estado durante el día pero cambiante entre días (OR 11.47, $p < 0.001$ IC 3.45-38.11), dificultad



Flores-Villavicencio, M.E., et al. Síntomas Depresivos en personas adultas mayores... para leer, ver televisión y dejar de hacerlo (OR 9.46, p=0.005, IC 1.93-46.21) y considerar el suicidio (OR 0.203, p=0.001, IC 0.12-0.32); en contraste con los síntomas con menor riesgo de ideación suicida, que es percibir la depresión como castigo (OR 0.611, p<0.047, IC 0.37-0.99), (Ver Tabla 5.).

Tabla 5. Análisis bivariado entre los síntomas depresivos y la presencia de ideación suicida en las personas adultas mayores

Dimensiones	Síntomas de depresión	OR	p	IC 95%
Pérdida de interés	Rechaza intereses habituales	2.394	0.096	0.858-6.680
	Productividad reducida	2.043	0.214	0.661-6.309
Rechazo social	No hay actividad con amigos	2.350	0.061	0.960-5.752
Problemas de sueño	Dificultades para dormir	2.133	0.078	0.918-4.955
	Se levanta por las noches	2.300	0.053	0.988-5.355
	Gases	1.400	0.058	0.155-1.033
	Palpitaciones	2.056	0.096	0.879-4.807
Cambios de estado de animo	Mismo estado durante el día pero cambiante entre días	11.475	0.001	3.455-38.117
Concentración/ plano cognitivo	Dificultad para leer	8.182	0.060	0.915-73.126
	Dificultad para leer y ver TV y deja de hacerlo	9.464	0.005	1.938-46.213
Culpa	Depresión como castigo	0.611	0.047	0.374-0.998
Ansiedad	Tenso	2.062	0.091	0.890-4.778
	Preocupaciones sobre aspectos triviales	2.917	0.060	0.958-8.882
Sentimiento de suicidio	Considera el suicidio	0.203	0.001	0.127-0.324

*Significancia obtenida a partir de la prueba de Mantel-Haenszel, IC: Intervalo de confianza
Fuente: Elaboración propia, 2017.

Finalmente, se llevó a cabo el modelo de regresión logística multivariado, para lo cual se tomaron las variables que resultaron ser estadísticamente significativas de los resultados obtenidos en el análisis descriptivo y en los análisis bivariados. Con base en el modelo del análisis multivariado, se confirmó la asociación de la ideación suicida con los síntomas depresivos, a partir de la probabilidad de riesgo 10.13 veces mayor que agrega el síntoma de mismo estado de ánimo durante el día pero cambiante entre días (p <0.001, IC 2.90-35.42), así como, una probabilidad de riesgo 7.45 veces mayor entre la

Flores-Villavicencio, M.E., et al. Síntomas Depresivos en personas adultas mayores.... asociación de ideación suicida y el síntoma de dificultad para leer y ver televisión y dejar de hacerlo ($p < 0.032$, IC 1.18-46.91) (Ver tabla 6.).

Tabla 6. Análisis multivariado de los síntomas depresivos y la ideación suicida

Síntomas de depresión	p	OR	IC 95%	
Mismo estado durante el día pero cambiante entre días	0.000	10.137	2.901-35.429	
Dificultad para leer y ver TV y deja de hacerlo	0.032	7.455	1.185-46.915	
Depresión como castigo	0.986	1.010	0.342-2.983	
Prueba Hosmer Lemeshow			R cuadrada de Cox y Snell	R cuadrada de Nagelkerke
Valor de Chi-cuadrado 27.069	Grados de libertad 3	P< 0.000		

*Significancia obtenida a partir de la prueba de Mantel-Haenszel, IC: Intervalo de confianza
Fuente: Elaboración propia, 2017.

Discusión

Un hallazgo relevante del estudio fue la elevada prevalencia de personas adultas mayores con depresión e ideación suicida y, más aún, detectar personas adultas mayores con ideación suicida, pero sin depresión. Este hallazgo indica que no solo la depresión está asociada con la ideación suicida, puesto que otros numerosos factores de riesgo también ejercen influencia en esta población, como: ser mujer, la viudez, la dependencia económica, el padecimiento de enfermedad crónica, la inactividad laboral y vivir solos con desesperanza. En este sentido, cabe resaltar que la edad y el género no influyeron significativamente en la distribución de depresión o ideación suicida, probablemente por el estrecho rango de edad.

Ahora bien, la mayor parte de literatura relacionada con la depresión de personas adultas mayores se centra en estudiar la depresión como uno de los factores de riesgo de

Flores-Villavicencio, M.E., et al. Síntomas Depresivos en personas adultas mayores.... mayor severidad en el proceso de envejecimiento. En esta línea, Gómez-Angulo y Campo-Arias (2011) observaron porcentajes elevados de síntomas depresivos en la persona adulta mayor de condiciones económicamente bajas. Asimismo, Romero (2006) demuestra en su estudio que las tasas más altas de sintomatología asociadas con la depresión se encuentran en las personas adultas mayores, en comparación con personas de menor edad y, a su vez, es superior en mujeres y aumenta en los hombres, a partir de los 80 años.

Aunado a ello, aceptar los síntomas depresivos como “normales” es usual en el envejecimiento y considerar la tristeza como el síntoma principal en esta población ha ocasionado que la depresión y la ideación suicida no sean diagnosticadas adecuadamente; por lo cual, se dejan de lado otros síntomas relevantes que contribuyen a su presencia.

Con base en la problemática mencionada, en este estudio se realizó una detallada detección de síntomas depresivos en personas adultas mayores con ideación suicida, a pesar de que no todos fueron significativos, se reconocieron síntomas con mayor presencia en esta población, principalmente, los relacionados con cambios del estado de ánimo, los sentimientos de culpa, la concentración y los sentimientos de suicidio. No obstante, estos resultados pueden ser consecuencia del tamaño de la muestra y de las limitantes de las escalas de evaluación; por tanto, probablemente se requiera diseñar instrumentos apropiados para el tamizaje de síntomas depresivos para esta población, en donde se consideren otros factores de riesgo asociados con la depresión.

Cabe resaltar que los resultados hallados concuerdan con el estudio de Alexopoulos et al. (1999), quienes demostraron que las personas adultas mayores con depresión tanto leve como severa y poco apoyo social, son más propensos a presentar

Flores-Villavicencio, M.E., et al. Síntomas Depresivos en personas adultas mayores.... ideación suicida. Sin embargo, también refieren que tratar oportunamente la depresión en esta población ayudaría a disminuir la ideación suicida; en especial, en aquellas personas que presentan algún tipo de enfermedad terminal.

De igual manera, el estudio de De La Torre-Martí et al. (2013) comprobó que la mayoría de las personas que se suicidan parecen estar deprimidas y, prácticamente, la mitad de las personas diagnosticadas con depresión presentan ideas suicidas. No obstante, en su estudio no describen los síntomas depresivos presentes en la ideación suicida.

De este modo, las actitudes y pensamientos hacia la muerte en la población adulta mayor también son considerados como características normales y propias del envejecimiento. Sin embargo, en el análisis realizado con la escala de ideación suicida de Beck et al. (1979) se encontró estas características en adultos con depresión; además, se reconocieron como factores de riesgo para la ideación suicida los siguientes síntomas: mismo estado de ánimo durante el día pero cambiante entre días, falta de concentración y, no menos importante, considerar la depresión como castigo. Por consiguiente, se puede esperar que, a partir de la aplicación de una escala de depresión, sea posible identificar sujetos en riesgo de ideación suicida, lo que convierte al presente análisis en una base para la prevención de la ideación suicida en personas adultas mayores con depresión.

De la misma manera, los resultados encontrados concuerdan con el estudio de Guibert y Alonso (2001) que describen las principales conductas de riesgo que antecedieron al intento suicida: depresión, acompañada de sentimientos de culpa, desesperanza y desorganización del hogar. Además, los resultados obtenidos en el estudio de Pérez (2012) confirman que los problemas emocionales, incluyendo

Flores-Villavicencio, M.E., et al. Síntomas Depresivos en personas adultas mayores.... depresión, se presentan en el envejecimiento normal y son considerados los mejores predictores del suicidio. Por tanto, los síntomas que presenta la persona adulta mayor comprenden disminución del interés por las cosas que habitualmente lo despertaban, menor vitalidad, pérdida de peso, trastornos del sueño, falta de memoria y tendencia al aislamiento.

Asimismo, Baca y Aroca (2014) constataron que los eventos vitales de mayor impacto en este grupo poblacional desencadenan factores de riesgo para la ideación suicida, como soledad y aislamiento; así como, concluyó que la depresión constituye el principal factor de riesgo.

En esta línea, solamente con el estudio de García-Vega et al. (2018) se asocian resultados de la presente investigación, porque definen la depresión y sintomatología depresiva como causa principal para la ideación e intento suicida, debido a que este proceso emocional limita la capacidad para buscar soluciones y conduce a la persona al estado de desesperanza, lo cual aumenta las probabilidades de suicidio.

En relación con las limitantes, el presente estudio tiene varias, ya que se enfocó en un pequeño grupo de personas adultas mayores independientes que asisten a un club comunitario, en donde cuentan con atención de salud y apoyo social y condiciones que pudieron influir en los resultados obtenidos. Razón por la cual, se recomienda trabajar la muestra estudiada bajo la misma línea de investigación—tanto cuantitativa como cualitativamente—, pero de manera más detallada; con el propósito de conocer más sobre la sintomatología depresiva en población abierta, pero con características sociodemográficas más completas, lo cual, a su vez, permita detectar otras variables relacionadas con ideación suicida, tales como: nivel educativo, grado de dependencia, carencia económica, apoyo social y condiciones de vida social y de salud. Lo anterior

Flores-Villavicencio, M.E., et al. Síntomas Depresivos en personas adultas mayores.... con el fin de plantear un modelo con mayor poder explicativo que permita delimitar otros factores asociados con síntomas depresivos en personas adultas mayores con ideación suicida.

De igual modo, a pesar de que ya existen gran variedad de estudios sobre depresión y suicidio en personas adultas mayores, fue difícil evaluar los síntomas depresivos de manera precisa y compararlos con otros estudios, ya que los hallazgos reportados solo evaluaban de manera general la presencia y nivel de depresión, como la detección de factores de riesgo clínicos y sociodemográficos de la ideación suicida (Beck y Brad, 1972; Lynch et al., 1999 y González et al., 2000).

En futuras investigaciones, sería interesante revisar las relaciones entre las variables; depresión y los factores sociales, culturales y religiosos en grupos de personas adultas mayores dependientes en contexto hospitalario y en su domicilio; debido a que es necesario continuar investigando detalladamente los síntomas depresivos para verificar y detectar su asociación con la ideación suicida; así como, su relación con las enfermedades crónicas que se agudizan conforme avanza la edad y contribuyen a la presencia de estas variables.

Como conclusión, se propone continuar con el diseño de instrumentos más apropiados para la identificación de los síntomas depresivos de mayor impacto relacionados con la ideación suicida en la población adulta mayor. Esto con la meta de que los pacientes con mayor potencial de suicidio sean fáciles de identificar por los profesionales de la salud y, a su vez, que dichos instrumentos sirvan de guía para realizar intervenciones apropiadas, ya que el pronóstico de la ideación suicida dependerá de la gravedad de la depresión y, sobre todo, de la detección y tratamiento oportuno.

Referencias

- Alexopoulos, G., Bruce, M., Hull, J., Sirey, J. y Kakuma, T. (1999). Clinical determinants of suicidal ideation and behavior in geriatric depression. *Arch Gen Psychiatry*, 56(11), 1048-53. Doi: 10.1001/archpsyc.56.11.1048
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales DSM-5. Arlington V, A: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Baca, G. y Aroca, F. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud mental*, 37(5), 373-380. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2014.044>
- Beck, A., Kovacs, M. y Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343>
- Beck, A. y Brad, A. (1972). Depression: Causes and Treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Cohen, A., Chaomann B., Gilman, S., Delmerico, A., Wieczorek, W., Duberstein, P. y Lyness, J. (2010). Social inequalities in the occurrence of suicidal ideation among older primary care patients. *Am J Geriatr Psychiatry*, 18(12), 1146-54. Doi: 10.1097/JGP.0b013e3181dd1e55
- De la Torre-Martí, M. Santacreu, J. y Calero A. (2013). Protocolo para la detección y manejo inicial de la Ideación Suicida: Centro de Psicología Aplicada. Universidad Autónoma de Madrid, 1-36. Recuperado de https://psicologosemergenciasbalears.files.wordpress.com/2018/01/protocolo_ideacion_suicida.pdf
- García-Vega, E., Camero, A., Fernández, M. y Villaverde, A. (2018). Suicidal ideation and suicide attempts in persons with gender dysphoria. *Psicothema*, 30(3), 283-288. Doi:10.7334/psicothema2017.438
- Gómez-Angulo, C. y Campo-Arias, A. (2011). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas Psychologica*, 10(3), 735-743. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64722377008>

Flores-Villavicencio, M.E., et al. Síntomas Depresivos en personas adultas mayores....

González, M., Díaz, M., Ortiz, L., González, C. y González, N. (2000). Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23(2), 21-30. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58222304>

Guibert, R. y Alonso, R. (2001). Factores epidemiológicos y psicosociales que inciden en los intentos suicidas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(2), 155-163. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v17n2/mgi08201.pdf>

Losada, A. y Álvarez, S. (2014). Síntomas depresivos en adultos mayores de 65 años. Influencia del vivir solo o acompañado. *Neurama Revista Electrónica de Psicogerontología*, 1(1), 48-62. Recuperado de <https://www.academica.org/analia.veronica.losada/100>

Lynch, T., Johnson, C., Mendelson, T., Robins, C., Krishnan, K. y Blazer, D. (1999). Correlates of suicidal ideation among an elderly depressed sample. *Journal of Affective Disorders*, 56(1), 9-15. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327\(99\)00022-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00022-1)

Morales, S., Echávarri, O., Barros, J., Maino, M., Armijo, I., Fischman. ... Monari, M. (2017). Intento e Ideación Suicida en Consultantes a Salud Mental: Estilos Depresivos, Malestar Interpersonal y Satisfacción Familiar. *Psykhé*, 26 (1), 1-14. doi:10.7764/psykhe.26.1.939.

Muñoz, J., Pinto, V., Callata, H., Napa, N., y Perales, A. (2006). Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes pre universitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 23(4), 239-247. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342006000400002&script=sciarttext>

Nascimento, O., Tavares, B., y Cachioni, M. (2011). Síntomas depresivos en adultos mayores participantes de una universidad abierta a la tercera edad. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 46(5), 237-286. doi: 10.1016/j.regg.2010.11.010

Pérez, B. (2012). Factores de riesgo suicida en el anciano. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 2011-2016. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800012>

- Flores-Villavicencio, M.E., et al. Síntomas Depresivos en personas adultas mayores....
- Pérez-Amezcu, B., Rivera-Rivera, L., Atienzo, E., Castro, F., Leyva-López, A. y Chávez-Ayala, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana. *Salud Pública de México*, 52(4),324-333. doi:10.1590/S0036-36342010000400008
- Rodríguez-Gómez, J. (2010). Prevalencia de suicidio en la población gerontológica de Puerto Rico, periodo de 1980-2006. *Psicología y Salud*, 20(1), 89-96. Recuperado de [https://www.thefreelibrary.com/Prevalencia de suicidio en la población gerontológica de Puerto Rico,...-a0222408731](https://www.thefreelibrary.com/Prevalencia+de+suicidio+en+la+población+gerontológica+de+Puerto+Rico,...-a0222408731)
- Romero, G. (2006). Tratamiento cognitivo-conductual un caso de depresión en la tercera edad. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, VII (1), 65-75. Recuperado de <http://www.hhv.gob.pe/revista/2006/indice.htm>
- Sotelo-Alonso, I., Rojas-Soto, J., Sánchez-Arenas, C. y Irigoyen-Coria, A. (2012). La depresión en el adulto mayor: epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Archivos en Medicina Familiar*, 14 (1), 5-13. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf2012/amf121b.pdf>
- Szanto, K., Gildengers, A., Mulsant, B., Brown, G., Alexopoulos, G. y Reynolds, C. (2002). Identification of suicidal ideation and prevention of suicidal behaviour in the elderly. *Drugs Aging*, 19(1), 11-24. doi: 10.2165/00002512-200219010-00002
- Tereucán, A., Briceño, O. y Gálvez, N. (2017). Carta del editor: Identidad étnica e ideación suicida en adolescentes indígenas. *Salud pública de México*, 59(1), 7-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.21149/7980>

Artículo recibido: 31 Enero, 2019
Artículo aprobado: 19 Noviembre, 2019

**TRANSFORMACIONES EN LA SUBJETIVIDAD DE MUJERES ADULTAS
MAYORES QUE ACCEDIERON A LA “JUBILACIÓN DE AMAS DE CASA” EN
ARGENTINA**

**TRANSFORMATIONS IN THE SUBJECTIVE OF SENIORS CITIZEN WOMEN WHO'S
ACCESSED TO THE “PENSION OF THE HOUSEWIFE” IN ARGENTINA**

Sandra Magali Gonzalez¹, Claudio Ariel Urbano²

RESUMEN

En la década pasada, el Estado Argentino implementó una política de seguridad social que les permitía a las personas mayores vinculadas con el trabajo informal o con el trabajo doméstico que se jubilaran, se conoció popularmente como “jubilación de amas de casa” porque millones de mujeres la realizaron. Entonces, jubilarse con esta nueva modalidad aportaría recursos para el desarrollo personal de las mujeres, lo cual tendría un sentido diferente al de la transición jubilatoria que es, generalmente entendida, como un duelo desde el enfoque psicogerontológico. El propósito de este trabajo es caracterizar las significaciones subjetivas que mujeres mayores de sectores vulnerables de Santiago del Estero y Catamarca le otorgan al acceso a los beneficios de la jubilación de excepción por moratoria como política inclusiva de seguridad social. El trabajo es exploratorio de enfoque cualitativo y está en su fase inicial. Se indagó mediante entrevistas semiestructuradas a una muestra intencional de cuatro adultas mayores de Santiago del Estero y Catamarca, quienes accedieron al beneficio previsional durante el período 2005-2015. Los resultados parciales muestran que las políticas públicas ofrecen nuevos modelos performativos capaces de transformar la subjetividad de las mujeres mayores, lo que les permite reformular su identidad, ejercer la ciudadanía y construir subjetividad política.

PALABRAS CLAVE: Pensiones, mujeres, subjetividad, identidad, ciudadanía.

ABSTRACT

In the last decade the Argentine government implemented a social security policy allowing older people linked to informal work and / or domestic work to retire. It was popularly known as "retirement of housewives" because millions of women agreed with it. Retire with this new modality would provide resources for the personal development of women then it would make a different sense to the retirement transition, generally understood as a duel from the psychogerontological approach. It is an exploratory study with a qualitative approach that is in its initial phase, inquiry was made through semi-structured interviews to an intentional sample of four older adults from Santiago del Estero and Catamarca, who accessed the pension benefit during the 2005-2015 period. Partial results show that public policies offer new performative models capable of transforming the subjectivity of older women, allowing them to reformulate their identity, exercise citizenship and build political subjectivity.

KEY WORDS: Pensions, women, subjectivity, identity, citizenship

¹Doctoranda en Salud Mental Comunitaria. Becaria Doctoral en Centro de Investigaciones y Transferencia de Catamarca-Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de la República de Argentina (CITCA-CONICET). Argentina. E-mail: psi.magaligonzalett@gmail.com

²Doctor en Ciencias Humanas y Magíster en Gerontología. Investigador adjunto en Centro de Investigaciones y Transferencia de Catamarca- Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas en la República Argentina (CITCA-CONICET). Argentina. E-mail: claurbano@hotmail.com



Introducción

En el campo de la psicogerontología, la perspectiva clásica en los estudios acerca de la jubilación se presenta como un punto de quiebre en el curso vital del sujeto y como un acontecimiento que representa, para muchos autores, la puerta de entrada a la vejez (Dulcey y Uribe, 2002; Fernández, 2004; Iacub, 2012; Salvarezza, 2005). En este sentido, la pérdida de la actividad laboral no solo es una de las incontables pérdidas que experimenta el sujeto en su devenir, sino que es uno de los marcadores más importantes de la “muerte social” (Moragas Moragas, 2012).

Por tanto, la jubilación es un hecho que requiere, por parte del sujeto, la elaboración de un proceso de duelo orientado a la resolución de la crisis normativa asociada al retiro laboral. Atravesar esta crisis vital genera demandas de reconfiguración de la identidad del sujeto envejeciente; no obstante, la incidencia de la jubilación como crisis de desarrollo adquiere relevancia cuando se trata de personas en las que el trabajo ha tenido un papel central en la construcción de su proyecto vital. En otras palabras, la jubilación podría considerarse un marcador válido de la transición a la vejez, en aquellos casos en los que el trabajo ha cumplido una actividad estructural en el rol adulto y en las tareas del desarrollo que le son propias.

Desde el punto de vista social, la jubilación es una institución de las políticas de protección y seguridad social que se otorga como un beneficio a quien haya mantenido una inserción sostenida en el tiempo dentro del mercado laboral. Por lo tanto, se trata de un beneficio típico del estado de bienestar que alcanzaba a los trabajadores, pero no a todos los sujetos que llegaban a determinada edad.

En línea con lo anterior, la mirada tradicional sobre la jubilación y su significación en la vejez remite a las condiciones del trabajo formal y descuida la

importancia y las características del trabajo independiente (muchas veces de tipo informal) o el trabajo doméstico. En tal sentido, las teorías psicogerontológicas abordan la jubilación con base en la relación entre el sujeto y el trabajo dentro del sistema formal de empleo, sin considerar otras formas de inserción en las relaciones productivas. De esa manera, la literatura psicogerontológica ha sostenido una mirada hacia la jubilación como un evento vital que, en particular, ha solapado las contribuciones de las mujeres a la economía a través del trabajo informal y del trabajo doméstico.

El proceso de envejecimiento social tiene como uno de sus efectos más relevantes el incremento del carácter crítico de los sistemas previsionales y sanitarios, en tanto que el aumento de la población envejecida, genera demandas masivas de acceso a la protección social y, por lo tanto, una creciente presión hacia estos sistemas. En ese marco, los estados nacionales han implementado, en la última década, diferentes mecanismos con el fin de ampliar los beneficios de la seguridad y protección social para dar cobertura a las personas adultas mayores. Sin embargo, a pesar de que el tema de la vejez está instalado en la agenda regional e internacional, no se propicia la colaboración y vínculo entre los países de la región latinoamericana (Huenchuan et al., 2010).

No obstante, se han desarrollado algunas nuevas estrategias con mayor o menor compromiso y efectividad. Una de esas novedades radica en la jubilación como instrumento de la seguridad social y su masificación (Gascón, 2014). Esta masificación al acceso del beneficio jubilatorio generó una nueva “condición de jubilado” en tanto que la hizo accesible a personas que no habían realizado aportes previsionales o los habían hecho en forma discontinua. En estos casos, la situación de excepcionalidad histórica del evento que irrumpe el trayecto de vida de la persona provoca que la

Gonzalez, S.M., et al. Transformaciones en la subjetividad de mujeres adultas... jubilación, lejos de ser una crisis normativa, se presente como una crisis no normativa (Urbano y Yuni, 2016).

Para una importante proporción de personas adultas mayores argentinas esta “nueva condición” como beneficiario de la protección social no era lo esperable para su vejez. El acceso a la jubilación por moratoria genera un punto de bifurcación en la trayectoria vital (Lalive, Bickel, Cavalli y Spini, 2011) de esos sujetos. Por ello, cabe plantear la pregunta acerca de los efectos subjetivos que surgen a partir de la adquisición del rol de jubilado otorgado por las políticas de seguridad social; en tanto que irrumpen en la vida de las personas como una oportunidad inesperada.

El sistema capitalista del mundo moderno pareciera haber idealizado la construcción identitaria en relación con el trabajo. Una forma de notarlo es en la manera en que una persona se presenta ante otra y destaca su actividad laboral como lo que la define; pues, al decir por ejemplo: “soy psicóloga”, se reconoce como “trabajo” solo aquello que se circunscribe al ámbito formal o por lo que se recibe una recompensa o remuneración. Sobre esta base, se ha construido un binarismo entre sujetos “activos” y “pasivos”, distinción de especial importancia en la política de edades.

En este sentido, la pasividad –que se asocia a las edades avanzadas- circula en el imaginario social con significaciones negativas, ya que “ser jubilado” significaba perder la condición de sujeto social activo; condición asociada a la capacidad de reproducción social a través del trabajo. Por ello, las formas del trabajo no formal o el trabajo informal, tanto en la propia unidad productiva en el caso de las familias campesinas y de contextos de vulnerabilidad o en el trabajo doméstico, no fueron reconocidas hasta hace algunas décadas como contribuciones efectivas a la reproducción de las relaciones sociales. Esto debido a que las economistas feministas llamaron la atención respecto a

Gonzalez, S.M., et al. Transformaciones en la subjetividad de mujeres adultas... cómo las tareas de cuidado, de asistencia y de reproducción de la vida de las mujeres eran invisibilizadas en su condición de aporte a las relaciones económicas y productivas; especialmente, dentro de las economías de mayor vulnerabilidad social.

Con base en lo anterior, en este trabajo se pone el acento en las mujeres adultas mayores, porque esta población es doblemente afectada por las condiciones de desigualdad social. A causa de la histórica desigualdad sexista, las mujeres han sido y siguen siendo excluidas o precarizadas en los sistemas formales de trabajo y en los sistemas educativos y de salud en cuanto a los derechos sobre el propio cuerpo (Navarro, 2019). Por el efecto del viejismo, a las mujeres adultas mayores no se le reconoce su productividad social ni su contribución material a la reproducción y al sostenimiento de las economías familiares a lo largo de la vida.

La literatura revela que tanto el trabajo doméstico, como el trabajo informal son elementos clave en la sustentación de las economías de subsistencia de las familias pobres, en tanto que permiten el trabajo extra-hogar mientras que se ahorra en la contratación de dichos servicios (Pedrero, 2004). Sin embargo, el trabajo femenino no solo está subregistrado y devaluado, sino que también está invisibilizado como trabajo que produce beneficios para la economía familiar. Por ello, se infiere que la institucionalización de la llamada “jubilación de las amas de casas” no solo pretende la ampliación de los derechos al acceso a la protección social, sino que busca también promover un cambio cultural más amplio, orientado a la revalorización del trabajo femenino y, especialmente, del trabajo doméstico.

Ahora bien, como complemento a la inquietud planteada anteriormente y desde una perspectiva de género, surgen los siguientes interrogantes: ¿Qué particularidades tiene, a nivel subjetivo, el acceso a la jubilación en aquellas mujeres que han

Gonzalez, S.M., et al. Transformaciones en la subjetividad de mujeres adultas... configurado su identidad en torno al trabajo no formal o al trabajo doméstico? ¿Cuáles son los sentidos que ellas pueden darle a ese nuevo rol? ¿Podría esto suponer una transformación de la subjetividad de estas mujeres?

Aproximaciones teóricas

Abordar temas propios de la gerontología desde el enfoque del Curso Vital, tales como la vejez, el envejecimiento y el sujeto envejeciente, permite contar con una amplia perspectiva que se requiere para aprehender el carácter procesual, dinámico y contextual del desarrollo. Esta mirada relativiza la edad cronológica y valora los aspectos biográficos de las personas. Considera además al contexto por su capacidad de moldear cada momento evolutivo (Urbano y Yuni, 2016). En un momento histórico-social donde persisten los prejuicios relacionados con la edad y sus derivados en prácticas discriminatorias que se reconocen como “viejismo” (Salvarezza, 2005), el cuestionamiento de los prejuicios y también de los vacíos teóricos en la literatura especializada no son tarea menor; debido a que contribuyen a la superación y a la reducción de la segregación de las personas adultas mayores.

Por tanto, reflexionar acerca de los aspectos subjetivos de la vejez implica atender a la dimensión temporal y al dinamismo de dicho proceso, a la vez que contribuye al reconocimiento y reafirmación de la persona adulta mayor como sujeto de deseo.

Subjetivación y envejecimiento

La vejez y el envejecimiento se presentan como objetos de estudios complejos que requieren de una multiplicidad de enfoques para su abordaje. Sin embargo, algunos conceptos resultan controversiales y presentan debates que dificultan el desarrollo de la

Gonzalez, S.M., et al. Transformaciones en la subjetividad de mujeres adultas... investigación. *La Gerontología Crítica* (Yuni y Urbano, 2008; Piña, 2010) señalan que las teorías gerontológicas clásicas abordan tópicos del envejecimiento desde una visión androcentrista, clasista y con una mirada sesgada sobre las edades.

Por su parte, identidad y subjetividad son conceptos teóricos de amplio uso en las ciencias sociales, aunque su significación y alcances remiten a profundas diferencias, según el marco disciplinar o el encuadre teórico en el que se sustenta su uso. Ambos conceptos se presentan como términos polifónicos, polisémicos y con cierta ambigüedad; por ende, cuando se relacionan con el campo de la vejez y el envejecimiento, requieren de una tarea de dilucidación de sus significados.

Desde la perspectiva psicogerontológica, la identidad y la subjetividad son elaboraciones psíquicas que surgen de la interacción de los sujetos con el entorno social y se retroalimentan constantemente, lo que les otorga un carácter dinámico. Ambas se constituyen en procesos de transacción, tramitación y transición con el entorno, en los cuales los sujetos forman una representación de la realidad y de sí mismos. Sin embargo, dichos términos no son sinónimos.

Por un lado, la identidad es una parte de la subjetividad que remite a lo más estable del sujeto dentro de la misma dinámica y de la propia inestabilidad de la constitución subjetiva; asimismo, invoca a lo más consciente del sujeto respecto a los modos de representación de sí (lo cual conlleva una representación de los otros en un contexto socio-epocal).

Entonces, cuando se habla de identidad, se remite al trabajo psíquico de reconocerse idéntico a sí mismo en el devenir de las transformaciones y cambios asociados al transcurso del vivir. Es decir, reconocerse idéntico en las tensiones entre lo que permanece y lo que cambia, entre la singularidad de la vida y la pluralidad de las

Gonzalez, S.M., et al. Transformaciones en la subjetividad de mujeres adultas... experiencias vitales. Es la resultante del proceso en el que el sujeto trata de reconocer algunos patrones experienciales que se van repitiendo y de los cuales va adquiriendo consciencia.

Por una parte, en lo singular se repiten los patrones de las experiencias que se han vivido y de las que se viven y, además, se dan indicios acerca de cómo se vivirán las experiencias futuras. Por otra parte, en la pluralidad experiencial se trata de reconocer aquello que se repite a nivel vincular como lo que permite al sujeto reconocerse diferente, distanciarse y, a la vez, encontrarse con los otros en las similitudes que comparte por efecto de la cultura y la época.

En otras palabras, la identidad se configura en el doble reconocimiento de la singularidad existencial que es posible establecer por la diferenciación con los semejantes. En ese juego de dobles, se delimita la identidad personal y se establece la pertenencia a una identidad social que permite el reconocimiento como parte de lo colectivo. Por consecuente, este proceso es solidario con la constitución de diferentes autorepresentaciones: el autoconcepto, la autovaloración y la autoeficacia (Urbano y Yuni, 2016).

En definitiva, la identidad es aquello que un sujeto conoce de sí mismo y que le permite situarse en una determinada posición en tanto asume particularidades que lo diferencian de los otros y le permiten reconocer aspectos que lo vinculan a ellos. Por tanto, la identidad se relaciona con cómo el sujeto se define a sí mismo y cómo se muestra ante los otros en las coordenadas de las relaciones vinculares.

Por otro lado, la subjetividad refiere a la posición del sujeto-sujetado que desconoce partes de los procesos de transacción, tramitación y transición con el entorno; es decir, alguna parte de las representaciones de la realidad se escapa del plano

Gonzalez, S.M., et al. Transformaciones en la subjetividad de mujeres adultas... consciente. Por ello, la subjetividad es precisamente el lugar que la cultura le designa al yo dentro de un determinado colectivo, lo que queda en la sombra de la conciencia. En este sentido, la cultura opera a través de una matriz de significantes que le otorga al sujeto para que este pueda referenciarse socialmente; dichos significantes están relacionados con la etnia, la posición social, la edad, la religión, la sexualidad, entre otros posibles (González Rey, 2008).

Entonces, la cultura interviene en el plano inconsciente del sujeto en tanto que, desde lo obvio de la cotidianidad, asume como natural algo que en realidad le ha sido impuesto. Por ende, la subjetividad tiene una dimensión de lo no-sabido, pero puede accederse a ella mediante la interpretación de lo que el sujeto dice, de su relato y de su contrastación con lo que piensa, siente y hace.

Por su parte, la dinámica de la cultura tiene sus efectos en la subjetividad, en tanto que cambia la matriz de significantes por cuestiones epocales, al sujeto se les demanda su adaptación a las coordenadas de referencia emergentes (Iacub, 2011; Urbano y Yuni, 2016). De ese modo, los significantes que llegan desde el campo social generan ideales culturales que se convierten en modelos de identificación aspiracionales para los sujetos. Estos significantes pueden cuestionar, interpelar o desafiar otros modelos que, hasta el momento, se consideraban legítimos.

El proceso transicional mencionado produce malestar subjetivo en cuanto el sujeto se ve compelido a resolver las contradicciones que le genera la dinámica sociocultural y tiene que reposicionarse subjetivamente frente a las demandas de adaptación y a la adhesión o rechazo de los ideales emergentes. Pues, cuando el campo social es capaz de ofrecer un abanico amplio de ideales culturales, los sujetos pueden identificarse con dichos ideales desde la valoración de sus singularidades y construir

Gonzalez, S.M., et al. Transformaciones en la subjetividad de mujeres adultas... bienestar subjetivo o, si se quiere, construir salud. En este sentido, la posición del sujeto en relación con el malestar o el bienestar subjetivo y, sobre todo, el pasaje de uno a otro, supone un proceso de transformación de la subjetividad.

El presente trabajo reconoce la importancia del abordaje de la identidad y la subjetividad en la lectura de la vejez y el envejecimiento, porque ambas son recursivamente productos/productores de la cultura y sus procesos de institucionalización. Sin embargo, el enfoque que más interesa en este trabajo es el de la subjetividad, ya que interesa comprender el modo en que las políticas públicas de la seguridad social ponen en circulación y ofertan nuevos significantes respecto a la jubilación como beneficio y como reconocimiento de derechos a las mujeres mayores. En la perspectiva teórica de la presente investigación, se puede dar cuenta de este proceso de transformación subjetiva a través del concepto de resignificación.

En esta línea, como se ha sugerido anteriormente, el sujeto no nace como tal, sino que se constituye sujeto a través del proceso de subjetivación que continúa su despliegue y transformación a lo largo de la vida; es decir, la constitución subjetiva es un proceso que se da en la interacción entre el mundo exterior y el mundo interno del sujeto. En este sentido, los dispositivos culturales materializados en grupos, instituciones o cualquier figura representante del campo social, le inscriben la matriz social al sujeto, lo cual moldea sus pensamientos y regula sus acciones (Urbano y Yuni, 2016).

Por ello, la subjetividad se forma socialmente y las identidades se performan por influencia del campo social, el cual—a través de sus representantes— le dicta al sujeto cómo pensar, cómo actuar y cómo debe sentirse cuando alcanza una edad avanzada, de

Gonzalez, S.M., et al. Transformaciones en la subjetividad de mujeres adultas... acuerdo con ciertos parámetros socioculturales; por lo cual, el dinamismo entre procesos intra-inter-transubjetivos se sintetizan en la identidad individual o colectiva del sujeto.

Por ende, la identidad se presenta en forma de múltiples autodefiniciones con las cuales los sujetos se presentan a sí mismos y a los otros, a través de un relato biográfico que es una construcción ficcional narrativa, en tanto que organiza enunciados que lo definen y dan una sensación de continuidad (autoconcepto) biográfica.

Con base en lo anterior, el relato y la narración de sí mismo está conformado no solo por el discurso del propio sujeto, sino que en su voz hablan otros discursos que lo nombran, lo predicen, lo signan y lo constituyen, ya que sin ellos no podría darse un discurso singular (Urbano y Yuni, 2007). Sin embargo, al tratarse justamente de una ficción, la narración biográfica no es algo que pueda quedar cristalizado, sino que tropieza una y otra vez cuando los enunciados con que el sujeto se presenta ante el mundo ya no alcanzan para re-presentarlo y su carácter ficticio queda al descubierto; por lo cual, distintos eventos en el curso de la vida pueden hacer trastabillar esa construcción ficticia.

En el proceso de envejecimiento, el sujeto va encontrando varios cambios que interpelan su ficción y rompen con la sensación de continuidad. Por ejemplo, los cambios físicos, psicológicos y sociales tensionan aspectos de esa construcción ficticia lo que puede generar o incrementar inseguridades, debilitar algunos mecanismos yoicos, promover la búsqueda de nuevas formas de adaptación o la modificación de proyectos (Iacub, 2011). En esos casos, para sostener la ilusión de continuidad biográfica, el sujeto debe reelaborar sus autodefiniciones y elaborar una nueva narrativa de sí.

Ese proceso de re-figuración le permitirá elaborar al sujeto una nueva configuración identitaria que resignificará el sentido de la identidad:

Re-significar supone actualizar las significaciones de los esquemas construidos a partir de conceptos individuales que se desacomodan de los lugares de significación e inter-cambian en la acción comunicativa. Mediante ella los sujetos realizan un movimiento de acomodación/desplazamiento de los autoconceptos que constituyen la versión de sí mismo. Esto exige al sujeto mayor el trabajo por revisar/reordenar los modos de mirar/evaluar/valorar las acciones realizadas a través del tiempo y otorgarles un nuevo sentido en pos de una acción que incorpore y asimile los cambios. Este trabajo interno de reelaboración puede ser sostenido u obturado por los dispositivos ofrecidos por el contexto social (para hacer efectiva) la transmisión (de la cultura). (Urbano y Yuni, 2006, pp. 6-7)

De acuerdo con lo expresado por el autor, se puede inferir que el proceso de refiguración identitaria en las personas adultas mayores puede ser sostenido, obturado o promovido por los dispositivos culturales. Desde este punto de vista, se puede afirmar que la mirada que promueva el Estado sobre las personas adultas mayores y que se traduce en políticas públicas, puede fortalecer dichas políticas en una posición de sujeto de deseo, sujeto de derechos o por el contrario, en una posición de objeto de cuidado

Políticas públicas de envejecimiento y sus efectos subjetivantes

Sandomirsky (citado por Saforcada, De Lellis y Mozobancyk, 2010) refiere que las políticas públicas desde su gestación llevan impresas una noción de sujeto (“destinatario”, “portador”, “ciudadano”, “beneficiario”, entre otros) que las dirige en un sentido u otro con una intencionalidad manifiesta. Desde allí, los dispositivos de políticas públicas participan en la constitución de subjetividades, en tanto influyen en la

Gonzalez, S.M., et al. Transformaciones en la subjetividad de mujeres adultas...
narración que realiza el sujeto sobre sí mismo y sobre el mundo, esto en una relación recíproca en la que se le otorgan significados y sentidos que impactan en las imágenes que el sujeto tiene de sí mismo y de los demás. De esta forma:

(...) [las políticas] están participando en la composición y recomposición **continua** de la identidad, de formas de subjetividad, cuando no de identidad. En la reciprocidad y el movimiento que están comprometidos en la dimensión “sentido”, el sujeto se notifica sobre sí mismo y sobre el mundo (Saforcada et al., 2010, p. 91).

En relación con ello, en Argentina, que una jubilada sea tratada como “beneficiaria” de la Seguridad Social, remite a la historia de los derechos sociales en el país; pues, la Sociedad de Beneficencia de la Capital, impulsada por Rivadavia en 1823, es reconocida como la primera iniciativa pública para que la atención a los pobres sea un asunto de Estado y ya no de la Iglesia. Esta institución reconocía a las mujeres y a los niños como la población más vulnerable y, si bien administraba fondos del Presupuesto Nacional, recibía también colaboración y participación de los sectores sociales más poderosos en nombre de las llamadas “damas de caridad”.

Asimismo, esta institución otorgaba asistencia social a las poblaciones vulnerables, pero bajo la condición del criterio de “merecimiento”; por lo cual se exigía de las beneficiarias un “comportamiento ejemplar”; de esta forma, en la búsqueda del perfeccionamiento de la moral “del bello sexo”, se premiaba el sacrificio, la abnegación y la resignación cristiana (Golbert, 2010). Cabe mencionar que este modelo surgido en Buenos Aires y se replicó y multiplicó luego en las demás provincias.

A partir de la historia y la carga simbólica que tuvo en la sociedad argentina la condición de “ser beneficiaria”, cabe preguntarse si lo que se presenta como respuesta

Gonzalez, S.M., et al. Transformaciones en la subjetividad de mujeres adultas... estatal a un derecho adquirido, no conserva un trasfondo caritativo-filantrópico. En tal caso, cabría reflexionar acerca de cuál sería el “comportamiento ejemplar” que les permita a las mujeres mayores merecer tal beneficio. En esta misma línea se debe destacar que:

(...) La política pública y las iniciativas que la componen producen una huella identificable en la cotidianeidad de los sujetos, en sus planes de vida, en sus arreglos en la búsqueda de sentidos compartidos e individuales: en definitiva, una profusa gama de impactos en gran parte de los planos que componen la vida del sujeto: el mundo interior y el mundo social (Saforcada et al., 2010, p. 91).

Entonces, en ese interjuego del sujeto con lo social— específicamente, con dispositivos culturales como las políticas públicas de seguridad social que miran a las mujeres mayores como beneficiarias— es en donde se irá modelando y reconfigurando la propia identidad. Por consiguiente, para poder conocer aspectos de la subjetividad de las mujeres mayores que han accedido a las políticas de seguridad social en Argentina, deberán considerarse: las características del beneficio y, también, de las beneficiarias; si pueden o no apropiarse del beneficio; si hay o no un criterio de “merecimiento” y, en de que sí, ¿cuál sería?; también, si ¿hay algún “comportamiento ejemplar” que deban cumplir?, ¿qué comportamiento se premia y cuál se castiga? y ¿qué se espera de ellas?

Seguridad social en Argentina: su alcance a las mujeres de mayor vulnerabilidad

El sistema de seguridad social en Argentina ha presentado un cambio significativo en materia previsional. La jubilación sin aportes propuesta en el año 2005 a través del Decreto de Necesidad y Urgencia N° 1454 que modificó la ley 24476 (promulgada en 1995) sobre Trabajadores autónomos, tuvo como culminación la

Gonzalez, S.M., et al. Transformaciones en la subjetividad de mujeres adultas...
eliminación del sistema de capitalización. En el año 2009, entró en vigencia el SIPA (Sistema Integrado Previsional Argentino) como un régimen solidario de reparto que unificó el sistema en un único régimen de carácter público y garantizó a los afiliados y beneficiarios del sistema de capitalización la percepción de iguales o mejores prestaciones y beneficios.

Entre los beneficios más destacables se encuentran: la mensualidad en dinero efectivo, la facilidad de acceso al sistema de salud a través de la obra social del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, conocido como PAMI (Programa de Atención Médica Integral) y la posibilidad de participar de las “actividades preventivas” de esta institución como actividades de educación, recreación y turismo social. A través de estas propuestas colectivas, se busca la participación social de las personas mayores. Además, para el caso de los beneficiarios en situaciones de mayor vulnerabilidad económica y social, también se les entrega un bolsón de alimentos y mercadería.

Según el informe presentado por Grushka, Gaiada, y Calabria, (s.f.) de la Dirección de Estudios de la Seguridad Social de ANSES (Administración Nacional de la Seguridad Social), las cifras de mayores que han accedido a la jubilación se incrementaron considerablemente a partir de las moratorias desde el año 2005. Estas moratorias han favorecido, en especial, a las provincias con menor cobertura que son también las más vulnerables en cuanto a su situación socioeconómica; pues, han estado condicionadas históricamente por su condición de pobreza, trabajo informal y economías de subsistencia. En todos los casos, la mayoría de las beneficiarias han sido mujeres

Cabe mencionar que las mujeres presentan altas tasas de exclusión y precarización en el sistema de trabajo formal. Además, las amas de casa son las que presentan mayor vulnerabilidad en sus posibilidades de acceso a las condiciones de vida, ya que dependen de arreglos familiares para su sostenimiento; especialmente, cuando no pueden valerse por sí mismas. Por tanto, esta modificación en el sistema de seguridad nacional tuvo un primer efecto de reconocimiento, ya que permitió clasificarlas como trabajadoras. Un segundo efecto de reconocimiento, es que esa condición de trabajo realizado durante toda la vida en el ámbito doméstico o en el sector informal de la economía había generado derechos, por lo que se justifica la posibilidad del retiro laboral.

En relación con el impacto social de la implantación de la “jubilación de amas de casa”, el informe citado revela que en el último Censo Nacional, del año 2010, la cobertura nacional del beneficio jubilatorio, alcanza a un 93% de la población de 60 años o más y queda sin cobertura solo un 7%. En la misma fuente, se observa que la población femenina presenta mayor cobertura (95,2%) que la masculina (90,1%) y que de la cobertura total un 90, 5% pertenecen al beneficio por SIPA. Además refiere que en el caso de la Provincia de Catamarca (ciudad Capital y algunas localidades), la Encuesta Nacional de Protección y Seguridad Social (ENAPROSS) con base en datos obtenidos en el año 2011 y 2015, señala que la cobertura previsional individual es mayor en las mujeres (96,5%) que en los varones (89,2%) (Grushka, Gaiada y Calabria, s.f.).

Los autores citados señalan que la diferencia respecto al género se explica por la incidencia del acceso al beneficio de jubilación por moratoria, ya que entre las mujeres representaba un 57,7% en el año 2011 y un 78.9% en el año 2015 (Grushka, Gaiada, y Calabria, s,f). En otras palabras, los datos muestran que, en una de las provincias en

Gonzalez, S.M., et al. Transformaciones en la subjetividad de mujeres adultas... estudio, gracias a esta iniciativa de las políticas de la seguridad social, 8 de cada 10 mujeres mayores fueron incluidas en la seguridad social. De igual manera, en relación con la evolución de los beneficios en vigencia del SIPA por jurisdicción, en el lapso de diez años, Santiago del Estero y Catamarca presentan un crecimiento del 134,3% y del 61,5% entre el 2005 y 2015, respectivamente en el acceso a los beneficios de la jubilación.

En este sentido, es importante mencionar que en la década de los ochenta (1984), en ambas provincias las políticas sociales locales habían intentado generar un sistema de pensiones que también se denominó “jubilación para amas de casa”. Sin embargo, estas iniciativas fueron derogadas rápidamente por su dificultad de sostenibilidad financiera. No obstante, su existencia da cuenta de que el problema de la garantía de los derechos de las mujeres mayores a las condiciones de vida mínimas es de larga data en el país.

En las conclusiones del informe de Grushka, Gaiada y Calabria, (s.f.), se expresa que “los beneficios por moratoria (Leyes 24476 y 25994 a partir de 2005 o Ley 26970 desde 2014) se concentraron en las mujeres, principalmente en las de menores edades y en las provincias con menor cobertura, es decir, donde el público potencial era mayor en términos relativos”.

Por un lado, las cifras y conclusiones expuestas anteriormente permiten observar la desigualdad de género en la trayectoria laboral y la falta de reconocimiento de los derechos de las mujeres en el trabajo no formal. Por otro lado, las provincias del norte del país en las que se ancla el presente estudio son las que presentaban menor cobertura al momento de la implementación de la jubilación por moratoria y, por ello, son en las que se observa su mayor impacto.

Procedimientos metodológicos

Materiales y métodos

Se realizó un estudio de tipo exploratorio de enfoque cualitativo. Para la caracterización de la iniciativa de política pública de seguridad social que es objeto de interés, se realizó un análisis documental de informes oficiales, instrumentos normativos y datos estadísticos. Asimismo, para caracterizar el impacto subjetivo en las mujeres adultas mayores beneficiarias, se indagó a mujeres de 60 años o más, para conformar una muestra intencional estratificada con residentes en Santiago del Estero y Catamarca que hubiesen accedido al beneficio de la jubilación por moratoria en el período 2005-2015.

De igual manera, los criterios de muestreo fueron: zona de residencia (rural-urbana), composición familiar (familia ampliada-familia nuclear), trayectoria laboral y productividad social. Para el futuro, se prevé la aplicación de la Escala para medir agencia personal y empoderamiento (ESAGE) y la utilización de grupos focales.

Ahora bien, para el presente artículo se trabajó con 4 entrevistas semi-estructuradas realizadas a mujeres de entre 65 y 75 años que fueron seleccionadas con la intención de realizar el pilotaje del instrumento de recolección de datos y construir algunas hipótesis interpretativas para reorientar su formulación. En esta línea, el guion de la entrevista abordó tres momentos relacionados con la jubilación: el inicio, el presente y el futuro. Además, se buscó identificar significaciones del acceso a la jubilación en esos tres momentos, con respecto a:

-La trayectoria laboral y su relación con el acceso a la jubilación

-El uso concreto de los beneficios otorgados y los cambios de influencia en el empoderamiento

-Elaboración de proyectos de vida

De esta manera, se realizó un análisis cualitativo de los discursos de las entrevistadas. Cabe destacar que el análisis exploratorio de los datos se realizó con base en los bloques temáticos de la entrevista, lo que permitió visibilizar algunos aspectos de los procesos de transformación subjetiva de las jubiladas. Sin embargo, dados los límites de este trabajo, a continuación se describen las dimensiones de transformación mencionadas; asimismo, para la presentación de la información, se incorpora, en la caracterización de cada dimensión, un fragmento de la entrevista, en tanto que representa el discurso prototípico de los sujetos sobre ese aspecto.

Resultados

La aproximación realizada en apartados anteriores, permitió señalar que la desigualdad en el acceso al sistema formal de trabajo entre varones y mujeres produjo que estas llegasen a edades avanzadas con mayor vulnerabilidad y desprotección social. Asimismo, se ha señalado el modo en que las políticas de seguridad social vigentes acentuaban la invisibilización de la contribución femenina a la economía, lo cual incrementaba la precarización de las condiciones de trabajo o la desvalorización de los aportes de las mujeres a las actividades de producción y reproducción social.

En esta sección, se pretende mostrar los efectos subjetivos que tuvo la implementación de una iniciativa de política pública inclusiva de la seguridad social en la experiencia subjetiva de mujeres mayores beneficiarias de dicha implementación.

Para comenzar, los resultados preliminares del análisis de las entrevistas muestran que la jubilación por moratoria o jubilación de amas de casa, como iniciativa de políticas inclusivas de seguridad y protección social a la vejez, ha producido efectos

subjetivos que remiten a diferentes dimensiones psicosociales que se señalarán a continuación.

- *La independencia financiera*

Las entrevistadas señalan que desde su acceso a la jubilación participan en la toma de decisiones en cuanto a la administración de la economía del hogar desde una perspectiva y modalidad diferente a la manera en que habían realizado esas funciones previamente. En este sentido, diferentes estudios sobre el impacto de las políticas de transferencia de ingresos, señalan que una de las particularidades de dichas políticas es que al asegurar a las familias un ingreso mensual, regular y permanente, les ofrecen la posibilidad de planificar; por lo cual, le otorgan seguridad y certidumbre respecto a la recepción del ingreso. Esta situación contrasta con su experiencia biográfica previa de incertidumbre o de imprevisión.

En las entrevistas a las mujeres beneficiarias se advierte este mismo sentido de seguridad y de posibilidad anticipatoria. A ello, debe sumarse como un rasgo particular el hecho de que, en ese nuevo contexto, las mujeres adultas mayores pueden identificar prioridades (de necesidades, de gastos y de decisiones de inversión) relacionadas con la mejora de su calidad de vida. Estas prioridades no se circunscriben solo a la adquisición de bienes materiales, sino también a la mejora de las condiciones de su red vincular. Al respecto, una de las entrevistadas refiere:

(...) con el primer cobro he comprado un colchón, porque ya estaba muy feo. He comprado una puerta de madera porque la que tenía era finita y han entrado a mi casa a robar. He comprado ropa y calzado porque no tenía (...) Ahora cuando cobro voy a la peluquería, me arreglo las uñas. A veces le regalo algo a mi hijo, o compro algo que necesiten mis hijas. La

Gonzalez, S.M., et al. Transformaciones en la subjetividad de mujeres adultas...

otra vez les he hecho una sorpresa y le he regalado a una un lavarropas y después a la otra una cocina porque se le habían roto. Ellas si pueden comprar pero yo quería regalarles, ellas siempre me hacen lindos regalitos (...) Estoy ahorrando para viajar, mi sueño es conocer Mar del Plata, ya he viajado a Córdoba y Mendoza y ahora quiero conocer Mar del Plata (Rosa, 64 años).

En el relato, se puede observar que las decisiones en cuanto a la administración del dinero giran en relación con la satisfacción de necesidades básicas producidas por las condiciones de vulnerabilidad para luego avanzar sobre otras. Así, las decisiones de Rosa involucran la búsqueda del bienestar físico; así como, la seguridad en términos de protección de los bienes y de la propia integridad. También, se evidencia decisiones relacionadas con el disfrute: como el cuidado de la imagen personal o los viajes de placer y, además, la búsqueda del fortalecimiento de los vínculos intrafamiliares a través de la reciprocidad.

- *La ampliación y fortalecimiento de las redes sociales de apoyo.*

En las entrevistas se pudo advertir que el capital económico es solo un aspecto (de entre otros posibles) cuando las mujeres hacen un recuento de las ganancias que esta política previsional propone. Por ejemplo, Luisa, de 67 años y con trayectoria laboral en el servicio doméstico, ha accedido a la jubilación sin aportes al pagar los 5 años de aporte que sus “patrones” no pagaron. Relata que después de acceder a la jubilación continuó trabajando “en negro” (es decir, en la informalidad) y un tiempo después decidió renunciar al trabajo y dejar Buenos Aires para mudarse a Santiago del Estero y vivir con su hijo. En relación con lo planteado refiere:

(...) siempre fue vivir para trabajar, yo trabajaba solita en la casa de mis patronas, nunca tuve amigos (...). En Santiago empecé buscando el bolsín (de alimentos), antes no lo buscaba. Cuando fui a buscar la primera vez le pregunté a la señora dónde podía encontrar actividades para mayores, también le pregunté a mi médica y ahí me mandaron para el centro de jubilados del barrio. Entré en el taller de manos creativas y me encantó. No me gusta mucho hacer manualidades pero hice muchos amigos. Primera vez en la vida que tengo amigos. Después empecé a participar de los otros talleres. Ahora bailo folklore, nunca pensé que podía aprender a bailar. Ahora también soy profesora de la comisión directiva en el centro de jubilados (...) También fui a la Colonia de vacaciones, ¡qué lindo que es! (...) No tengo plata y aquí no consigo trabajo, mi hijo me metió en muchas deudas y me dejó en la calle. Si no fuera por mi amiga que me necesitaba y me recibió en su casa, yo ya hubiese vuelto a Buenos Aires a trabajar otra vez (Luisa, 67 años).

El relato de Luisa permite ver el carácter reparatorio de la jubilación por moratoria, en tanto que reconoce un derecho que fue vulnerado por los empleadores y por la precariedad que conlleva el trabajo doméstico. Asimismo, el acceso a la jubilación por moratoria le permite a la entrevistada adoptar otro itinerario personal al desvincularse del trabajo y retornar a su lugar de origen.

No obstante, el relato revela cómo, a través de las oportunidades que propone el sistema de la seguridad social, las personas adultas mayores circulan por nuevos espacios sociales como los centros de salud u organizaciones barriales. Estos espacios son parte de los recursos asociados al beneficio jubilatorio y se presentan como un

Gonzalez, S.M., et al. Transformaciones en la subjetividad de mujeres adultas... territorio de exploración e inclusión que promueve la creación de nuevos vínculos a través de la realización de tareas grupales concretas. Además, operan como espacios de satisfacción personal y disfrute recuperados o recientemente adquiridos. De esta manera, las adultas mayores encuentran posibilidades para ampliar sus redes sociales de apoyo y fortalecerlas y, a su vez, les permite correr la mirada de la edad avanzada como sinónimo de enfermedad y habilitar una perspectiva de disfrute y de placer a cualquier edad.

- *La reorganización laboral*

El acceso a la jubilación les permitiría a aquellas mujeres que han estado vinculadas laboralmente con tareas informales (muchas de ellas realizadas con el ámbito doméstico como peluqueras, costureras, artesanas) replantear su modo de vinculación con el trabajo. Por ejemplo, Norma, quien trabaja en su taller de costura, refiere:

Estoy jubilada pero sigo trabajando (...) Ahora duermo la siesta, no trabajo todo el día, me tomo mi tiempo para descansar, ya no me quiero matar trabajando (Norma, 67 años).

Para estas mujeres, el retiro laboral aparece como una opción posible ante el acceso a la jubilación. Sin embargo, las beneficiarias tienen la posibilidad de continuar trabajando o no. En la organización de su cotidianeidad, las mujeres que accedieron a la jubilación pueden modificar la frecuencia y la intensidad de su actividad laboral para poder construir una vida con mayor gratificación.

- *La facilidad de acceso al sistema de salud*

A través de políticas específicas del PAMI, se pretende eliminar las barreras socio-económicas que impiden que la población jubilada pueda atender y mejorar su salud. Entre ellas se destaca el acceso gratuito o a bajo costo de fármacos, prácticas

Gonzalez, S.M., et al. Transformaciones en la subjetividad de mujeres adultas...
médicas y consultas. En el caso de la medicación, los jubilados tienen descuentos de entre el 50% y el 100 %, según la condición de vulnerabilidad socioeconómica o el tipo de patología. En ese sentido, Rosa menciona:

(...) yo antes tenía el ProFe (Programa Federal de Salud), tenía una pensión porque tengo dos operaciones. Tenía que pagar todo pero ahora tengo el PAMI y hay que hacer muchos trámites. Me ha costado mucho pero he aprendido, con el PAMI es mejor. Siempre voy a la doctora, ahora ando bien pero ya tengo que ir para que me revise (Rosa, 64 años).

Rosa se refiere a la cobertura y a los beneficios, pues al comparar las prestaciones reconoce en el PAMI mayor cobertura y beneficios. También, deja ver que el acceso a la salud garantiza no solo los aspectos asistenciales, sino también la prevención de posibles enfermedades o malestares.

Ahora bien, un análisis que considera el factor temporal en la transición de la jubilación revela que, para las mujeres adultas mayores entrevistadas, el acceso a la jubilación y a los beneficios asociados implica un proceso de socialización y de aprendizajes. Según los relatos de las entrevistadas, en el momento inicial de la jubilación —coincidente con la gestión y primer cobro— se registran sensaciones de desconfianza e incredulidad.

Por una parte, la desconfianza producida por la bancarización y la relación con las instancias burocráticas del sistema previsional que, en el caso de las beneficiarias de la jubilación por moratoria, se torna crítica dado el bajo nivel educativo. Por otra parte, la incredulidad expresa la sensación de las mujeres sobre que la jubilación es un beneficio real y concreto que les otorga la política social; es decir, un beneficio que no formaba parte de sus anticipaciones y previsiones de futuro.

Asimismo, cabe mencionar que las dificultades instrumentales durante el momento inicial requirieron de la colaboración de la red de apoyo de las nuevas jubiladas para poder acceder a la información e, incluso, la gestión. En lo que respecta al primer cobro, este se ha destinado hacia prioridades relegadas por la situación de la economía del hogar, tales como “cosas para la casa” (muebles, accesorios, construcción) y “cosas para mí” (ropa, calzado, medicación) y, en otros casos, la jubilación les permitió saldar deudas y acceder a créditos.

Respecto al efecto de la jubilación en el presente vital, las entrevistadas señalan que, para ellas, es significativo disponer de dinero y administrarlo según consideraciones y deseos propios. Pues, además de su inversión en la mejora de sus condiciones materiales de vida, también atienden a cuestiones relativas al cuidado de la salud y la imagen corporal (medicación, peluquería). De igual modo, en el momento presente, otro sentido de utilización del beneficio es el de “ayudar a los hijos” de forma directa o indirecta a través de la colaboración para cubrir gastos de vestimenta o educación de los nietos.

En cuanto a las significaciones que le otorgan a la jubilación en relación su futuro, los discursos de las entrevistadas permiten observar que sus objetivos y proyectos se basan en la ampliación de los que definen su presente. Es decir, el proyecto de futuro busca mejorar lo que se tiene, adquirir otros conocimientos y habilidades, crear o fortalecer más y diversos vínculos o continuar el mejoramiento de la vivienda.

Por tanto, se infiere de los discursos que la recepción de la jubilación sostiene la apuesta al futuro mediante la búsqueda de la mejora de la calidad de vida; debido a que—a diferencia del momento inicial en el que la jubilación se utilizaba para satisfacer necesidades primordiales postergadas—en la anticipación de futuro, la recepción de la

jubilación abre la posibilidad de planificar el acceso a bienes y recursos que aseguren el bienestar.

En resumen, los impactos subjetivos del acceso a la jubilación por moratoria remiten a las siguientes dimensiones psicosociales. A partir del acceso a la jubilación, algunas de las entrevistadas tienen la experiencia de administrar dinero por primera vez, ya que anteriormente entregaban a su pareja el resultado de su trabajo. Asimismo, el acceso a una obra social que cubra sus necesidades en cuanto a los cuidados de su salud les otorga certidumbre, frente a la experiencia previa de acceso discontinuo y restringido a los servicios de la asistencia pública.

También, el acceso a la jubilación fortalece el poder intrafamiliar de las mujeres (aunque sus decisiones refuerzan su función de provisión de cuidados y de contención emocional). Además, se amplían sus redes de apoyo, debido al incremento en la participación social que encuentran en las actividades de recreación y turismo a las que les da acceso su condición de jubilada. Por último, las entrevistadas reconocen que la política previsional de excepción las ha valorizado como sujetos de derecho y las posiciona como tales ante la sociedad, lo cual amplía sus posibilidades de participar activamente en la vida social.

Discusión

Este trabajo exploratorio muestra que la jubilación por moratoria establecida por el Estado argentino es un evento vital que genera cambios en la trayectoria biográfica de las mujeres pobres, lo cual constituye un evento no normativo para la actual generación. No obstante, ese acontecimiento no esperado les otorga a las beneficiarias el estatus social de jubiladas, lo que las adscribe a una nueva identidad social, la cual es

connotada positivamente en tanto que permite el acceso a recursos de diferente naturaleza que mejoran la calidad de vida y el bienestar personal.

En las mujeres adultas mayores entrevistadas, se observa que el acceso a la jubilación no implica necesariamente el retiro del mercado laboral, sino de la adopción de una relación más flexible y menos sacrificada con las tareas que realizaban para ganarse la vida. El tiempo productivo se flexibiliza para dar más lugar al tiempo subjetivo, lo que habilita la posibilidad de nuevas experiencias de sociabilidad, a través de las cuales se abren instancias de identificación con otros modelos que no sean el del trabajo.

Estos sentidos, se traducen en una mirada favorable de la jubilación, ya no como pérdida y duelo, sino como un recurso externo que promueve la transformación, adaptación y adquisición de ganancias personales. De este modo, puede establecerse que las políticas previsionales inclusivas fortalecen aspectos positivos de la salud física y mental de las mujeres adultas mayores y amplía su horizonte representacional en tanto que les propone otros modos posibles de trazar su proyecto vital.

Por un lado, la trayectoria laboral en el trabajo informal de las mujeres adultas mayores entrevistadas muestra que la jubilación, como evento vital, no significaría una ruptura abrupta de la actividad laboral ni mucho menos del ingreso a la vejez. Por otro lado, el acceso al beneficio y la adscripción al rol social de jubilada no deja de ser un hecho significativo que interpela la subjetividad de las mujeres adultas mayores, ya que las posiciona frente a oportunidades otorgadas por el reconocimiento de derechos a los que acceden tal vez por primera vez o que se habían perdido en otros momentos del curso vital.

En esta misma línea de análisis, se puede afirmar que la “jubilación de amas de casa” como política pública ofrece nuevos modelos culturales de identificación a las mujeres adultas mayores. Esto debido a que —a través de los recursos económicos, sanitarios y socio-vinculares a los que da acceso la condición de jubilada— las mujeres podrán alcanzar ciertos ideales culturales en un proceso orientado no solo a mitigar el malestar producido por las condiciones vitales de vulnerabilidad, sino a favorecer la construcción de bienestar subjetivo y procesos de saludabilidad.

Entonces, la política previsional adquiere, así, una condición de performatividad y de agencia que posibilita la construcción de salud en estas mujeres. Esto se debe a ciertos cambios en la subjetividad que les permiten posicionarse de otra manera y adoptar formas alternativas de representación de sí y su modalidad de relación con el entorno. En este sentido, la posibilidad de generar transformaciones en la subjetividad de las mujeres mayores está dada por la tensión entre la dinámica del cambio cultural y el reconocimiento de las desigualdades en la que viven y envejecen las mujeres adultas mayores de contextos vulnerables.

Además, cabe resaltar que el presente trabajo da cuenta de que el campo social no ofrece suficientes modelos de identificación para el envejecimiento de las personas adultas mayores pobres, ya que las imágenes siniestras de la vejez articulan imaginarios que invocan lo patológico, lo decrepito y la condición de pobreza. En tal sentido, es relevante remarcar que las políticas públicas de inclusión poseen un enorme potencial para desencadenar otros imaginarios sobre la vejez de las mujeres y de la vejez de los pobres.

De igual modo, las políticas previsionales como la “jubilación de amas de casa” tienen un carácter performativo en tanto reconocen a las personas adultas mayores como

Gonzalez, S.M., et al. Transformaciones en la subjetividad de mujeres adultas... sujetos de deseo y de derechos. Por ello, futuras investigaciones deben profundizar en los efectos de las políticas gerontológicas como productoras de acontecimientos salutogénicos que ofrecen recursos para la mejora de la salud mental.

En términos de impacto de políticas públicas, la jubilación de amas de casa revela su importancia al considerar su capacidad para transformar las condiciones precarias de existencia de aquellas mujeres que, a lo largo de su curso vital, han experimentado la adversidad producida por relaciones de desigualdad, de inequidad y de subalternidades varias. Además, se debe destacar la capilaridad social de estas políticas en relación con el hecho de que la cobertura previsional se extendió a la casi totalidad de mujeres adultas mayores a lo largo de todo el territorio argentino.

Para finalizar, a nivel subjetivo, la iniciativa mencionada permite a las mujeres adultas mayores considerar la jubilación como una posibilidad para decidir su retiro laboral o moderar su participación en él. Esto debido a que, a diferencia de la jubilación tradicional vinculada al retiro del empleo formal, la jubilación por moratoria no genera necesariamente la sensación de segregación o de muerte social asociada con la finalización de la función productiva; pues, lejos de presentarse como pérdida, la jubilación representa una serie de ganancias que fortalece a las mujeres beneficiarias como ciudadanas y, a su vez, contribuye en el empoderamiento a nivel colectivo y personal como una transformación en su devenir vital.

Referencias

Dulcey, E. y Uribe, C. (2002). Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34 (1-2), 17-27.

Gonzalez, S.M., et al. Transformaciones en la subjetividad de mujeres adultas...

- Fernández-Ballesteros, R. (2004). La psicología de la vejez. Encuentros multidisciplinares. Repositorio Universidad Autónoma de Madrid. España. Recuperado de https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680041/EM_16_2.pdf?sequence=1
- Gascón, S. (2014). Políticas públicas y envejecimiento. En Paola, J; Tordo, M y Danel, P. *Más mayores más derechos. Diálogos interdisciplinarios sobre vejez*. La Plata: Edit. UNLP, (pp 39- 57).
- Goldbert, L. (2010). *De la sociedad de beneficencia a los derechos sociales*. Argentina: Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social.
- González Rey, F. (2008). Subjetividad, sujeto y representaciones sociales. *Revista Diversitas- Perspectivas en psicología*, 4 (2), 225-243.
- Grushka, C., Gaiada, J., Calabria, A., (s.f.). Sistema(s) previsional(es) en la Argentina y cobertura: análisis de las diversas fuentes de datos y de los diferenciales por edad, sexo y jurisdicción. Dirección de Estudios de la Seguridad Social. Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES). Recuperado de: http://observatorio.anses.gob.ar/archivos/documentos/DT_1601_Cobertura%20Previsional.pdf XXX
- Huenchuan, S., Fassio, A., Carlos, S., Osorio, P., Worobiej, A., Batthyany, K. ... Paredes, M. (2010). *Envejecimiento, género y políticas públicas*. Uruguay: Lucida Ediciones.
- Iacub, R. (2011). *Identidad y envejecimiento. 1ªed.* Argentina: Paidós.
- Iacub, R. (2012). *El poder en la vejez: entre empoderamiento y el desempoderamiento. 1ªed.* Argentina: Editorial Instituto Nacional de la Seguridad Social para los Jubilados y Pensionados (INSSJP).
- Lalive, C., Bickel, J., Cavalli, S. y Spini, D (2011). El curso de la vida, emergencia de un paradigma interdisciplinario. En Yuni, J (compilador), *La vejez en el curso de la vida*. Universidad Nacional de Catamarca, Facultad de Humanidades: Encuentro Grupo Editor.
- Moragas Moragas, R (2012) *Jubilación siglo XXI. Salud, dinero y amor*. España: Editorial Palibrio Spain.

- Gonzalez, S.M., et al. Transformaciones en la subjetividad de mujeres adultas...
- Navarro, M. (2019). Viejas en el género. En P. Danel y M. Navarro (compiladoras), *La gerontología será feminista*. Argentina: Editorial La Hendija.
- Pedrero, M. (2004). Género, trabajo doméstico y extradoméstico en México. Una estimación del valor económico del trabajo doméstico. *Estudios Demográficos y Urbanos*, (56), 413-446. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/312/31205605.pdf>
- Piña, M. (2010). Matriz de intervención en gerontología social. *Revista Rumbos TS. Un espacio crítico para la reflexión en Ciencias Sociales*, (5), 71- 91. Recuperado de <http://revistafacso.ucecentral.cl/index.php/rumbos/article/view/165>
- Saforcada, E., De Lellis, M. y Mozobancyk, S. (2010). *Psicología y salud pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Argentina: Editorial Paidós.
- Salvarezza, L. (Ed.). (2005). *La vejez. Una mirada gerontológica actual*. Argentina: Paidós.
- Urbano, C. y Yuni, J. (Septiembre, 2007). *Devenir otro de mí: Narrativas sobre educación y resignificación identitaria*. Trabajo presentado en Congreso Iberoamericano de Experiencias Educativas Universitarias con Adultos Mayores “Construcciones y Transformaciones de la Educación Permanente”. Argentina: Universidad Nacional de Entre Ríos.
- Urbano, C. y Yuni, J. (2016). *Psicología del desarrollo. Enfoques y perspectivas del curso vital*. Argentina: Editorial Brujas.
- Urbano, C. y Yuni, J. (En prensa). *Resignificación identitaria en la vejez: aportes para una interpretación dialéctica del envejecer*. México: Editorial UNAM.
- Yuni, J y Urbano, C. (2008). Envejecimiento y género: perspectivas teóricas y aproximaciones al envejecimiento femenino. *Revista Argentina de Sociología*, 6 (10), 151-169. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/269/26961011.pdf>

Artículo recibido: 03 Diciembre, 2018
Artículo aprobado: 09 Diciembre, 2019

NECESIDADES DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

NEEDS OF THE OLDER ADULT POPULATION IN DENTAL CARE, UNIVERSIDAD OF COSTA RICA

Mario Amador Cedeño¹, Rosita Ulate Sánchez²

RESUMEN

Este documento presenta los resultados de un estudio cuyo propósito fue identificar las necesidades de atención odontológica que tiene la población adulta mayor en la Clínica de Ciencias Restaurativas de la Facultad de Odontología de la Universidad de Costa Rica. El estudio se desarrolló con un enfoque cualitativo y un diseño mixto. Se realizó una sesión de grupo con estudiantes y profesores de la Facultad de Odontología y se aplicaron encuestas a personas adultas mayores, usuarias de los servicios odontológicos. Para el análisis de los datos se utilizó el programa Atlas ti7®. Dentro de los principales resultados obtenidos se constata tanto la necesidad de inducción del personal odontológico en temas de gerontología; como el requerimiento de mejoras en los espacios y la calidad de la atención dada en la Clínica de Ciencias Restaurativas.

PALABRAS CLAVE: Gerontología, odontología, ciencias restaurativas, población adulta mayor.

ABSTRACT

This document presents the results of a study which purpose was to identify the needs of dental care that the elderly population has in the Clinic of Restorative Sciences of the Faculty of Dentistry of the University of Costa Rica.

The research was developed with a qualitative approach and a mixed design. A group session was held with students and professors from the Faculty of Dentistry and surveys were applied to older adults, users of the dental services. The Atlas ti7® program was used to analyze the data. Among the main results obtained, the need for induction of dental staff in gerontology issues is confirmed; as well, improvements in spaces and the quality of care given in the Restorative Sciences Clinic

KEY WORDS: Gerontology, dentistry, restorative sciences, older adult population.

¹Máster en Gerontología y Licenciado en Odontología de la Universidad de Costa Rica. Docente de la Facultad de Odontología de la Universidad de Costa Rica. Universidad de Costa Rica, Costa Rica. E-mail: mario.amador@ucr.ac.cr

²Doctora en Educación de NOVA Southeastern University. Encargada de la Cátedra Investigación en la Escuelas de Ciencias Exactas y Naturales de la Universidad Estatal a Distancia (UNED). Universidad Estatal a Distancia (UNED). Costa Rica. E-mail: rulate@uned.ac.cr



Introducción

Si bien es cierto, el panorama en cuanto a la expectativa de vida es alentador, no se puede negar la existencia de que las poblaciones adultas mayores están enfrentando su vejez en medio de una problemática social difícil, debido, principalmente, a la pobreza; puesto que algunos no cuentan con ningún ingreso y otros cuentan con recursos económicos tan bajos que ni siquiera les alcanzan para satisfacer sus necesidades básicas (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2009). Además, la CEPAL también indica que las personas adultas mayores no tienen, en general, una buena salud y, por ende, presentan una condición de mayor vulnerabilidad en comparación con otros grupos de población.

Lo anterior, debido a que, a medida que pasa el tiempo, el organismo comienza a envejecer y experimenta cambios que producen alteraciones físicas, entre ellas se encuentra la salud bucodental. Esta demanda acciones inmediatas, dado que, por condiciones fisiológicas y patologías crónicas frecuentes y por situación socioeconómica, no se afecta solo la apariencia personal; sino también, se produce, sobre todo, un riesgo nutricional (CEPAL, 2009).

En Costa Rica, se cuenta con alternativas frente a la problemática de atención médica en materia odontológica para las personas adultas mayores. La primera corresponde a los servicios de atención privados que generalmente son de buena calidad, pero tienen un costo muy elevado, lo que restringe a las personas de escasos recursos económicos el acceso a la consulta y, con menor frecuencia, a los tratamientos. La segunda posibilidad es, también, el servicio privado, de los cuales algunos no operan con altos estándares de calidad actualmente, en detrimento del estado de salud general. La tercera opción es por medio del Seguro Social que ofrece la Caja Costarricense de

Amador, M. y Otros. Necesidades de la población adulta mayor en la atención ... Seguro Social (CCSS). Por último, se puede recurrir a los servicios de atención odontológica que ofrecen algunas universidades privadas y públicas, como es el caso de la Facultad de Odontología de la Universidad de Costa Rica (UCR).

En esta línea, se considera que, de acuerdo con la Ley 7935, Ley Integral para las personas adultas mayores, de la República de Costa Rica (1999): “toda persona adulta mayor tiene derecho a una atención integral por parte de entidades públicas y privadas” (Título 1, Capítulo I, Inciso C), asimismo dice que es obligación “velar por el funcionamiento adecuado de los programas y servicios, destinados a esta población” (Título 1, Capítulo I, Inciso C). Para la Facultad de Odontología de la UCR y, específicamente, para la Clínica de Ciencias Restaurativas, la Ley 7935 establece una serie de lineamientos a seguir con respecto a la atención de la población adulta mayor. Dichos parámetros se deben incorporar en la atención que brinda la clínica, en especial, hacia las personas adultas mayores.

Marco Teórico

Salud bucal en las personas adultas mayores

La salud bucal es un componente importante de la salud general y de la calidad de vida de los individuos (World Health Organization, [WHO], 2006; Petersen, 2003).

Cabe mencionar que, a grandes rasgos, la salud bucal deficiente de las personas adultas mayores está acompañada por una mala salud general. En este sentido, se debe reconocer que la salud bucal entre las personas adultas mayores es esencial para su calidad de vida (Slade y Spencer, 1994; Slade, 1997; Semba et al., 2006; Locker, 2009; Locker y Quiñones, 2009; Lahti, Suominen-Taipale y Hausen, 2008; Inukai, Baba y Igarashi, 2008); por lo cual, el impacto de los problemas bucodentales y las

Amador, M. y Otros. Necesidades de la población adulta mayor en la atención ... intervenciones y sobre la percepción del estado de la salud bucal y su relación con la calidad de vida están siendo reconocidos como componentes importantes de la salud. Entonces, se espera que la demanda para los tratamientos prostodónticos aumente, debido al rápido incremento del número de las personas adultas mayores. Sobre todo, al tomar en cuenta que se vislumbra la longevidad como un fenómeno progresivo que llevaría, en el caso costarricense, a triplicar la población adulta mayor en un lapso de tres décadas.

De esta manera; mientras en 1970 la población de 65 años y más abarcaba un 3,8% de la totalidad de los habitantes; a mitad de 2008 había aproximadamente 278 mil personas adultas mayores, lo cual representaba un 6% de la población. Además, se estima que para los próximos 15 a 20 años, aumente, de manera significativa, a un 11,5%. Aunado a ello, un aspecto muy importante a destacar es que la población de personas de 80 años y más, también tendrá un crecimiento significativo (Estado de la Situación de la Persona Adulta Mayor [ESPAM], 2008).

Alrededor del mundo, entre los principales problemas que presenta la salud bucal de las personas adultas mayores, se destacan: la pérdida dental, la presencia de caries dental, la alta prevalencia de enfermedad periodontal, la xerostomía (boca seca) y las lesiones de la mucosa bucal (precancerosas y |cancerosas). Estas condiciones tienen gran impacto en la calidad de vida y algunas de ellas han sido asociadas con enfermedades crónicas (Semba et al., 2006; Griffin, Barker, Griffin, Cleveland y Kohn, 2009; Brennan, Spencer y Roberts-Thomson., 2008).

Situación de salud bucodental en la PAM en Costa Rica

La Asociación Costarricense de Especialistas en Periodoncia (ACEP, 2014) menciona que el “90% de los adultos mayores pierde las piezas dentales y la principal

Amador, M. y Otros. Necesidades de la población adulta mayor en la atención ... causa es la mala higiene bucodental” (p.1). Aunado a lo anterior, Brenes y Hoffmaister (2004) y Murillo (2011) explican que existe una problemática de salud pública, en cuanto a la salud bucal en las personas adultas mayores con necesidades de atención urgente de servicios de salud.

En el estudio de Brenes y Hoffmaister (2004), se indica que, de un total de 234 personas adultas mayores, un 53% había perdido totalmente sus dientes y un 38,4% los había perdido parcialmente, con necesidad de prótesis. Además, mencionan que las personas adultas mayores con al menos un diente en la boca, tenían caries en un 77.7% y periodontopatías en un 52,9%; mientras que el 83,5% presentaban problemas de control de la placa dental y, en mucho más de la mitad con prótesis, debían ser mejoradas o renovadas. Por su parte, Murillo (2011) señala como conclusión principal de su estudio que “las PAM en la actualidad tienen una deteriorada condición bucodental” (p.1).

Asimismo, como lo demuestra un estudio llevado a cabo por Porras (2010) en Costa Rica, los factores de desnutrición en las personas adultas mayores están asociados a la presencia de una mala condición bucodental, con altos grados de edentulismo y con dentaduras en mal estado. Adicionalmente, Montes de Oca (2011) menciona cómo el nivel de autoestima y otros factores socioeconómicos y educativos en Costa Rica influyen en los buenos hábitos y prácticas de una salud bucodental, tanto de forma negativa como positiva; razón por la cual aconseja un enfoque multidisciplinario para la atención de la salud bucodental.

A raíz de lo anterior, Meléndez (citado por la ACEP, 2014) señala que: “no es un problema de desatención, es de falta de higiene. Una persona que llega a perder los dientes se ve afectada con la parte nutricional, la parte de riesgo de salud integral y la

Amador, M. y Otros. Necesidades de la población adulta mayor en la atención ... parte de socialización, donde se vuelve una persona más tímida” (p.1). En este mismo sentido, se puede mencionar el impacto psicosocial de los problemas bucales, ya que puedan afectar la calidad de vida de las personas (Petersen, 2003).

Por un lado, dado las necesidades de las personas adultas mayores, Brenes y Hoffmaister (2004) proponen en sus conclusiones buscar negociaciones en las organizaciones costarricenses para que se promueva “ampliación de cobertura y mejoramiento de la calidad de los servicios odontológicos dirigidos a las PAM” (p. 3). Por otro lado, con la aprobación de la Ley 7600 en 1996 por la Asamblea Legislativa (Rojas, s.f.) se estipula una serie de condiciones para su aplicación en Costa Rica; entre los lineamientos se destacan: a) igualdad de oportunidades, b) equiparación de oportunidades, c) discapacidad, d) ayuda técnica y e) servicio de apoyo.

Servicios de la Facultad de Odontología y la Clínica de Ciencias Restaurativas

La Facultad de Odontología se encuentra ubicada en el campus universitario Rodrigo Facio en San Pedro de Montes de Oca de la Universidad de Costa Rica, denominada Sede Central.

La visión de la Facultad consiste en formar profesionales de alta excelencia académica y destrezas en la promoción de la salud bucodental, sin dejar de lado la prevención de enfermedades buco-dento-maxilofaciales. Pues, todas las materias, las actividades y las prácticas clínicas parten de un punto de vista humanista, emprendedor e innovador.

Entre los servicios que posee la Facultad de Odontología se encuentra la atención a pacientes, la cual se brinda en las clínicas de: Admisión y control de calidad, Diagnóstico, Exodoncia y cirugía, Ciencias restaurativas, Periodoncia, Endodoncia, Odontopediatría y ortodoncia; además, cuenta con Programas de Posgrado en

Amador, M. y Otros. Necesidades de la población adulta mayor en la atención ...
Prostodoncia y odontopediatría. Asimismo, se realizan pasantías en endodoncia y periodoncia. También, posee una sala de espera para la recepción de pacientes y una unidad de radiología para facilitar el diagnóstico durante las citas.

La razón principal de estos proyectos es la atención, no solo de la cavidad oral del paciente y lo que se conoce como Odontología Restaurativa, sino también la interacción social entre los individuos que corresponde a un pilar base para establecer una buena relación entre el (la) odontólogo(a) y el (la) paciente; con el propósito de instaurar ideas de prevención y promoción de la salud bucodental en la población.

Metodología

A partir de un enfoque cualitativo de investigación con un diseño mixto por etapas secuenciales, se realiza este estudio con el propósito de identificar las necesidades de atención odontológica que tienen la población adulta mayor atendida en la clínica de Ciencias Restaurativas de la UCR; en este sentido, se interesa en describir y en comprender cómo sienten, piensan y actúan las personas involucradas (Canales y Peinado, 2014).

En la primera parte, se entrevistó a 8 pacientes, personas adultas mayores que fueron atendidas en los servicios de la clínica de Ciencias Restaurativas de la Facultad de Odontología de la UCR. Se aplicó a los pacientes un cuestionario estructurado sobre temas relacionados con la cantidad de visitas hechas por ellos y ellas a la clínica y sobre la percepción general del servicio recibido. Estos datos fueron ordenados y procesados por medio de la herramienta Excel® de Windows 8®.

En la segunda parte, se realizó una sesión de grupo con profesores y estudiantes de la Facultad de Odontología de la UCR. Los primeros (profesores) han sido

Amador, M. y Otros. Necesidades de la población adulta mayor en la atención ... responsables de las prácticas de estudiantes en la clínica de Ciencias Restaurativas durante el 2014; los segundos son estudiantes de quinto año de la Carrera de Odontología que aprobaron los cursos de restaurativas I y II en el 2014.

Dentro de la sesión de grupo focal, se utilizó una guía temática administrada por el investigador con el propósito de identificar las necesidades y los problemas de la atención a las personas adultas mayores en la clínica de Ciencias Restaurativas.

De esta manera, ante la generación de cada pregunta, las y los participantes expresaron libremente sus opiniones y generaron, no solo una crítica constructiva, sino posibles soluciones a los mismos problemas que los participantes indican. La información recabada en la sesión de grupo fue grabada y, posteriormente transcrita, para ser procesada y analizada con el programa Atlas ti7®, con una codificación de 3 categorías y 14 subcategorías relacionadas con los problemas y necesidades de las personas adultas mayores atendidas en la clínica.

Cabe mencionar que la escogencia de los informantes, tanto de la sesión de grupo como de la encuesta realizada a las personas adultas mayores fue por conveniencia del investigador y de forma voluntaria de participación.

Resultados

Encuesta a personas adultas mayores

Todos los encuestados indicaron estar entre los 57 a los 76 años de edad y ser procedentes de varios lugares del Gran Área Metropolitana. El promedio de edad de las personas encuestadas es de 68 años de edad y participaron; dos hombres y seis mujeres. La mayoría de las mujeres encuestadas indicaron dedicarse a las labores del hogar y

solo una se denominó como pensionada; mientras que los dos hombres entrevistados indicaron que eran pensionados.

En el cuadro 1, se observa que tres de las personas encuestadas han visitado— para el momento de la encuesta— 20 veces los servicios de la clínica, una persona ha ido 18 veces, otra 14 veces, otra 10, otra 5 y una era la primera vez que asistía; lo cual da un promedio de 13.5 visitas a la Clínica. Con base en esto, se puede establecer que la mayoría de las personas encuestada son pacientes regulares y por largos períodos de tiempo de la clínica; por lo que sus comentarios son importantes de atender.

Cuadro 1. Resumen de datos generales de las Personas Adultas Mayores encuestadas.

Código de encuestado	Edad	Sexo	Ocupación	Procedencia	Asistencia
1	64	F	Ama de hogar	San José	20
2	72	M	Pensionado	San José	18
3	76	F	Ama de hogar	Cartago	20
4	75	F	Ama de hogar	San José	10
5	57	F	Miscelánea	Heredia	14
6	72	M	Pensionado	No responde	5
7	65	F	Pensionada	San José	1
8	67	F	Ama de hogar		20

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Se usa números en el nombre de las y los encuestados(as) para mantener su identidad confidencialmente (1,2,3,4,5,6,7 y 8); F=Mujer y M= Hombre.

Los datos anteriores reflejan la necesidad de atención de la persona adulta mayor; pues, tal y como lo menciona Barquero (2006), es un hecho que las personas viven más y en mejor estado de salud que las generaciones anteriores. Sin embargo, la etapa de la adultez mayor representa un aumento de la vulnerabilidad, una mayor incidencia y prevalencia de enfermedades discapacitantes y crónicas, entre estas las caries y la periodontitis; las cuales pueden causar que las personas están sujetas a la posibilidad de sufrir pérdida de las piezas dentales y de la estructura dental que las

Amador, M. y Otros. Necesidades de la población adulta mayor en la atención ... debilita. Por lo tanto, la atención y el tratamiento de dichas patologías se hace necesario y frecuente en el quehacer odontológico (Moncada y Urzúa, 2008).

Ahora, en cuanto a la atención recibida, siete personas respondieron sí y una no a la pregunta: ¿recibió una atención puntual en su cita? Una de las personas indica que le habían cambiado muchas veces la fecha de las citas y que esto le perjudicaba mucho, con lo que se resalta la falta de información integral del paciente, la sensibilidad y la empatía que es necesario establecer con la persona adulta mayor.

Asimismo, la totalidad de los entrevistados contestan con un sí a la pregunta: ¿el trato fue amable y considerado? Sin embargo, comentan que la atención varía mucho. Es de esperar que la atención cambie, porque no siempre es atendido(a) por la o el mismo(a) estudiante o la o el mismo(a) docente a cargo. Al respecto, se debe indicar que hay una relación entre el paciente y el profesional que atiende que debe darse en el tiempo, lo cual genera confianza. Además, una de las personas entrevistadas indica que solo un estudiante le había dado un trato amable, cuando la norma debería ser que exista un protocolo sobre la atención al paciente y sea siempre de buen trato.

Del mismo modo, ante la pregunta: ¿recibió información sobre el tratamiento y el procedimiento que se le propuso realizar? Siete de las y los encuestados(as) indicaron que sí, solo uno contestó negativamente.

Además, se les preguntó: ¿considera que la persona que le atendió fue competente? Dos indicaron que no y seis que sí. En este sentido, dentro de los comentarios dados por las personas encuestadas se transcribe:

...restaurativa, no hizo buen trabajo de cirugía ... (Femenina, 64 años).

...el tratamiento no quedó bien... (Femenina, 75 años).

Amador, M. y Otros. Necesidades de la población adulta mayor en la atención ...

Las respuestas anteriores indican la necesidad de dar un seguimiento antes, durante y post tratamiento a la o el paciente.

Asimismo, la totalidad de personas encuestadas opinan que el espacio físico era adecuado y que hubo comodidad durante la atención; sin embargo, se rescata algunos comentarios como:

...espacios muy pequeños... (Masculino, 72 años).

...muchas citas para rayos X, incomodidad... (Masculino, 72 años).

Por tanto, la infraestructura física y la logística de atención es un tema de investigación para próximos estudios.

También, ante la pregunta; ¿durante el tratamiento se sintió tranquilo(a)? Una de ellas dijo que no y 7 que sí, no obstante, en las respuestas si hubo más comentarios:

...en la cirugía, muchos nervios, muchachos alrededor conversando de otras cosas, se quebró el diente, luego el profesor tuvo que hacer el trabajo y los regañó... (Femenina, 64 años).

...se requiere mejorar el lugar del trabajo, no es muy cómodo... (Femenina, 75 años).

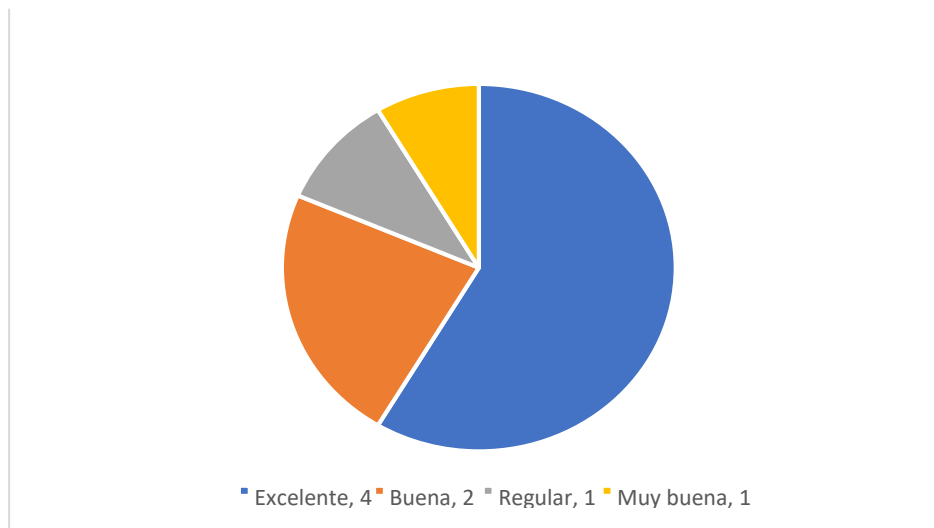
...los estudiantes me dieron confianza... (Femenina, 65 años).

...he tenido malas experiencias... (Femenina, 67 años).

Por ende, es necesario evaluar las condiciones físicas de atención a los pacientes.

En esta línea, en la figura 1 se observa cómo del total de encuestados, cuatro consideran como excelente la atención recibida en la clínica de Ciencias Restaurativas, dos como buena, una como muy buena y una como regular. A pesar de que se puede deducir que la mayoría de los pacientes indican una atención buena, muy buena y excelente, se debe generar una cultura de calidad en el servicio.

Figura 1. Calificación de los encuestados de la atención recibida en la encuesta de la Clínica de Ciencias Restaurativas.



Fuente : Elaboración propia.

Finalmente, se les solicitó sugerencias o comentarios para mejorar la atención a la persona adulta mayor, a lo que indicaron:

...Hay pérdida de tiempo, hacen citas innecesarias muy cortas...

(Femenina, 64 años).

...Mejorar los espacios, mejorar los servicios sanitarios y la sala de espera es incómoda... (Masculino, 72 años).

...Le hicieron una prótesis que le queda mal... (Femenina, 76 años).

...La sala de espera es ruidosa, asientos muy duros con cemento... (Femenina, 75 años).

A partir de lo anterior, resurge la necesidad de cambios en la infraestructura física y la logística de atención.

Además, una parte de las personas adultas mayores encuestadas no consideraron el servicio como excelente o muy bueno; las razones para ello fueron que se sentían nerviosos por sus malas experiencias previas. De tal manera, es necesario el

Amador, M. y Otros. Necesidades de la población adulta mayor en la atención ... seguimiento de un protocolo para la atención de esta población, en donde exista un momento previo de empatía para seguir con un diagnóstico y, luego, con una explicación y descripción del tratamiento sugerido.

Por último, los resultados presentados contribuyen a demostrar la necesidad de un abordaje práctico desde los aportes teóricos, metodológicos, actitudinales y valóricos de la gerontología que podrían mejorar la atención a la persona adulta mayor. Así como, contribuir a sensibilizar en cuanto a la importancia de los hábitos de vida saludable para una población adulta mayor, la cual—además de crecer aceleradamente en número— tiene y tendrá una larga vida; situación que generará una importante demanda de servicios. Por ende, ante una población costarricense que, como lo evidencia ESPAM (2008), envejece rápidamente, no puede prescindirse de las implicaciones que este envejecimiento provocará en las necesidades de atención social.

Sesión de grupo

De la codificación realizada con Atlas Ti7®, se obtienen un total de tres categorías y catorce subcategorías relacionadas con las necesidades y problemas de las personas adultas mayores que reciben atención odontológica en la Clínica de Ciencias Restaurativas.

De las menciones para la categoría; problemas de las personas adultas mayores, la de mayor referencia corresponde a los problemas de horario de atención en la clínica; así como, a la mención de; otros aspectos necesarios de cambio en la clínica; por ejemplo; el espacio estructural.

En general, es necesario considerar que la población adulta mayor es especial, por su edad y sus experiencias previas—algunas traumáticas— con tratamientos de odontología; por lo que se requiere de un perfil profesional especializado e integral con

Amador, M. y Otros. Necesidades de la población adulta mayor en la atención ... conocimientos de gerontología. Al respecto, los participantes de la sesión de grupo mencionan la necesidad de brindar servicios de odontogeriatría, ya que es imperante la empatía entre el profesional en odontología y el paciente; de manera que se atienda de una forma en que se demuestre interés, conocimiento del paciente y de su entorno personal. También, los participantes indican la necesidad de contar con un protocolo (información al paciente, expediente, necesidades) que se debe seguir con los pacientes de esta población.

Cabe resaltar que muchas de las personas adultas mayores acuden a la clínica por la accesibilidad de precios, a pesar de que en múltiples ocasiones requieren de financiamiento; sin embargo, dicha situación no debe ser una causa para no brindar una atención de calidad. En este sentido, se mencionó que la actitud es esencial en la atención a la persona adulta mayor mediante el desarrollo de empatía, positivismo y servicios especializados. De allí, los informantes sugirieron la necesidad de que el profesional en odontología que atiende a la población adulta mayor, tenga conocimientos en los principios de psicología y gerontología.

Otros aspectos comentados por los informantes estuvieron relacionados con la prevención de emergencias, ya que no hay advertencias de ¿qué hacer en caso de una evacuación o emergencia de salud de un paciente? Por lo que se deberían efectuar cambios desde la Facultad, tales como: adecuar las instalaciones a la Ley 7600, colocar señalamientos de salidas de emergencia rampas y ofrecer espacios adecuados para poblaciones especiales. A pesar de que se nota una confianza del (la) profesional a cargo, se deberían seguir protocolos de explicación e información al paciente de su situación bucodental y de los tratamientos posibles a seguir. Aspectos ya mencionados por Brenes y Hoffmaister (2004), en cuanto a la mejora de los servicios odontológicos.

Conclusiones

Los aspectos de mayor relevancia señalados en cuanto a la atención de las y los pacientes adultos mayores están relacionados con:

- Problemas de infraestructura física, entre estos el acceso y el tránsito para sillas de ruedas y atención de emergencias (Ley 7600).
- Lugares de atención muy reducidos.
- Problemas en el manejo de horarios y tiempos. Al respecto, se menciona: la falta de consideración en relación con las horas de las citas para la persona adulta mayor, los tiempos de espera largos, la impuntualidad de los estudiantes, los cupos y la duración de las citas, no acordes con el tiempo que requieren las personas adultas mayores.
- Falta de información y explicación a las y los pacientes adultos mayores o a sus familiares sobre los tratamientos.
- Requerimientos de capacitación en aspectos de Gerontología, para ofrecer un servicio de calidad a los pacientes y de buen trato a las personas adultas mayores.
- Se evidencia la necesidad de cambios en la clínica y en la Facultad de Odontología, por ejemplo: mejorar los espacios de atención en cuanto a la privacidad del paciente, disminuir el ruido, ajustar cupos y citas a la atención de la persona adulta mayor, desarrollar material preventivo, prevenir emergencias, entre otros.
- El establecimiento de protocolos de atención a la persona adulta mayor.

Recomendaciones

Se recomienda el diseño, desarrollo e implementación de un protocolo de atención a la persona adulta mayor. En dicho documento, se debe tomar en cuenta un abordaje integral para conocer al paciente, datos de salud, experiencias previas, el

Amador, M. y Otros. Necesidades de la población adulta mayor en la atención ... contexto familiar, actitud, aspectos emocionales existentes, condiciones especiales, información detallada de dirección, datos de teléfonos en caso de emergencias, récord médico, preferencias de horario, entre otros. El diseño y desarrollo de dicho protocolo debería contar con la participación inter y multidisciplinaria de expertos(as) en la materia, como gerontólogos(as) y psicólogos(as). En suma, este protocolo ayudará a evitar problemas, quejas y una actitud preventiva ante emergencias y riesgos.

En la misma línea, es importante introducir—como parte de los pasos del protocolo— consideraciones por parte de los odontólogos y estudiantes antes, durante y post la atención de la persona adulta mayor. Por ejemplo, un espacio de diálogo con el paciente; el conocimiento del mismo, la exposición y explicación del tratamiento sugerido, tanto al paciente como a sus familiares; el seguimiento post tratamiento e intervención odontológica.

Asimismo, se recomienda una revisión de las instalaciones físicas de la clínica de Ciencias Restaurativas de acuerdo con el cumplimiento de la normativa de espacio físicos que contempla la Ley 7600.

Igualmente, se aconseja una revisión de los espacios de espera de los pacientes con una visión de servicio al cliente, en donde el ambiente sea cómodo y agradable a los sentidos de las personas que allí trabajan y reciben atención.

Además, otro aspecto para revisar y considerar por las autoridades de la clínica es el ofrecimiento, la programación y la puntualidad de los horarios de atención hacia este tipo de población, en los cuales se tome en cuenta la cotidianidad de las personas adultas mayores. En tal sentido, estudiar y promover un tiempo de atención en los tratamientos, para que las citas no sean extensas, por ejemplo: no más de 45 minutos.

Amador, M. y Otros. Necesidades de la población adulta mayor en la atención ...

Finalmente, establecer alianzas con las instituciones públicas y privadas involucradas en los problemas y necesidades de la población adulta mayor, por ejemplo, Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) e Instituto Mixto de Ayudas Sociales (IMAS); con el fin de brindar tratamientos odontológicos a esta población que carece de los recursos económicos para ser atendida.

Referencias

Asociación Costarricense de Especialistas en Periodoncia, ACEP (2014). *Mala Higiene Bucal Caracteriza Adultos Costarricenses*

Barquero, J. (2006). La población de sesenta años y más en Costa Rica. Dinámica demográfica y situación actual. *Revista Contribuciones*, 47(27), 1-45.

Brenes, W. y Hoffmaister, F. (2004). Situaciones de salud bucal en PAM: problemas y desafíos. *Revista Costarricense de Ciencias Médicas*. 25(3), 3-4. Recuperado de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0253-29482004000200003&script=sci_arttext

Brennan, D.S., Spencer, A.J., Roberts-Thomson, K. (2008). Tooth loss, chewing ability and quality of life. *Quality of Life Research*, 17, 227-235.

Canales, M. y Peinado, A. (2014). *Grupos de discusión*. Madrid: Síntesis.

Comisión Económica para América Latina y El Caribe. (2009). *Estudio Económico de América Latina y el Caribe: Políticas para la generación de empleo*. Santiago: Publicación de las Naciones Unidas.

Estado de la Situación de la Persona Adulta Mayor. (2008). I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica. San José, Costa Rica: UCR-CONAPAM.

González, F. (2000). *Investigación cualitativa en Psicología. Rumbos y desafíos*, Internacional. México: Thomson.

Griffin, S.O., Barker, L.K., Griffin, P.M., Cleveland, J.L., y Kohn, W. (2009). Oral health need among adults in the United States with chronic diseases. *Journal of American Dental Association*, 140, 1266-1274.

- Inukai, M., Baba, J., Igaroki, Y. y Igarashi. (2008). Does removable partial denture quality affect individual's oral health? *Journal of Dental Research*, 87 (8), 736-739.
- Lahti, S., Suominen-Taipale, L. y Hausen, H. (2008). Oral health impacts among adults in Finland: competing effects of age, number of teeth, and removable dentures. *European Journal of Oral Sciences*, 116, 260-266.
- Locker, D. (2009). Self-esteem and socioeconomic disparities in self-perceived oral health. *Journal of Public Health Dentistry*, 69 (1), 1-8.
- Locker, D. & Quiñonez, C. (2009). Functional and psychosocial impacts of oral disorders in Canadian adults: a national population survey. *Journal of the Canadian Dental Association*, 75 (7), pp. 521a-521e.
- Moncada G. y Urzúa I. (2008). *Cariología Clínica: Bases preventivas y restauradoras*. Santiago, Chile: Colgate.
- Montes de Oca, M. (2011). *Factores que influyen en la salud bucodental de la persona adulta mayor*. (Tesis). Recuperado de <http://www.gerontologia.ucr.ac.cr/tesis.htm>
- Murillo, O. (2011). Condición y educación bucodental y otros determinantes de la salud en PAM de seis cantones del Área Metropolitana. *Odontos. Publicación Científica Facultad de Odontología* 13, 30-35. Recuperado de http://www.fodo.ucr.ac.cr/sites/default/files/revista/Condici%C3%B3n%20y%20educaci%C3%B3n%20bucodental%20y%20otros%20determinantes%20de%20la%20salud%20en%20personas%20adultas%20mayores%20de%20seis%20cantones%20del%20%C3%81rea%20Metropolitana_0.pdf
- Niessen, L.C. y Weyant, R.J. (1989). Causes of tooth loss in a veteran population. *Journal of Public Health Dentistry*, 49 (1), 19-23.
- Petersen, P.E. (2003). The World Oral health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st Century the approach of the WHO global oral Health Program. *Community Dent Oral Epidemiol*, 31 (1), 3.
- Porras, I. (2010). Factores asociados con el riesgo nutricional y el estado de salud bucodental de las PAM de centros diurnos de Tibás y Goicoechea, San José, Costa Rica. *Revista Odontos*. 12, 40-47. Recuperado de <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/Odontos/article/view/4780>

- Amador, M. y Otros. Necesidades de la población adulta mayor en la atención ...
- Reisine, S.T. (1985). A longitudinal study of work loss related to dental disease. *Social Sciences and medicine*, 21, 1309-1314.
- Rojas, A. (s.f.). *Planeamiento didáctico*. Costa Rica: PROMADE-EUNED.
- Semba, R.D., Blaum, C.S., Bartali, B., Xue, L., Ricks, M.O., Guralnik, J.M. y Fried, L.P. (2006). Denture use, malnutrition, frailty, and mortality among older women living in the community. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 10 (2), 161-167.
- Slade, G.D. y Spencer, A.J. (1994). Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dental Health*, 11 (1), 3-11.
- Slade, G.D. (1997). Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiology*, 25 (4), 284-290.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (2002). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona, España: Paidós.
- Valles, M. (2007). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- World Health Organization (WHO). (2006). *Oral health in ageing societies. Integration of oral health and general health*. Reporte de una reunión realizada en el Centro para el Desarrollo de la Salud, de la Organización Mundial de la Salud, en Kobe.

Artículo recibido: 17 Julio, 2019
Artículo aprobado: 10 Diciembre, 2019

ETNOGRAFÍA, TRAYECTORIAS DE VIDA Y VEJECES. EXPERIENCIA DE INTERVENCIÓN ENTRE MUJERES MAYORES

ETHNOGRAPHY, LIFE TRAJECTORIES AND OLDER PEOPLE INTERVENTION EXPERIENCE BETWEEN ELDERLY WOMEN

María Gabriela Morgante¹, Ana Silvia Valero²

RESUMEN

Las investigaciones antropológicas focalizadas en la vejez proporcionan una mirada holística sobre las experiencias subjetivas e intersubjetivas en contextos socioculturales particulares. Así, cuestionan modelos que estereotipan a las personas mayores y resaltan la importancia de analizar la edad desde su articulación con otros componentes.

El objetivo del artículo es presentar un recorrido que inicia con prácticas de investigación y extensión y deriva en experiencias de intervención en la comunidad entre mujeres mayores, desde el enfoque de la integralidad de saberes y las prácticas situadas. Se basa en la sistematización de experiencias en un Barrio del Gran la Plata (Provincia de Buenos Aires, Argentina).

Se espera contribuir a la discusión disciplinar e interdisciplinar en torno a las trayectorias de vida en la vejez, la visibilización de las mujeres mayores como sujetos de derecho y su proyección en el marco de políticas aplicadas con perspectiva de reconocimiento de vejeces múltiples.

PALABRAS CLAVE: Etnografía, trayectorias de vida, intervención, mujeres, vejeces.

ABSTRACT

Anthropological research focused on old age and aging provides a holistic view of subjective and intersubjective experiences, in particular socio-cultural contexts. Thus, they question models that stereotype the Elderly and highlight the importance of analyzing age from its articulation with other components.

This presentation is based on the systematization of work experiences with older women from a neighborhood of Gran La Plata (Buenos Aires Province, Argentina). From the integrality approach to knowledge and located practices, this paper presents a path that begins with research and extension practices, and that derives in intervention experiences in the community.

It is hoped to contribute to the disciplinary and interdisciplinary discussion about old age, the visibility of Older Women as subjects of law, and their projection in the framework of applied policies with a perspective of recognition of multiple old ages.

KEY WORDS: ethnography, life trajectories, intervention, women, elders.

¹Doctora en Ciencias Naturales y Licenciada en Antropología de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Docente-Investigadora del Laboratorio de Investigaciones en Etnografía Aplicada (Facultad de Ciencias Naturales y Museo, UNLP). Universidad Nacional de La Plata, Argentina. E-mail: gamorgante@fcnm.unlp.edu.ar

²Doctoranda de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires y Licenciada en Antropología de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Docente-Investigadora en formación integrante del Laboratorio de Investigaciones en Etnografía Aplicada (Facultad de Ciencias Naturales y Museo, UNLP). Universidad Nacional de La Plata, Argentina. E-mail: anavalero@fcnm.unlp.edu.ar



Introducción

El Laboratorio de Investigaciones en Etnografía Aplicada (El LINEA)¹ desarrolla, desde hace más de una década, proyectos y actividades vinculados con el análisis de las trayectorias vitales en el marco de referentes socioculturales diversos; en este se incluyen grupos indígenas, campesinos y urbanos. El acercamiento al tema de la vejez y el envejecimiento tiene antecedentes tempranos en el interés por los “médicos campesinos” salteños y los ancianos Mbya guaraní misioneros (Martínez, Crivos y Remorini, 2002) y, desde el año 2000, en distintas actividades de extensión universitaria que se desarrollan conjuntamente con las Cátedras de Etnografía I y II de la carrera de Antropología (FCNyM, UNLP).

A partir de ese momento, en el marco de un Programa de Educación Permanente promovido por la Facultad de Psicología de la UNLP (PEPAM), trabajó con personas mayores, con el fin de estudiar el papel de los *viejos* en distintas sociedades y sus interacciones con sujetos de otras generaciones. Así, a lo largo del desarrollo de una serie de seminarios se revisaron estereotipos asociados con este grupo etario a la luz del conocimiento etnográfico (Martínez, Morgante y Remorini, 2010).

En este sentido, la necesaria comparación entre distintas formas de transitar el envejecimiento respecto a “otros culturales”, evidenció el valor de la etnografía para exponer el carácter plural de experiencias subjetivas e intersubjetivas del envejecer. Además, la expresión narrativa de las trayectorias reflejó la participación de las personas mayores en actividades rutinarias y permitió analizar tanto instancias de reproducción, como de transformación en sus modos de vida.

¹ El LINEA es una Unidad de Investigación perteneciente a la Facultad de Ciencias Naturales y Museo (FCNyM), de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP) con sede en la Provincia de Buenos Aires (Argentina).

Morgante, M.G. y Otros. Etnografía, trayectorias de vida y vejez, experiencia de...

A la vez, la consideración de las relaciones intergeneracionales y los saberes asociados a ellas, permitió identificarlas como componente clave para la comprensión de las miradas plurales y los saberes situados que los diferentes conjuntos sociales elaboran con respecto al envejecer y a la identidad múltiple y dinámica de las personas mayores (Valero, Morgante y Garriga, 2015). En los últimos años, la continuidad del estudio y diversas experiencias sobre el tema de la vejez se está trabajando en el contexto de los Valles Calchaquíes salteños y en un barrio periurbano de la Ciudad de La Plata.

En esta investigación—sobre la base de una Etnografía Aplicada (Rodríguez Jiménez, 2012)— se considerará un conjunto de experiencias de intervención dentro de la comunidad en relación con las trayectorias de vida y las vejez de mujeres mayores del Barrio El Retiro (Gran la Plata, Buenos Aires, Argentina). En particular, la presentación se fundamenta en los aportes provenientes del proyecto de extensión “Aprendiendo con y para la Tercera Edad. Hacia una promoción integral del bienestar del Adulto Mayor como sujeto de derecho” (años 2016 a 2020; FCNyM, UNLP) y del proyecto de investigación “Análisis antropológico del proceso de envejecimiento activo en contexto urbano y su proyección en el marco de las políticas públicas” (período 2019 a 2021; FCNyM, UNLP).

Cabe destacar que se parte desde el enfoque de la integralidad de saberes y las prácticas situadas; además, ambos proyectos enfatizan en la conceptualización de las personas mayores como sujetos de derecho. Asimismo, desde una perspectiva etnográfica, se explora la edad más allá de su componente cronológico y, a la vez, se analiza su relación con otros diacríticos que condicionan el acceso y el disfrute de los recursos y de las oportunidades, tales como: el género, el nivel socioeconómico, el nivel



Morgante, M.G. y Otros. Etnografía, trayectorias de vida y vejeces, experiencia de... educativo, la residencia y otras variables susceptibles de ser abordadas en conjunto (Eriksen, 1995). Las combinaciones de tales diacríticos resultarán en expectativas de roles que dicen qué hacer y qué no hacer en relación con la edad (Oddone y Aguirre, 2005).

Respecto a la edad, esta se comprende como una construcción compleja que toma en cuenta que cada sociedad diferencia las trayectorias individuales en “períodos a los que atribuyen propiedades, lo que sirve para categorizar a los individuos y pautar su comportamiento en cada etapa” (Feixa, 1996, p. 2). Con base en estas consideraciones y en los procesos de construcción de sentido enmarcados en contextos sociohistóricos singulares, se opta por la expresión de las *vejeces* en plural.

De igual modo, el concepto de trayectoria de vida será entendido como construcción social que nuclea las dimensiones subjetivas e intersubjetivas de y en torno a un conjunto de sujetos que comparten una serie de diacríticos de carácter colectivo articulados en coordenadas sociohistóricas específicas. Como consecuencia de ello, este enfoque permite trascender las aproximaciones biográficas de las vejeces y las personas mayores para, de esta manera, comprenderlas como el reflejo de una época en el marco de normas y valores de un momento sociohistórico determinado (Pujadas, 1992; Roberti, 2017).

Así, se concibe una noción de envejecimiento diferencial que rechaza aproximaciones totalizantes y estereotipos acerca de los sujetos envejecientes; pues, se reconoce la pluralidad y singularidad de sentidos a nivel individual e intersubjetivo; lo cual contribuye a la articulación de los procesos sociales con el contexto local y regional en que se desarrollan.

Morgante, M.G. y Otros. Etnografía, trayectorias de vida y vejez, experiencia de...

Los resultados alcanzados proyectan contribuir en la discusión disciplinar e interdisciplinar en torno a la vejez, en la visibilización de estos sujetos y sus derechos y en la discusión de políticas aplicadas a las personas mayores con perspectiva de reconocimiento de vejez diferenciales.

Marco Teórico- Metodológico

El Barrio El Retiro se localiza a 7 km al sureste de la ciudad y forma parte del aglomerado urbano del Gran La Plata (Provincia de Buenos Aires, República Argentina). Su población, de 12.649 habitantes (Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina, 2001), es el resultado de la consolidación o relocalización interna de familias que residen desde hace varias décadas en el lugar y de otros grupos de instalación más reciente. El barrio cuenta con un Centro de Integración Comunitario y un Club Social denominado “Corazones de El Retiro”, el cual tiene más de veinte años de existencia.

Cabe resaltar que la fundación del Club fue el resultado de la consolidación de distintos proyectos colectivos. La amplia convocatoria y el nivel de organización que se evidenció a partir de dicha fundación, derivó en el establecimiento de un espacio recreativo y deportivo para niños y jóvenes. Inicialmente, se concentró en la práctica de fútbol, en un comedor infantil y en una biblioteca popular; sin embargo, recientemente se suman otras actividades que incluyen las reuniones semanales del “Grupo de la Tercera Edad Corazones de El Retiro”. Sus integrantes, todas mujeres de entre 60 a 85 años, se reconocen vinculadas—directa o indirectamente— con los protagonistas de la fundación del Club en el que actualmente se congregan.

Ahora bien, el presente trabajo consta de una sistematización de experiencias que incluyen la realización de talleres grupales, observaciones y entrevistas genealógicas en

Morgante, M.G. y Otros. Etnografía, trayectorias de vida y vejez, experiencia de... el contexto de los proyectos antes aludidos. A partir de ello, se expondrán algunos resultados de las experiencias mencionadas, con base en la interrelación de las trayectorias vitales de las mujeres mayores y la historia barrial. Como consecuencia, se dará cuenta del modo en que la reconstrucción y la reflexión analítica de una práctica permite interpretar lo sucedido para comprenderlo y, de esta forma, obtener conocimiento de la experiencia (Expósito y González, 2017).

La labor se inicia en el año 2015, a partir de un diagnóstico participativo de demandas barriales hacia la Universidad y de la política de creación de Centros Comunitarios de Extensión Universitaria. En este sentido, la práctica se orienta hacia la perspectiva de la transformación de una situación preexistente, la cual incorpora a los posibles beneficiarios en la acción transformadora "...convirtiendo así a la intervención en un ejercicio de democracia participativa" (Montero Rivas, 2012, p.63). Entonces, las colaboraciones se diseñaron en respuesta a la demanda concreta de actividades recreativas para las mujeres mayores. Por tanto, la implementación de talleres se concibió como:

Dispositivo de trabajo con grupos, que es limitado en el tiempo y se realiza con determinados objetivos particulares, permitiendo la activación de un proceso pedagógico sustentado en la integración de teoría y práctica, el protagonismo de los participantes, el diálogo de saberes, y la producción colectiva de aprendizajes, operando una transformación en las personas participantes y en la situación de partida. (Cano, 2012, p.33)

Es importante destacar que la realización de las actividades proyectadas permitió desarrollar prácticas preprofesionales por parte de estudiantes de la asignatura Etnografía II, del tercer año de la carrera de Antropología (FCNyM, UNLP). Además,

Morgante, M.G. y Otros. Etnografía, trayectorias de vida y vejez, experiencia de... para el desarrollo de las tareas, se partió de la consideración propuesta por Stevenazzi y Tommasino (2017) sobre tres conceptos centrales de la integralidad en los espacios de formación universitaria: articulación entre las funciones, interdisciplina y diálogo de saberes. Todo ello, dio pie a combinar una metodología de trabajo en talleres orientados al interés de las mujeres mayores por la construcción de sus relatos de vida en el marco de la historia barrial. Aunado a esto, se realizaron observaciones en diversos contextos y entrevistas individuales.

Las prácticas mencionadas posibilitaron la generación de conocimiento a partir de la articulación entre el contexto sociohistórico, las regulaciones socioculturales y las biografías de las mujeres mayores (Lalive D'Épinay, Bickel, Cavallini y Spini, 2011). Específicamente, el análisis de los materiales se inscribió en una perspectiva etnogerontológica que considera a los procesos de envejecimiento y a la vejez desde un acercamiento microanalítico. Es decir, atiende al modo en que son concebidos por los propios actores y evalúa la variabilidad y la convergencia intra e intercultural de las trayectorias (Reyes Gómez, 2012; Morgante y Martínez, 2014).

A lo largo de su desarrollo, los proyectos incorporaron entre sus miembros a otros profesionales; psicólogos y trabajadores sociales. Por ende, se enriquecieron a través de la articulación con otros equipos de trabajo, quienes desplegaron tareas tanto en el barrio, como en la Mesa Técnica Barrial, la cual reúne mensualmente a las principales instituciones que se desempeñan en este ámbito.

Resultados

La realización de talleres entre los años 2015 a 2018 permitió explorar las representaciones de las trayectorias históricamente situadas, lo cual evidenció la articulación de las concepciones biológicas, psicológicas y sociales en las edades

Morgante, M.G. y Otros. Etnografía, trayectorias de vida y vejez, experiencia de... incluidas dentro tales trayectorias. De ello, resulta una dimensión colectiva para las mujeres mayores del barrio, donde las experiencias personales se entrelazan entre sí y con el contexto mayor. En este sentido, más allá de su condición de género y edad, todas las mujeres mayores se reconocieron como parte de una cohorte que nació o transitó la mayor parte de sus vidas en El Retiro.

También, las mujeres mayores se presentaron como piezas de un entramado de condiciones vinculares—parentales o pseudoparentales—que remiten a tempranas etapas de sus vidas. En especial, se identificaron como parte de una generación atravesada por la participación comunitaria y la militancia social. Consecuentemente, el registro de muchas de ellas como pares preexiste a la fundación del “Grupo de la Tercera Edad”, el cual data de 2011. Dichas condiciones previas funcionaron como un mecanismo de regulación, más o menos explícito, para la entrada, el grado de participación y la permanencia dentro del colectivo de las mujeres mayores del club.

La externalización de vivencias compartidas no solo por medio de la oralidad, sino bajo la expresión de diferentes materiales producidos a lo largo de los talleres, se convirtió en un recurso para que los resultados se compartieran en otros contextos, como el familiar. Del mismo modo, la organización de actividades por fuera del barrio—en la propia Facultad, en el Museo de La Plata o en el Edificio de la Presidencia de la UNLP—estimularon la comunicación y la socialización de la experiencia en el contexto de la familia y más allá de ella.

También, se destaca la empatía generada en la modalidad de talleres conducidos por estudiantes y por jóvenes graduados; pues, se contribuyó en la valoración de la atención y en el interés de las generaciones menores respecto de los relatos del grupo de mujeres mayores. Al mismo tiempo, los encuentros sostenidos propiciaron la

Morgante, M.G. y Otros. Etnografía, trayectorias de vida y vejez, experiencia de... identificación de nuevas áreas temáticas de interés, desde el punto de vista de las propias mujeres, en un marco de reflexividad y construcción progresiva de un espacio participativo. Asimismo, tales aspectos permitieron que desde el proyecto de extensión inicial “Aprendiendo con y para la Tercera Edad²”, se derivaran nuevos proyectos, presentaciones de resultados en reuniones científicas, publicaciones y presencia en distintos eventos barriales.

Ahora bien, las entrevistas genealógicas individuales introdujeron nuevos eventos relativos a las trayectorias que pueden adscribirse a distintos niveles: individuales, familiares, laborales y territoriales, entre otros. Desde el punto de vista metodológico, fue posible porque generaron un espacio de mayor privacidad en relación con los encuentros colectivos. También, auspiciaron que algunas de las mujeres mayores elaboraran sus propios árboles genealógicos, a partir de un breve material didáctico confeccionado *ad hoc* por los talleristas. Dicha tarea permitió experimentar un encuentro en un aula virtual en el que muchas de las mujeres mayores trabajaron por primera vez frente a una computadora, ya que emplearon un *software* para graficar sus genealogías.

Pese a su edad avanzada, resultó significativo que muchas de las mujeres mayores refirieran –como evento crítico- la muerte temprana de individuos más jóvenes con los que se vinculan de algún modo. A pesar de que responden a distintas circunstancias—que abarcan desde enfermedades y accidentes de trabajo, hasta la exposición a otros riesgos o vulnerabilidades—, el relato de las trayectorias estuvo atravesado por una alta recurrencia de estas situaciones.

² Conservamos la expresión “Tercera Edad” en alusión a que este concepto remite a la auto-denominación que estas mujeres asignan al espacio del que participan.

Así, las relaciones vinculares preexistentes entre las mujeres mayores—como vecinas o parientes—vuelven a expresarse como capital social para resistir a las pérdidas. Cabe resaltar que estas menciones fueron expresadas especialmente en el taller con fotografías, ya que se les propuso contrastar las condiciones previas y actuales de sus etapas de vida, y la transformación del espacio barrial en el que anclan sus trayectorias.

También, la exploración de la historia local permitió la identificación de otros tópicos de común interés. Entre ellos se destacó las referencias al pasado sobre distintas prácticas cotidianas en torno a la subsistencia, en las cuales se combinaba la cría de animales, las prácticas de huerta, la compra-venta ambulante y el trabajo industrial. Tales actividades dieron lugar a la identificación de redes de intercambio vecinal y barrial, en el contexto de la antigua configuración del espacio habitado.

Además, el escenario de las etapas tempranas de la vida se representó dentro de una delimitación más o menos precisa de la extensión del barrio El Retiro; sin embargo, en el contexto actual, esas demarcaciones se fusionan en un *continuum* con los de otros barrios, más allá de los límites fundacionales de la ciudad de La Plata. Consecuentemente, los eventos más tempranos trascienden mayoritariamente en referencia a ese espacio periurbano que ahora se articula con otros sectores periféricos y con el centro mismo de la ciudad. Inclusive, la referencia al barrio, como un todo, queda atravesada por una generalización frente a parcialidades contrastantes y a la presencia de una avenida que, actualmente, divide en dos partes al territorio que previamente se concebía unificado.

En esta línea, el cambio de la configuración barrial y de su economía permitió reflexionar acerca de un calendario normativo que incluía el establecimiento de parejas,

Morgante, M.G. y Otros. Etnografía, trayectorias de vida y vejez, experiencia de... la maternidad y la abuelidad, entre otros; lo cual arrojó como resultado una importante feminización de los relatos. Más allá de que los resultados estén producidos por mujeres, se encontró que la presencia física de hombres, tanto parejas estables como ocasionales, es mayor a la que ellas otorgan desde el espacio social que les asignan en sus narrativas. En tal sentido, asumen algunas renunciadas, postergaciones o negaciones a los modelos culturalmente establecidos que pueden evaluarse en términos de pérdidas o ganancias, según cada caso.

De igual manera, la mención al momento de su nacimiento o su instalación temprana en el espacio barrial posibilitó reconocer la ampliación de los lazos de parentesco y, de esta forma, ubicar a las mujeres mayores como un componente clave del entramado basado en la solidaridad colectiva y en la generación de redes de apoyo inter e intrageneracionales. Ejemplo de estos lazos sociales son las relaciones de comadrazgo y la expansión de los roles de abuelidad más allá del parentesco sanguíneo.

En relación con lo anterior, otra situación representativa se vincula a cierta naturalización en la presencia de dolencias y de padecimientos por su adscripción etaria y, a su vez, la redirección de tiempo y de recursos al bienestar de otros miembros de sus entornos, por encima de la atención de la salud de cada una de ellas.

Como se mencionó arriba, la pertenencia territorial se manifiesta a través de una historia compartida de compromiso social y político en el que las mujeres mayores establecen su identidad desde el inicio o desde etapas tempranas de sus vidas. Un ejemplo especialmente representativo de tales expresiones es la conformación de una comparsa en el año 1992. Este proyecto, que derivó en la consolidación y crecimiento del club en el que hoy se reúnen, las ubica como protagonistas centrales, ya que colaboraron en la elaboración de los trajes y estimularon la participación activa de los

Morgante, M.G. y Otros. Etnografía, trayectorias de vida y vejez, experiencia de... niños en dicho proyecto. Además, desempeñaron su rol de cuidadoras de los más pequeños, para que los jóvenes pudieran tomar parte activa en los eventos asociados a las Fiestas de Carnaval.

En este sentido, el trabajo en talleres destinado a la reconstrucción de estos sucesos y a la generación de un material gráfico que fue distribuido por el 25 aniversario del club, se constituyó como una de las expresiones en las que se manifestó la cohesión grupal y la construcción colectiva de la memoria.

Conclusiones

Las primeras intervenciones se diseñaron en respuesta a la demanda concreta de actividades recreativas para las mujeres mayores del barrio y, más especialmente, para el Grupo de la Tercera Edad con sede en el Club. Sin embargo, el conocimiento progresivo permitió redefinir los alcances de la demanda, debido a que, más allá de la recreación, existía la posibilidad y el interés por las actividades formativas.

Además, dichas actividades podían transformarse en producciones de distintos tipos que circularan al interior del grupo y que se compartieran entre familiares y vecinos. Asimismo, parte de los datos colectados en relación con las trayectorias y con la historia local, se convirtieron en insumos de trabajo para desarrollar talleres en las escuelas del barrio, donde se promovió el valor patrimonial del relato de las mujeres mayores entre niños que podrían ser sus nietos o bisnietos.

La sistematización presentada en la investigación demuestra la posibilidad de alcanzar conocimiento generado desde y para una experiencia; así como, revisa las concepciones clásicas sobre la extensión y la investigación como funciones disociadas y subordinadas, para ponerlas en un diálogo permanente. Simultáneamente, el análisis de las trayectorias vitales enfocadas en un conjunto de mujeres mayores y su vínculo con la

Morgante, M.G. y Otros. Etnografía, trayectorias de vida y vejez, experiencia de... historia barrial resalta el valor del enfoque etnográfico para conjugar los aspectos subjetivos e intersubjetivos en el marco de contextos sociohistóricos específicos.

De este modo, por medio de su reconocimiento como componente clave de la solidaridad colectiva y su papel central para la generación de redes de apoyo inter e intrageneracionales, el concepto de trayectoria de vida conjuga el carácter singular y colectivo de las mujeres mayores. Por ello, tal concepto se constituye en una herramienta capaz de agudizar la sensibilidad analítica para la identificación de los aspectos comunes y distintivos de un conjunto socioculturalmente definido en interrelación con el contexto sociohistórico mayor.

En este sentido, este trabajo resulta una Etnografía aplicada al curso de la vida y las vejez, en el cual se encuentran—en las experiencias de intervención con mujeres mayores de un barrio—elementos que aportan al reconocimiento de la variabilidad intercultural de las edades. A la vez, la experiencia transitada contribuye a un doble proceso. En primer lugar, aporta argumentos en favor de la formulación de enfoques que aborden las vejez a partir de su carácter plural y diferencial, lo cual contribuye a la construcción de la noción de envejecimiento diferencial.

En segundo lugar, los avances en torno a un análisis de las vejez en su pluralidad posibilitan fortalecer argumentos en relación con la pertinencia de la etnografía para contribuir al diálogo interdisciplinar con otras disciplinas, tales como las del campo gerontológico. Entonces, la consecuencia central de la profundización a futuro de este doble proceso consiste en alentar y fortalecer la visibilización de las personas mayores como sujetos de derecho.

Las mujeres mayores de El Retiro pueden considerarse representantes de una cohorte, con base en el reconocimiento de un conjunto de cambios característicos de sus

Morgante, M.G. y Otros. Etnografía, trayectorias de vida y vejez, experiencia de... trayectorias, junto con las referencias a eventos locales y a circunstancias históricas en el que se inscriben. No obstante, la mayoría de estas últimas se limitan al contexto barrial y, excepcionalmente, trascienden este espacio. Tal situación, remite a la relevancia de analizar el modo en que las diferencias internas producto del género, la residencia, la condición socioeconómica, el trabajo y otros, resultan importantes para explicar las diferencias individuales y grupales.

Finalmente, lo anterior conduce a insistir sobre la necesidad de políticas focales orientadas a atender las necesidades e intereses de cada grupo, conforme a sus especificidades. En este sentido, se resignifica la segunda parte del título del proyecto en el que se enmarcan gran parte de las actividades aquí reseñadas: “Hacia la consideración de la persona mayor como sujeto de derecho”.

Referencias

- Cano, A. (2012). La metodología de taller en los procesos de educación popular. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales*, 2(2), 22-51.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina. (2001). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas.
- Eriksen. T. (1995). *Small places, larges issues*. Sterling: Pluto Press.
- Expósito, D. y González, J. (2017). Sistematización de experiencias como método de investigación. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(2), 10-16.
- Feixa, C. (1996). Antropología de las edades. En: Prat y Martínez (Eds.). *Ensayos de antropología cultural* (pp. 319-335). Barcelona: Ariel.
- Lalive D'Epinay, C., Bickel, J., Cavalli, S. y Spini, D. (2011). El curso de la vida. La emergencia de un paradigma interdisciplinario. En: Yuni, J. (Comp.). *La vejez en el curso de la vida* (pp. 11-30). Córdoba: Encuentro Grupo Editor.
- Martínez, M., Crivos, M. y Remorini, C. (2002). Etnografía de la vejez en comunidades Mbya Guaraní de la Provincia de Misiones, Argentina. En: Guerci, A. y

Morgante, M.G. y Otros. Etnografía, trayectorias de vida y vejez, experiencia de...

Consigliere, S. (Eds.). *Il Vecchioallo Specchio vol. 4* (pp. 206-222). Roma: Erga Edizione.

Martínez, M.R.; Morgante, M.G. y Remorini, C. (2010). Etnografía, curso vital y envejecimiento. Aportes para una revisión de categorías y modelos. *Revista Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 13, 33-52.

Montero Rivas, M. (2012). El Concepto de Intervención Social desde una Perspectiva Psicológico Comunitaria. *Revista MEC-EDUPAZ*, 1, 54-76.

Morgante, M. y Martínez, M. (2014). Etnogerontología: el sentido étnico de los procesos de envejecimiento y de las relaciones intergeneracionales. *Revista Digital de Estudiantes de Psicología IDEPSI*, 1, 82-88.

Oddone, M.J. y Aguirre, M. (2005). Impacto de la diversidad en el envejecimiento. Psicólogos. *Revista de Psicología*, 15, 49-66.

Pujadas, J. (1992). El método biográfico: el uso de las historias de vida en ciencias sociales. *Cuadernos Metodológicos*, 5. Madrid: CIS.

Reyes Gómez, L. (2012). Etnogerontología social: la vejez en contextos indígenas. *Revista del Centro de Investigación*, 10(38), 69-83.

Roberti, E. (2017). Perspectivas sociológicas en el abordaje de las trayectorias: un análisis sobre los usos, significados y potencialidades de una aproximación controversial. *Sociologías*, 19(45), 300-335.

Rodríguez Jiménez, N. (2012). La etnografía como herramienta en los proyectos de intervención social para el desarrollo. *Boletín de Antropología*, 27(44), 223-253.

Stevenazzi, F. y Tommasino, H. (2017) Universidad e integralidad, algunas reflexiones sobre procesos de búsqueda y transformación. En: de Santos, C et al. (Eds.). *Fronteras Universitarias en el Mercosur* (pp. 55-74). Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.

Valero, A., Morgante, M. y Garriga, I. (2015). Saberes de Adultos Mayores. Una aproximación desde la Etnografía a las relaciones intergeneracionales. Ponencia para las *XI Jornadas de Sociología*, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Artículo recibido: 29 Octubre, 2019
Artículo aprobado: 20 Diciembre, 2019

PERSONA ADULTA MAYOR Y TIC: UN AMBIENTE PROPICIO PARA CONSOLIDAR

ELDERLY ADULT PERSON AND ICT: AN ENABLING ENVIRONMENT TO CONSOLIDATE

Omar Antonio Vega¹, Sandra Beatriz Quintero-Romero²

RESUMEN

En el presente artículo se plantea una reflexión sobre dos fenómenos independientes que se están integrando para constituir una nueva realidad: el uso intensivo de las TIC y el envejecimiento poblacional. Dicha realidad hace surgir una serie de retos orientados a propiciar entornos favorables para que población mayor se mantenga incluida y activa en la sociedad digitalizada, competitiva e inequitativa. Así, el documento aborda algunos aspectos temáticos pertinentes y abre posibilidades con miras a aportar en esa dinámica.

PALABRAS CLAVE: persona adulta mayor, envejecimiento activo, brecha digital, inclusión digital.

ABSTRACT

The present article arises a reflection on two independent phenomena that are being integrated joining to constitute a new reality: the intensive use of the ICT and the population aging. This reality raises a series of challenges aimed at providing favorable environments for the elderly to remain included and active in the digitalized, competitive and inequitable society. This way, the document approaches some thematic pertinent aspects and opens possibilities with a view to contribute in this new and dynamic reality.

KEY WORDS: Elderly adult person, active aging, digital divide, digital inclusion.

¹ Doctor en Sociedad de la Información y el Conocimiento. Profesor titular de la Universidad de Manizales. Universidad de Manizales. Colombia. <http://orcid.org/0000-0002-5916-2181> E-mail: oavega@umanizales.edu.co omarantonio.vega@gmail.com

² Doctora en Ciencias Gerenciales. Directora del Programa de Gerontología de la Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda” UNEFM Coordinadora de la Unidad de Investigaciones Gerontológicas UNIGER. Unidad de Investigaciones Gerontológicas UNIGER Venezuela. E-mail: investigacionsandraquintero@gmail.com



Introducción

El auge de las Tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) ha permeado los diferentes grupos etarios y sectores socioeconómicos, al punto de que la posibilidad de acceder a ellas y usarlas con libertad y dominio suficiente se ha convertido en una necesidad e incluso, en un derecho humano (tal como la Asamblea General de la ONU lo ha considerado, según CNN Expansión, 2011). En este sentido, Molina, Lavandero y Hernández (2017) afirman que las TIC aparecen como camino para la inclusión y la inserción; es decir, como una promesa de igualdad entre los países, en el marco de una nueva globalización que se soporta en la información y el conocimiento.

A pesar del idealizado acceso universal, la incorporación de las TIC no se da de manera equitativa, por lo que se ha propiciado la aparición y ampliación de desigualdades existentes entre países (info-ricos e info-pobres), comunidades e individuos (Vega, 2014a). Para enfrentar tales inequidades, han surgido iniciativas de inclusión digital, especialmente mediante campañas nacionales, en las cuales no se puede ignorar, de acuerdo con Flórez, Ramírez y Ramírez (2016), la relación entre TIC (al propiciar ambientes de enseñanza-aprendizaje, así como, de enriquecimiento y participación social) e inclusión social (búsqueda de la equidad y el respeto hacia las diferencias, la eliminación de etiquetas, el acceso equitativo, los correspondientes ajustes para permitir la participación de todos como individuos importantes de la sociedad). De este modo, es indispensable crear condiciones para que las personas con menor posibilidad de acceso y uso de las TIC puedan ejercer actividades que transformen sus condiciones de participación e integración.

Además, el mundo afronta el fenómeno del envejecimiento poblacional, un hecho único y creciente en la historia de la humanidad, el cual—para Limón (2018)—no se reduce a un proceso biológico, sino que está determinado por factores biológicos, sociales, psicológicos y ecológicos.

En relación con lo anterior, según Creagh, García y Valdés (2015), la población con edades de 60 o más años se ha incrementado en 200 millones desde 1950 y se pronostica que sea de 1200 millones para 2025, lo cual, explica Salinas (2017), es fruto de la conjunción de variables políticas, sociales, culturales y económicas que inciden en la reducción de las tasas de fecundidad, mortalidad y en el aumento de la expectativa de vida.

Por tanto, el aumento de la esperanza de vida, en un entorno dinámico y digitalizado, es una realidad y un reto para la sociedad, pues: “la promoción del envejecimiento activo requiere fomentar y equilibrar la responsabilidad personal, el encuentro y la solidaridad intergeneracional y la creación de entornos favorables que hagan que las decisiones saludables sean decisiones fáciles” (Limón, 2018, p.52).

Cabe mencionar que en el presente artículo se realiza un recorrido de la relación persona adulta mayor-TIC, con el propósito de reflexionar sobre la coalescencia de dos fenómenos globales (envejecimiento de la población y tecnología digital). Es decir, pretende constituirse como un punto de partida para nuevas iniciativas tendientes a consolidar esa relación, en procura de mejores opciones para el desempeño de las personas adultas mayores en el marco de la sociedad mediada por las TIC.

Asimismo, su elaboración parte de una revisión bibliográfica, en la cual se consideran fuentes confiables, pertinentes y actualizadas, mediante el uso de buscadores

apropiados y algunas bases científicas. Además, la ventana de búsqueda se prioriza en el periodo 2016-2018; así como, se adicionan algunas fuentes de publicación anterior, para soportar aspectos específicos. Por último, la totalidad de las fuentes consultadas, varias de las cuales no se incluyen, están organizadas en el gestor bibliográfico *JabRef*.

Desarrollo

Envejecimiento activo

A partir del fenómeno de mayor longevidad, emergen términos como *envejecimiento con éxito, activo, productivo, saludable, óptimo o positivo*, que se han reducido, según Fernández-Ballesteros et al (2010), a variables funcionales, de salud física y de estilo de vida; a pesar de ser un concepto multidimensional compuesto por una diversidad de factores bio-psico-sociales.

Tal situación exige incorporar procesos formativos orientados al desarrollo y reforzamiento de capacidades y competencias necesarias para que la presencia del adulto mayor sea socialmente activa y sin exclusión por condiciones de edad y factores asociados a ella, dentro de un entorno caracterizado por el uso intensivo de la información y las tecnologías, lo cual se constituye, según Limón (2018), en un interesante reto para quienes trabajan directamente con personas adultas mayores, así como, para aquellos responsables de políticas sociales.

Adulto Mayor y TIC

Para iniciar este acápite, es necesario considerar una inequidad que trasciende lo tecnológico: la brecha digital, la cual, de acuerdo con Vega (2014b), consiste en “la distancia entre países, comunidades, familias e individuos, manifestada por la desigualdad de posibilidades para acceder y utilizar las nuevas tecnologías de la

información y la comunicación (TIC) como parte rutinaria de sus actividades, de manera consciente y sistemática” (p. 13), especialmente en la dimensión generacional que Negroponte (citado por Íñiguez, Valero y Elboj, 2018) define como “la división, y consecuente exclusión social, que provoca el acceso o no a los recursos y competencias tecnológicas e informacionales, determinada, en este caso, por el factor edad” (p.4), la cual está generalmente ligada, según Casamayou y Morales (2018), a actitudes negativas derivadas del miedo, la ansiedad, la falta de motivación y el desinterés.

De igual modo, no debe ignorarse el rol de la educación, en este caso, la educación gerontológica, como base primordial para tener una persona adulta mayor activa y participativa, empoderada de sus capacidades cognitivas y sociales, según señala Quintero (2013). Sin embargo, vale aclarar que el grupo de personas adultas mayores no pueden considerarse como homogéneo, puesto que su estado funcional se asocia a factores sociodemográficos, donde sus actividades diarias son significativas para la participación familiar y social (Paredes, Yarce y Aguirre, 2018).

En este sentido, en vista de que se está “haciendo hincapié en el acceso, uso de las tecnologías y posibilidades de internet para el envejecimiento activo y saludable de la población” (Casado y Lezcano, 2018, p.114), se torna indispensable considerar la heterogeneidad de este grupo poblacional para el diseño y ejecución de iniciativas de inclusión digital.

Respecto a la inclusión digital, Vega (2010) la considera como el conjunto de políticas y estrategias orientadas a la eliminación de los obstáculos que limitan o impiden a las personas, sin importar su condición, la participación activa y el aprovechamiento de las TIC, lo cual implica la superación progresiva de tres componentes: 1. Acceso a las TIC (es la base del proceso e implica la posibilidad de

contar y acceder a la infraestructura tecnológica y servicios relacionados), 2. Uso de las TIC (es el factor limitante debido a condiciones de diversa índole, especialmente asociadas al analfabetismo digital), y 3. Apropiación de las TIC (contar con habilidades para usar las TIC e incorporarlas en la cotidianidad, de manera racional y sistemática, para hacerlas parte de las prácticas sociales)- Los tres componentes mencionados son coherentes con Obisi y Anyim, citados por García, Carreón y Hernández (2017), cuando señalan que en el marco de la teoría del capital humano, el desarrollo humano se gesta cognitivamente cuando la persona desarrolla las capacidades que le permitan integrar los estímulos externos a su toma de decisiones individuales y de influencia a los grupos a los que pertenece.

En línea con lo anterior, alrededor del mundo se cuenta con diversas experiencias e investigaciones, en las que se relacionan las TIC con las personas adultas mayores. En este sentido, se presentarán algunas investigaciones que se han dado dentro del ámbito iberoamericano y han sido publicadas durante los últimos tres años:

Para comenzar, Castro, Ballester, Giménez y Gil (2017), realizaron un estudio exploratorio sobre la conducta sexual en línea por parte de las personas adultas mayores, cuya principal conclusión es que el consumo de cibersexo (en términos tanto de frecuencia como de tipos de actividad online) es de una magnitud considerable y presenta singularidades que lo diferencian del comportamiento sexual en línea típico en población joven.

Seguidamente, Cedillo, Beltrán, Rodríguez, Serrano y Bermeo (2018), plantean la guía MOOCEP (*Massive Open Online Courses for Elderly People*), la cual contiene consideraciones andragógicas y técnicas para la construcción de cursos masivos que

impulsen el aprendizaje de personas adultas mayores sobre diferentes temáticas y complejidades.

Además, Cedillo, Borja y Lazo (2017), diseñaron una aplicación, para monitorear el tiempo de interacción de la persona adulta mayor en las algunas redes sociales y herramientas de comunicación en línea (*Facebook, Pinterest, YouTube, Skype*). Cabe mencionar que conservaron su privacidad y tomaron en cuenta las guías de usabilidad y recomendaciones de *World Wide Web Consortium*; pues, dichos autores tomaron en consideración la afirmación de Balata, Mikovec y Slavicek sobre que las personas adultas mayores necesitan entre un 50 y 100% de tiempo adicional, comparado con aquellas de menor edad, al enfrentarse a mucha información.

De igual modo, Corredor (2017) encontró que las personas adultas mayores entrevistadas ven a las TIC como una oportunidad de cambio en su vida individual, familiar y social; además muestran una alta adaptabilidad, es decir, se acoplan sin mayor dificultad a los cambios que atraviesan, en este caso a la tecnología y al uso de las TIC, lo cual los posiona en una gran evolución.

También, Delgado (2016) muestra el proyecto OUTDOOR ICT, en el cual se ha creado y desarrollado una experiencia de aprendizaje en el ámbito del geocaching, mediante el uso de dispositivos GPS móviles (teléfonos celulares o tabletas) con software de uso libre (como Google Maps o Google), para la promoción de un estilo de vida más activo y saludable.

Asimismo, Enríquez y Pico (2017) realizaron un estudio tendiente a posibilitar la participación de personas adultas mayores en las plataformas virtuales, con el fin de generar autonomía, al considerar los modismos como elemento comunicacional y protagónico para el intercambio de conocimientos y experiencias.

De la misma manera, Morales (2017) señala que el Programa el Navegante@ama, ha permitido mejorar el aprendizaje del manejo de internet en todas las dimensiones de aprendizaje propuestas; pues, las personas adultas mayores están activas y construyen sus propios conocimientos; así como, desarrollan sus capacidades a lo largo de todas las actividades trabajadas.

Finalmente, Marín y Quintero (2018) reconocen que la Gerontología como ciencia humana ha sido poco promocionada por el medio televisivo universitario a pesar de que se han realizado esfuerzos en otros medios locales. Aun del gran potencial que tiene al integrar las dimensiones de investigación, educación gerontológica e innovación comunicacional.

Conclusiones

Es innegable que en el mundo globalizado confluyen dos fenómenos: el uso intensivo de la información y el conocimiento, y el aumento creciente de la población adulta mayor. Dicha situación implica retos importantes para estamentos gubernamentales, académicos y tecnológicos, debido a que se deben propiciar las condiciones adecuadas y suficientes para que las personas adultas mayores tengan condiciones de vida activa, entre las que se contempla el acceso a las TIC y su uso transformador.

En este sentido, se torna necesario comprender que los procesos de inclusión digital no pueden limitarse a la infraestructura tecnológica y su acceso, sino que implican procesos sistemáticos, relacionados con la educación, pues se debe “facilitar el desarrollo de competencias informáticas (que permitan eliminar el analfabetismo digital) y competencias informacionales (que señalan el camino para el uso con valor de

la información, en procura de transformaciones individuales y colectivas)” (Vega, 2016, p.61). En otras palabras, el acceso a las TIC es solo el inicio de un proceso planeado y complejo hacia la apropiación de las TIC por parte de los usuarios, en este caso las personas adultas mayores.

Finalmente, al tener presente que la diversidad de los grupos humanos, inclusive a su interior, implica identificar sus características (individuales y colectivas) para así, diseñar iniciativas de inclusión digital con base en información confiable y pertinente.

Por ello, como trabajo futuro inicial, se pretende diseñar un índice compuesto que esté orientado a la persona adulta mayor y que permita determinar su situación digital al considerar factores tanto genéricos, como específicos para el grupo, dentro de su obvia diversidad; con el fin de consolidarlo como herramienta de comprensión y de toma de decisiones pertinentes. En esta línea, la literatura muestra varios casos de índices para la evaluación de brecha digital en diferentes entornos. Uno de los autores del presente artículo ha diseñado y ha utilizado algunos índices compuestos con grupos humanos específicos (adultos del sector rural, estudiantes de instituciones educativas rurales, docentes y estudiantes universitarios) con miras a diseñar iniciativas de inclusión digital y evaluar procesos en marcha.

Esto resulta coherente con Ramírez, González y Sedeño (2017, p.98) al mencionar que “la definición de métricas de la sociedad de la información, entendidas como sistemas de indicadores que permiten analizar los factores que condicionan los usos de Internet por parte de los diferentes sectores poblacionales”.

Referencias

- Casado, R. y Lezcano, F. (2018). Inclusión digital y envejecimiento activo: la participación de los mayores en las redes sociales. *Aula Abierta*, 47(1), 113-122.
- Casamayou, A. y Morales, M.J. (2018). Personas mayores y tecnologías digitales: desafíos de un binomio. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 7(7), 199-226.
- Castro, J., Ballester, R., Giménez, C. y Gil, B. (2017). Comportamiento sexual online en adultos mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD*, 2(2), 89-98.
- Cedillo, P., Borja, J.F. y Lazo, E.M. (2017). Herramienta para el monitoreo del uso de redes sociales por parte de adultos mayores. En: *Actas del V Congreso Ecuatoriano de Tecnologías de la Información y Comunicación - TIC.EC 2017* (pp. 233-242). Recuperado de <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/maskana/article/view/1465/1138>
- Cedillo P., Beltrán, P., Rodríguez, P., Serrano, F. y Bermeo, A. (2018). MOOCEP, un método para construir cursos masivos para adultos mayores: usando una creación MOOCEP. *Enfoque UTE*, 9(1), 25-33.
- CNN Expansión [México] (2011). La ONU declara el acceso a internet como un derecho humano. En *CNN Expansión: Tecnología* (08/06/2011). Recuperado de https://expansion.mx/tecnologia/2018/05/04/elon-musk-admite-que-fue-estupido-rechazar-preguntas-de-analistas?internal_source=PLAYLIST
- Corredor, J.P. (2017). *Influencia de los kioscos Vive Digital Bogotá en la calidad de vida de los adultos mayores*. (Trabajo de grado). Bogotá, Colombia: Universidad de la Salle.
- Creagh, M., García, D. y Valdés, R. (2015). Envejecimiento poblacional como reto de la ciencia, la técnica y la sociedad. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 14(6), 884-892.
- Delgado, J.J. (2016). Competencias geoespaciales para la mejora de la calidad de vida de las personas mayores: el proyecto OUTDOOR ICT. *Ariadna: Cultura, educación y tecnología*, 1(3), 17-24. doi: <http://dx.doi.org/10.6035/Ariadna.2016.3.3>

- Enríquez, V.E. y Pico, R.M. (2017). *Estudio del uso de modismos y aplicación de las TIC en adultos mayores dentro de la ciudadela Santa Mónica de Guayaquil*. (Trabajo de titulación). Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D., López, M.D., Molina, M.Á. Díez, J., Montero, P. y Schettini, R. (2010). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema*, 22(4), 641-647.
- Flórez, L.D., Ramírez, C. y Ramírez, S. (2016). Las TIC como herramientas de inclusión social. *3C TIC*, 5(1), 54-67.
- García, C., Carreón, J. y Hernández, J. (2017). Gobernanza de Desarrollo Humano: contrastación de un modelo de los determinantes perceptuales de la intención de uso de internet en usuarios de una biblioteca de la Ciudad de México. *Interconectando saberes*, 2(3), 39-56.
- Íñiguez, T., Valero, D. y Elboj, C. (2018). Hacia una Sociedad de la Información inclusiva: Competencia tecnológica y habilidades relacionadas con las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) de los adultos maduros. *Revista Mediterránea de Comunicación*, 9(2), 1-17. doi: <https://www.doi.org/10.14198/MEDCOM2018.9.2.9>
- Limón, M.R. (2018). Envejecimiento activo: un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. *Aula Abierta*, 47(1), 45-54.
- Marín, I. y Quintero, S. (2018). *La Gerontología como ciencia humana en la televisora de la Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda"*. (Trabajo de Grado). Coro, Venezuela: Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda.
- Molina, M., Lavandero, J. y Hernández, L. (2017). Análisis histórico y crítico del desarrollo de las TIC: Impacto social. *Referencia Pedagógica*. 2, 158-178.
- Morales, G.O. (2017). *Programa "el navegante @ ama" para mejorar el aprendizaje de internet en el adulto mayor del Centro de Educación Técnico Productiva "Intepuc"*. (Tesis de Maestría). Trujillo, Perú: Universidad Privada Antenor Orrego.
- Paredes, Y.V., Yarce, E. y Aguirre, D.C. (2018). Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad San Juan de Pasto, Colombia. *Revista Ciencias de la Salud*, 16(1), 114-128.

- Quintero, S. (2013). Educación gerontológica con adultos mayores: Sector 28 de Julio, Coro, estado Falcón. *Multiciencias*, 13(3), 284-290.
- Ramírez, A., González, N. y Sedeño, A.M. (2017). La competencia mediática en la población mayor: diagnóstico de la realidad española. *Signo y Pensamiento*, 36(70), 94-111. Doi: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.syp36-70.cmpm>
- Salinas, H. (2017). Envejecimiento poblacional y unidades de climaterio. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 82(3), 293-297.
- Vega, O.A. (2010). Inclusión Digital: Más allá del acceso y uso de TIC. En L. Joyanes Aguilar (Ed.). *Libro de actas del V Simposio Internacional de Sistemas de información e ingeniería de software en la sociedad el Conocimiento, SISOFT 2010* (pp. 401- 405). Madrid, España: LibroTex.
- Vega, O.A. (2014a). Inclusión digital y educación: unión hacia la incursión productiva de jóvenes del sector rural. *Sociedad y Utopía: Revista de Ciencias Sociales*, 44, 59-72.
- Vega, O.A. (2014b). *Inclusión digital de comunidades rurales colombianas*. (Tesis doctoral). Madrid, España: Universidad Pontificia de Salamanca.
- Vega, O.A. (2016). La inclusión digital favorecida por el diseño pensado en el usuario. *Libro de actas del Simposio Iberoamericano en programación Informática, SIIPRIN'2016* (pp. 55-66). Manizales, Colombia: Universidad de Caldas.

Artículo recibido: 14 Julio, 2018
Artículo aprobado: 08 Noviembre, 2019

FACTORES RELACIONADOS AL SENTIMIENTO DE SOLEDAD DURANTE LA VEJEZ

FACTORS RELATED TO THE FEELING OF LONELINESS DURING OLD AGE

Ivannia Fonseca Céspedes¹

RESUMEN

La soledad puede ser vista desde varias aristas: mientras que en el contexto europeo se asocia mayormente con independencia, en el entorno latinoamericano se considera como un factor de riesgo. Es importante definir soledad desde varias posturas para, posteriormente, dar respuesta a la pregunta ¿Qué lleva a las personas adultas mayores a sentirse solas? Para esto, se integran los temas de salud percibida durante la adultez mayor y las diferencias que el género establece con respecto a la percepción de soledad. También, se brindan estrategias para afrontar la soledad durante la vejez. Se concluye que la cultura, el momento sociohistórico, el nivel socioeconómico, la salud y el género influyen en la percepción de soledad en las personas mayores.

PALABRAS CLAVE: soledad, persona adulta mayor, salud, género, cultura.

ABSTRACT

Loneliness can be seen from several edges: while in the European context it is mostly associated with independence, in the Latin American environment it is considered such as a risk factor. It is important to define loneliness to later answer the question: What does make elderly people feel lonely? For this, health issues faced during adulthood and the differences that gender establishes with respect to the perception of loneliness are integrated. Strategies are also provided to deal with loneliness during elderly age. Conclusions: culture, socio-historical moment, socioeconomic status, health and gender influences the perception of loneliness in the elderly

KEY WORDS: loneliness, elderly, health, gender, culture.

¹Estudiante del Posgrado en Gerontología Universidad de Costa Rica, Licenciada en Psicología de la Universidad Nacional (UNA). Especialista en Entornos Virtuales de Aprendizaje. Investigadora Independiente, Costa Rica. E-mail: psico.ivannia.fonsecac@gmail.com



Introducción

La vivencia del sentimiento de soledad es distinta tanto culturalmente como de persona a persona. Con el fin de indagar en este sentimiento y en los motivos que, en alguna medida, llevan a las personas a experimentarlo, se ahondará, a continuación, en una serie de aspectos para tratar de explicar este asunto.

Desarrollo

Entender el término de soledad

El tema de la soledad ha sido ampliamente trabajado, la mayoría de autores coinciden en que se trata de un fenómeno universal de carácter biológico, en el cual la cultura juega un rol importante, dado que el término 'soledad' puede diferir según la manera en que las culturas influyan en las expectativas de las personas con respecto a la cantidad de conexiones sociales que deben tener (McHugh Power, Hannigan, Carney, y Lawlor, 2017).

En este sentido, interiorizar la idea de la influencia de la cultura en las distintas áreas de la vida no es una tarea difícil, ya que el contexto en que cada persona se desarrolla define en gran medida sus áreas de interacción, desde los pensamientos hasta las actitudes y, en este caso específico, la forma en que la cantidad de relaciones sociales pueden definir si una persona está o no sola.

Stall, Savage y Rochon (2019) brindan una definición de la soledad menos general, al afirmar que se trata de un estado emocional de aislamiento social percibido que no está clasificado como una enfermedad ni como un trastorno mental. Esta definición coincide con la de Azeredo y Afonso (2016) al hablar de lo percibido, ya que, para estas autoras, la soledad es un sentimiento cargado de dolor y angustia en el que la persona se siente sola a pesar de estar rodeada de personas.

Fonseca, I. Factores relacionados al sentimiento de la soledad durante...

Asimismo, la percepción de soledad está permeada por varios factores externos, como pueden ser la cultura, la época, la historia y el estilo de vida que haya llevado la persona (Acosta, García, Vales, Echeverría y Rubio, 2017).

Otro aspecto importante de aclarar es que, en la actualidad, la soledad según indican De La Mata, Luque y Freixas (2018)—, se puede presentar en cualquier grupo o clase social y puede ser elegida; mientras que en la mitad del siglo XX, se asociaba con sujetos sin familia o en condiciones de marginalidad.

Todos estos aspectos culturales y emocionales definen, de una u otra forma, si las relaciones interpersonales que mantiene una persona son suficientes en cantidad y calidad. En la medida que lo sean, la probabilidad de sentirse solo o sola será menor.

¿Por qué se presenta la soledad en algunas personas mayores?

Las causas que llevan a una persona adulta mayor a vivir sola, o bien, a sentirse sola pueden ser muy diversas. Gajardo (2015) menciona, por ejemplo, la muerte de su cónyuge o una red social reducida de acuerdo con algún estándar (el autor no menciona cuál). En este sentido, una red social reducida puede deberse al fallecimiento de amigos y amigas, a la ausencia de oportunidades para integrarse a la sociedad o a la comunidad de la cual forma parte, entre otras razones.

Por su parte, Azeredo y Afonso (2016) mencionan otras causas, entre ellas: el cambio demográfico relacionado con el envejecimiento de la población, la jubilación de los *baby boomers* y la baja en la natalidad, la urbanización de las áreas rurales, el uso cada vez mayor de las nuevas tecnologías y el establecimiento de relaciones virtuales. Además, las autoras mencionan la viudez y la salida del hogar de los hijos e hijas.

Sin duda, los factores mencionados anteriormente influyen en que las personas adultas mayores vivan solas en sus hogares. Este hecho puede ser visto, incluso, como

Fonseca, I. Factores relacionados al sentimiento de la soledad durante... un factor de riesgo, según lo afirma Gajardo (2015); pues, así está establecido en la Política Integral de Envejecimiento Positivo de Chile.

De igual modo, otros aspectos relacionados con las causas de la soledad mencionados por Gajardo (2015), son aquellos relacionados con la condición o el estado emocional de la persona adulta mayor cuando se siente incomprendida y distanciada, o bien, rechazada por otros y, también, cuando carece de los recursos económicos para asistir a actividades de las cuales le gustaría participar.

Estas causas mencionadas, se relacionan con la Teoría de la Desvinculación, en la cual se afirma que con la vejez llega un desentendimiento mutuo, que provoca una disminución de la interacción entre la persona adulta mayor y el resto de la sociedad (Robledo, 2016). Si bien es cierto, esta teoría ha sido muy criticada desde la Gerontología, también es innegable su similitud con las características mencionadas por Gajardo (2015), al afirmar que la persona adulta mayor se siente incomprendida y esto la lleva a aislarse.

En esta misma línea, Hawkey (2015) menciona algunos factores de riesgo que podrían influir en que la persona se sienta sola. Dentro de estos factores se encuentran características de personalidad, como: pocas habilidades sociales, timidez, introversión, pesimismo y baja autoestima. También, el nivel socioeconómico influiría en la percepción de la soledad de las personas adultas mayores; pues, un alto nivel educativo y un alto ingreso económico, se asocian con niveles más bajos de soledad. Por esta razón, la autora los nombra recursos protectores.

Entonces, el factor socioeconómico es muy importante en la medida que puede facilitar o entorpecer las oportunidades de las personas, ya que quienes cuenten con altos ingresos económicos pueden optar por una residencia con las características que

menciona Erikson (2000): entornos maravillosos, programas inteligentes de entretenimiento, atención y supervisión excelente, con árboles, estanques y senderos para caminatas. Todo esto, propiciaría la creación de nuevos vínculos con otras personas residentes; sin embargo, es una minoría quienes puede tener acceso a este tipo de lugares.

Asimismo, Singh y Srivastava (2014) apuntan algunos factores de mayor vulnerabilidad para la soledad en las personas adultas mayores, los cuales se relacionan con cambios, como: la viudez y la reubicación; esta última, puede ser voluntaria o no. Por supuesto, cuando se trata de una reubicación involuntaria, la probabilidad de que surjan sentimientos de soledad es mayor.

En Costa Rica, muchas familias abandonan a las personas adultas mayores (Vega, 2018), este acto implica reubicación para la persona adulta mayor y viene acompañado de sentimientos de dolor. Asimismo, se dan casos en que las personas adultas mayores son internadas en un Centro de Larga Estancia contra de su voluntad; es decir, otros han elegido por ellas, lo cual causa sentimientos negativos como la tristeza, el abandono y la soledad.

En este sentido, Dahlberg, Andersson, McKee y Lennartsson (2015) trabajan el tema de predictores de soledad y afirman que una de las características más asociadas a la soledad es el género; pues, las mujeres reportan mayor sentimiento de soledad que los hombres. Este dato tiene sentido, debido a que, por la expectativa de vida, las mujeres suelen vivir más y, por ende, la cantidad de mujeres viudas es mayor. Otro predictor consiste en estar en edad muy avanzada, dado que a mayor edad más pérdidas, tanto a nivel de contactos sociales, como a nivel fisiológico (como padecer problemas de movilidad), lo cual aumenta la posibilidad de sentirse solo o sola.

Por último, los predictores sociales están relacionados con el estado civil, la muerte de la pareja y, además, con la frecuencia, la calidad y el significado que se les asigna a los contactos sociales.

Todas las causas mencionadas anteriormente pueden desembocar en que la persona adulta mayor esté o se sienta sola. Ahora, si bien es cierto que los avances tecnológicos acortan las distancias, también es preciso enfatizar que en muchas ocasiones no es una estrategia viable por varios motivos: primero, porque algunas personas adultas mayores tienen una posición negativa hacia la tecnología; segundo, porque esta modalidad no sustituye la cercanía que brinda el afecto físico. Sin embargo, hay personas adultas mayores que sí utilizan la tecnología y se muestran satisfechas al establecer contacto por este medio con sus seres queridos.

Salud y soledad

En la literatura, los términos salud y soledad se encuentran estrechamente relacionados, un ejemplo de ello es la propuesta de Stall et al. (2019), quienes afirman que la soledad contribuye al uso de los servicios de salud. Este punto sugiere que aquellas personas adultas mayores que se sientan solas acudirán más a los servicios médicos, con el fin de obtener contacto social, independientemente de su estado funcional o de salud.

En este caso específico, la soledad es la causa de búsqueda de atención médica, sin que necesariamente la salud esté deteriorada; no obstante, estos autores también afirman que la soledad se relaciona con la disminución de la salud. Además, existe evidencia contundente que demuestra que la soledad puede acelerar el envejecimiento fisiológico y está asociada a enfermedades cardiovasculares e hipertensión; así como que se asocia con deterioro funcional, depresión y demencia (Stall et al., 2019).

Fonseca, I. Factores relacionados al sentimiento de la soledad durante...

Es decir, diversas enfermedades, tanto físicas como mentales, pueden aparecer como producto de la soledad. Por su parte, Dahlberg et al. (2015) afirman que la salud física y mental forman parte de los predictores de la soledad. Dificultad en la movilidad y depresión pueden significar barreras para las relaciones sociales y, a su vez, desencadenar en soledad.

En tal sentido, es muy importante tomar en consideración la salud mental, ya que al igual que la salud física juegan un papel vital en el estado integral de la persona. No solo la depresión podría tener injerencia directa en la forma en que las personas se interrelacionan con otras, sino también los distintos síndromes demenciales. Esto debido a que personas con estos padecimientos pueden ser excluidas y aisladas, y, por ende, ser más vulnerables a quedar solas. Es preciso resaltar que la depresión es muy frecuente en las personas adultas mayores, Runcan (2013) indica que es aún más frecuente en aquellas que se encuentran institucionalizadas dado que no cuentan con apoyo social.

En esta línea, Hawkley (2015) afirma que el factor salud se asocia con la soledad, debido a que en la medida en que la salud sea percibida como deficiente, se predicen niveles más altos de soledad; de igual manera, los eventos estresantes y el estrés percibido tiene afectación.

Por tanto, la salud se convierte en un factor determinante con respecto a la vivencia de la soledad. Una salud deficiente implica mayores cuidados y atenciones, por lo cual, se torna necesaria una red de contactos tanto a nivel familiar como comunitario, que puedan atender las necesidades propias de la enfermedad. Si no se cuenta con esta red, sobrevienen los sentimientos de soledad.

Diferencias en la vivencia de soledad entre hombres y mujeres

En el tema de la vivencia de soledad entre hombres y mujeres existen distintas posturas. Esta observación también la realiza Hawkey (2015), la autora indica que, cuando se trata de género y soledad, los estudios son inconsistentes, ya que algunos muestran que la soledad es predominante en hombres, mientras que otros afirman que se da en mayor grado en mujeres e, incluso, algunos no encuentran diferencias. Asimismo, destaca que la redacción de las preguntas que indagan sobre el tema de soledad podría incidir sobre dicha inconsistencia, ya que algunos hombres tienden a obviar información cuando se les hace preguntas directas sobre la soledad en lugar de preguntas indirectas. Posiblemente se deba a que el estigma de la soledad es mayor entre los hombres que entre las mujeres.

En tal sentido, cuando los hombres se quedan solos, su tendencia es buscar compañía. Es difícil determinar la causa de este comportamiento, ya que puede deberse al estigma que menciona la autora, al temor de quedarse solos o a la necesidad que sienten de tener una pareja a su lado.

Por su parte, Rico-Urbe et al. (2018) realizan una asociación entre soledad y mortalidad. Por medio de un análisis de género, estos autores y autoras mencionan algunas razones por las cuales hombres y mujeres de todas las edades tienen una vivencia diferente de la soledad. Primeramente, mencionan que la mayor expectativa de vida en las mujeres incrementa la posibilidad de viudez; lo que implica que los sentimientos de soledad pueden ser más comunes en mujeres que en hombres.

Fonseca, I. Factores relacionados al sentimiento de la soledad durante...

De igual modo, Rico-Uribe et al. (2018) destacan la diferencia en la construcción de redes sociales entre unos y otros, puesto que los hombres son quienes tienen menos redes de apoyo y a su vez estas se caracterizan por ser menos íntimas.

Lo anterior puede explicarse a partir de los roles de género en la cultura, al caracterizar a los hombres como personas a las cuales se les resulta menos aceptable expresar sus emociones, y esto también afecta la forma en que se vive la soledad; así como, los factores de riesgo, por ejemplo: depresión en mujeres y alcoholismo en hombres.

Por lo general, las mujeres tienen más y mejores amigas, la expresión de emociones es algo permitido y esto propicia el fortalecimiento de la amistad en ellas. En cambio, los hombres no cuentan con este permiso social y establecer relaciones de amistad cercanas, sea con otros hombres o con mujeres, podría ser mal visto o malinterpretado.

De la misma manera, los autores Singh y Srivastava (2014) trabajan el tema de soledad y hacen una diferenciación entre hombres y mujeres. Dentro de la revisión bibliográfica, encontraron que las mujeres sienten más soledad que los hombres y esta puede ser un área de preocupación al estar relacionada con el sentimiento de bienestar de las mujeres. A su vez, explican que las mujeres, al estar solas, pueden experimentar angustia emocional; al mismo tiempo que se vincula la soledad con diversos problemas de salud en las personas adultas mayores.

Asimismo, estos autores mencionan que, por una parte, los hombres puntuaron más alto en calidad de vida y más bajo en soledad; mientras que, en las mujeres, sucedió lo contrario. Por otra parte, las mujeres viudas tenían una calidad de vida más baja y un mayor sentimiento de soledad que mujeres casadas. Sin embargo, el grupo que puntuó con una calidad de vida más baja fue aquel que sufrió la pérdida de su pareja.

Fonseca, I. Factores relacionados al sentimiento de la soledad durante...

Además, para Singh y Srivastava (2014), los procesos de influencia social juegan un papel crucial en la forma en que hombres y mujeres experimentan la soledad. Para probar esta afirmación, los autores recurrieron a un experimento en el cual se les presentaba a las personas el historial clínico de una persona solitaria cuya única variación fue el sexo. Se comprobó, por medio de sus participantes, que las personas rechazan más a un hombre solitario que a una mujer solitaria. Para los autores, este experimento apoya la idea de que las mujeres son más propensas a reconocer la soledad que los hombres, ya que las consecuencias negativas de admitir la soledad son menores para las mujeres.

En esta misma línea, Dahlberg et al. (2015) mencionan en relación con los temas de soledad y género que, dadas las diferentes situaciones de vida de mujeres y hombres adultos mayores, resulta esperable que los factores predictivos de la soledad varíen según el género. Además, es importante destacar que, además de que las mujeres tienden a vivir más años, es común que se casen con hombres mayores; por lo cual aumentan sus posibilidades de enviudar a una edad relativamente temprana.

La viudez trae implicaciones diferentes para hombres y mujeres. Un ejemplo de esto es que las mujeres tienen niveles más altos de contactos sociales con su familia, amigos y vecinas, lo cual puede aliviar los efectos negativos de la viudez. En contraste, se ha demostrado que la viudez tiene más efectos negativos en la salud de los hombres (Dahlberg et al., 2015); debido al proceso de socialización diferenciado entre hombres y mujeres, pues tiene una gran influencia en la vivencia de la soledad, desde los predictores hasta las consecuencias.

Debido a la ideología machista que ha predominado históricamente en Costa Rica, se ha educado a las personas de forma diferenciada. Las mujeres han sido

Fonseca, I. Factores relacionados al sentimiento de la soledad durante... educadas más en la empatía, en el acompañamiento y en el cuidado, lo cual incide en que, para ellas, sea más fácil buscar ayuda cuando sea necesario. En cambio, a los hombres se les ha incentivado más la competencia, el individualismo y, en muchos casos, han aprendido a no expresar sus emociones.

Estrategias para afrontar la soledad en la adultez mayor

Stall, Savage, y Rochon (2019) mencionan la prescripción social como una intervención emergente para tratar la soledad, la cual consiste en conectar a personas adultas mayores con fuentes de apoyo en la comunidad. Para este fin, existe una página web denominada “<https://www.socialprescribingnetwork.com/>” en donde médicos y otros profesionales de salud pueden remitir a sus pacientes con necesidades emocionales, sociales e, incluso, prácticas, para que reciban atención personalizada y en conjunto con profesionales de la red, puedan encontrar soluciones que mejoren la salud y el bienestar.

Esta página web aparece como una alternativa viable que puede darse tanto de manera formal, como informal. Es decir, si una persona conoce a otra que está sola y que, en apariencia, esta condición no la hace feliz, podría recomendarle asistir a actividades de la comunidad, en donde tenga la oportunidad de conocer y compartir con otras personas.

Por su parte, De La Mata et al. (2018), tras trabajar con un grupo de mujeres adultas mayores de 75 años que viven solas, mencionan algunas estrategias para la vida en la cuarta edad. Estas autoras enfatizan en la importancia del autocuidado, tal como: tener una buena alimentación, hacer ejercicio y mantener la belleza, ya que, a las mujeres adultas mayores del estudio, además de mantener la salud, también les interesa no parecer descuidadas.

Fonseca, I. Factores relacionados al sentimiento de la soledad durante...

Asimismo, el uso del tiempo aparece como una estrategia determinante para sobrellevar la soledad; pues, las actividades a las cuales asisten estas mujeres adultas mayores ahora están determinadas por el placer y no por el compromiso; así como, por la priorización de los intereses propios y por las capacidades físicas. En este sentido, las actividades cotidianas se adaptan a los cambios físicos.

En el tema de redes, De La Mata et al. (2018) afirman que las relaciones familiares albergan más expectativas de cuidado en las mujeres de la familia, mientras que los hombres no están incluidos dentro de estas expectativas. Otro aspecto importante que se menciona con respecto a la familia es que los vínculos se valoran satisfactoriamente en relación con la frecuencia y el contacto, sin importar si este se da vía telefónica, física o virtual.

Las mujeres participantes del estudio de De La Mata et al. (2018) destacaron la importancia de poseer bienes económicos o culturales en la medida que son beneficiosos para su calidad de vida. La espiritualidad y la religión, también, aparecen como elementos importantes dado que les ayuda a orientar sus vidas, les permite una conexión interior y, a su vez, son parte de su participación social.

De igual manera, la recomendación clave de estas mujeres para otras que viven también solas es mantener la independencia física, emocional y económica, y ensayar nuevas formas de cultivar la autonomía propia. También, hacen hincapié en tener actitudes que las alejen del aislamiento; así como, fortalecer y extender las redes de apoyo (De La Mata et al., 2018). En suma, todas estas estrategias son sumamente interesantes y, aunque las últimas han sido dadas por mujeres, aplican para cualquier persona.

Fonseca, I. Factores relacionados al sentimiento de la soledad durante...

Otro aspecto para recalcar es que, para las mujeres del estudio de De La Mata et al. (2018), vivir solas no tiene una implicación negativa, debido a que buscan constantemente permanecer en contacto con otras personas, ya sean miembros de la comunidad, iglesia o familiares. A pesar de ser mujeres adultas mayores, todas ellas son independientes y disponen de los recursos económicos que les permite tener acceso a las actividades que son de su interés.

Con base en lo anterior, se observa que aparece nuevamente el factor económico como determinante para el buen vivir durante la vejez, al igual que en las otras etapas del ciclo vital. Sin embargo, en esta etapa, este factor se da con otra connotación, porque las mujeres mayores afirmaron que ya no les interesa adquirir cosas u objetos, sino que el dinero se hace necesario para realizar sus actividades diarias, es decir, la forma en que se emplea el dinero cambia.

Conclusiones

En el tema de soledad y vejez hay diversidad de opiniones, se proponen distintas maneras de afrontarla y se vive diferente según la cultura y el momento sociohistórico. Por tanto, la percepción puede variar, incluso, de persona a persona; sin embargo, se puede llegar a algunas conclusiones generales.

Primeramente, puede afirmarse que el proceso de socialización diferenciado para hombres y mujeres tiene una gran influencia en la vivencia de la soledad. A las mujeres les está más permitido sentirse solas y expresarlo; mientras que, para los hombres, admitir que sienten soledad es más complicado, ya que se asocia con debilidad y falta de independencia.

Asimismo, se presenta una gran afectación si la forma en que se vive la soledad es impuesta o voluntaria. Esto debido a que si una persona adulta mayor es alejada de su

casa en contra de su voluntad, aun cuando quien tome la decisión lo haga con la mejor intención, se generarán consecuencias negativas para la persona, máxime, si el destino del traslado es un centro para las personas adultas mayores, en donde las visitas son restringidas o en donde no pueda tener acceso a medios de comunicación como los tenía en su propia casa. Caso contrario, si la soledad es voluntaria, es decir, si es la persona quien decide vivir sola, sentirá bien esa condición y respetada su decisión.

También, la influencia de la cultura es un factor que se debe destacar con respecto a la vivencia de la soledad. Mientras que, en Chile, por ejemplo, una persona adulta mayor que vive sola se le considera como un factor de riesgo; las mujeres de España se sienten bien en esta condición y no se relaciona con riesgo.

De igual modo, el factor socioeconómico aparece como un elemento importante que puede facilitar o entorpecer la vivencia de la vejez y, por supuesto, de la soledad. En este sentido, aquellas personas adultas mayores que cuenten con recursos económicos tendrán, ya sea una mayor oportunidad de aplicar la estrategia de priorizar sus intereses y participar de actividades e involucrarse con otras personas; o bien, pagar un centro en donde se cuente con todas las comodidades para personas adultas mayores. No obstante, si se carece de este recurso, las posibilidades se reducen en un alto porcentaje, lo que podría desembocar en sentimientos de soledad.

Además, a partir de los documentos revisados, no quedó claro si la soledad interfiere en la percepción de la salud o si la salud en la percepción de soledad. Entonces, podría decirse que están interrelacionadas: una mala percepción de la salud, puede desencadenar sentimientos de soledad, y la soledad puede tener implicaciones negativas en la salud. Sin embargo, tanto salud como soledad deben tratarse, ya que una persona que se siente sola y acude a consulta médica porque quiere hablar con alguien

Fonseca, I. Factores relacionados al sentimiento de la soledad durante... puede estar en riesgo de depresión debido a que carece de una red social. Por tanto, la salud mental es una razón de peso para tratar la soledad y no tomarla como un tema sin importancia.

Finalmente, es difícil no aludir a la Teoría de la Desvinculación como causante de soledad en las personas adultas mayores, ya que esta se relaciona con el aislamiento social producto de la falta de contacto con familiares y amigos. Al hablar de aislamiento social, se hace referencia al alejamiento que algunas personas realizan con respecto a su contexto, es decir, ya no interactúan con otras ya sea de su comunidad o de algún determinado grupo social.

A su vez, queda claro que se necesita adoptar una postura de respeto, ya sea para comprender y apoyar a aquellas personas adultas mayores que deseen vivir solas y mantener su independencia; o bien, para prevenir el sentimiento de soledad en aquellas que sientan temor hacia el mismo y, en este caso, buscar soluciones viables compartidas.

Referencias

- Acosta, C., García, R., Vales, J., Echeverría, S. y Rubio, L. (2017). Confiabilidad y validez de una escala de soledad en adultos mayores mexicanos. *Enseñanza e Investigación En Psicología*, 22(3), 364–372. Recuperdo de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29255775010>
- Azeredo, Z. de A. S., y Afonso, M. (2016). Loneliness from the perspective of elderly. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(2), 313–324. Recuperdo de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000200313ynrm=iso

- Dahlberg, L., Andersson, L., McKee, K. J., y Lennartsson, C. (2015). Predictors of loneliness among older women and men in Sweden: A national longitudinal study. *Aging y Mental Health*, 19(5), 409–417. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.944091>
- De La Mata, C., Luque, B., y Freixas, A. (2018). Estrategias para la vida en la cuarta edad: Mujeres que viven solas. *Revista Prisma*, (21), 1–27. Recuperdo de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9hy&AN=130757582&site=ehost-liveyscope=site>
- Erikson, E. (2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Gajardo, J. (2015). Vejez y soledad: Implicancias a partir de la construcción de la noción de Riesgo. *Acta Bioética*, 21(2), 199–205. Recuperdo de <http://10.0.15.227/S1726-569X2015000200006>
- Hawkey, L. C. (2015). Loneliness and Social Embeddedness in Old Age. https://doi.org/10.1007/978-981-287-080-3_70-1
- McHugh, J. E., Hannigan, C., Carney, S. y Lawlor, B. A. (2017). Exploring the meaning of loneliness among socially isolated older adults in rural Ireland: a qualitative investigation. *Qualitative Research in Psychology*, 14(4), 394–414. Recuperdo de <http://10.0.4.56/14780887.2017.1329363>
- Rico-Uribe, L. A., Caballero, F. F., Martín-María, N., Cabello, M., Ayuso-Mateos, J. L. y Miret, M. (2018). Association of loneliness with all-cause mortality: A meta-analysis. *PLoS ONE*, 13(1), 1–21. Recuperdo de <http://10.0.5.91/journal.pone.0190033>
- Robledo, L. (2016). Los paralogismos de la vejez. *Revista Estudios Del Desarrollo Social: Cuba y América Latina*, 4, 125–140.
- Runcan, P.L. (2013). *Depression in the Elderly*. Newcastle upon Tyne, UK: Cambridge Scholars Publishing. Recuperdo de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=e000xwwy&AN=860163&site=ehost-liveyscope=site>

Fonseca, I. Factores relacionados al sentimiento de la soledad durante...

Singh, K. y Srivastava, S. K. (2014). Loneliness and Quality of Life Among Elderly People. *Journal of Psychosocial Research*, 9(1), 11–18. Recuperdo de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9hyAN=97347451&site=ehost-live&scope=site>

Stall, N., Savage, R. y Rochon, P. (2019). Loneliness in older adults. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 191(17), E476–E476. Recuperdo de <http://10.0.5.223/cmaj.181655>

Vega, Y. (2018). Casos de abandono del adulto mayor van más allá de números en hospitales. *SINART: Costa Rica Noticias*. Recuperdo de <http://costaricanoticias.cr/detalle/1828/casos-de-abandono-del-adulto-mayor-van-mas-alla-de-numeros-en-hospitales>

Artículo recibido: 02 Octubre, 2019
Artículo aprobado: 09 Diciembre, 2019

**POSGRADO EN GERONTOLOGÍA:
XXV AÑOS DE SU QUEHACER EN COSTA RICA**

Mabell Granados Hernández¹, Ashley Elizondo Monge²

Los cambios demográficos, principalmente el envejecimiento poblacional a nivel mundial, han demandado una serie de ajustes que los estados deben llevar a cabo en relación con aspectos socio-sanitarios, educativos y económicos (Bazán, 2016); dichos cambios implican, además, diversas esferas en las que las personas se encuentran inevitablemente inscritas.

Gracias a diversos factores como el crecimiento poblacional y los avances en ciencia y tecnología que han ocurrido en los últimos decenios, se ha abierto la posibilidad de conservar y prolongar la vida de las personas por muchos más años en comparación con décadas anteriores. En el caso de Costa Rica, por ejemplo, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2013) estima que la cantidad de personas adultas mayores para el año 2050 oscilará alrededor de 905.634 de un total de 5.111.238 de habitantes, lo que en números porcentuales podría representarse con un 17.7% de la población total del país.

De acuerdo con lo anterior, es fundamental mencionar que, en el intento por proveer soluciones adecuadas a las necesidades que emergen a raíz de las transformaciones sociales y demográficas, así como el afán de prevenir las que se aproximan, resulta fundamental destacar el rol de la Gerontología como disciplina que se especializa en el estudio e implicaciones del envejecimiento (Curcio, 2010).

¹M.Sc. en Gerontología de la Universidad de Costa Rica. Directora del Posgrado en Gerontología y Docente de la Escuela de Enfermería Universidad de Costa Rica. Costa Rica. E-mail: mabel.granados@ucr.ac.cr

²Estudiante del Posgrado en Gerontología Universidad de Costa Rica. Licenciada en Promoción de la Salud de la Universidad Nacional (UNA). Investigadora Independiente. Costa Rica. E-mail: ashelizondo13@gmail.com



Por ello, a partir de las premisas de la Gerontología, se analiza este proceso desde una perspectiva del ciclo vital, al tomar en consideración las tres grandes esferas que lo componen, las cuales abarcan desde lo biológico, lo social y lo psicológico, así como los elementos que integran a estas últimas; por ejemplo, los aspectos económicos, los culturales, entre otros.

Con base en lo anterior, es necesario resaltar la labor de la Academia en la formación de profesionales en materia de vejez y envejecimiento que se ha dado a nivel de Latinoamérica, debido a que distintas unidades educativas y universitarias han asumido el reto de desarrollar planes de estudio que se orienten a la formación de profesionales en Gerontología, así como al estudio y la investigación en las diferentes etapas del proceso de envejecimiento.

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) insta a la creación de las posibilidades académicas en las que se destine recursos para los estudios gerontológicos. En este sentido, Cachioni (2010) expone que estos estudios deben ser apoyados por la Academia, puesto que, si no se realiza de esta manera y no se invierte en recursos materiales, económicos y humanos en la formación de profesionales especialistas en el área, las demandas e incertidumbres futuras podrían representar un alto costo social como consecuencia de un envejecimiento poblacional desatendido.

En ese sentido, Bazán (2016) menciona que los posgrados en Gerontología surgen con el fin de brindar respuestas y nuevas alternativas, ya que fusionan la Academia y la ciencia con el trabajo práctico que se desarrolla en los modelos de intervención propiamente en el campo de acción. Asimismo, la autora menciona que la responsabilidad de formar profesionales en Gerontología debe cumplirse desde una perspectiva interdisciplinaria debido al conocimiento acerca de los diversos modelos

planteados en las diferentes disciplinas que intersecan la misma. Es decir, lo anterior es requerido con el fin de brindar las herramientas necesarias a los profesionales en aras de potenciar e incrementar las competencias y habilidades para la solución e intervención que los retos del envejecimiento suponen.

A partir de lo anterior, resulta fundamental destacar que desde el Posgrado de Gerontología de la Universidad de Costa Rica se plantea como propósito principal desarrollar un plan de estudio que sea interdisciplinario a partir de un enfoque humanista, de género y de derecho que permita la formación de profesionales en la disciplina de acuerdo con las necesidades y los procesos de transformación social que se viven actualmente.

Asimismo, la misión de este Posgrado es formar profesionales con excelencia académica, desde una perspectiva interdisciplinaria y humanista, lo anterior para contribuir al fortalecimiento de la gestión, la investigación y de las intervenciones gerontológicas en diferentes áreas en las que profesionales de esta disciplina se pueden desempeñar, con base en las necesidades y los desafíos emergentes a causa del envejecimiento poblacional en Costa Rica y en la región.

En cuanto a su visión, el Programa de Posgrado desde sus inicios se propuso ser líder en el ámbito nacional y centroamericano en la formación de profesionales en Gerontología, con un enfoque de desarrollo humano integral e interdisciplinario que le permita incidir en el campo sociopolítico, con el fin de dar respuestas efectivas a las transformaciones que la sociedad requiere en diversos escenarios para alcanzar un envejecimiento con calidad.

Antecedentes históricos del Posgrado

En principio, es fundamental destacar el papel protagónico que tuvo la M.Sc. Flory Stella Bonilla Gamboa (q. e. p. d.) en el Posgrado, pues fue ella quien a principios de los años 90 se destacó como pionera en el trabajo con personas adultas mayores en Costa Rica, inspirada en el desarrollo del ser humano, en el incremento de la esperanza de vida y -con esta última- en el envejecimiento de la población en el país (Pérez, 2003).

Además, Bonilla fue representante del Programa dirigido a personas adultas mayores, el cual en su momento se llamó Programa de la Tercera Edad de la Universidad de Costa Rica y actualmente es denominado Programa Institucional para la Persona Adulta y Persona Adulta Mayor (PIAM), ante el foro Nacional contra el abuso a la Persona Adulta Mayor y en el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM).

A partir de su experiencia de vida, la M.Sc Flory Bonilla consideró necesaria la creación de una Maestría Interdisciplinaria en Gerontología con el propósito de formar profesionales especializados capaces de conformar un grupo interdisciplinario, el cual estuviese encargado de coordinar, dirigir y desarrollar acciones, programas y proyectos en diversos ejes con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas envejecientes de la región (Pérez, 2003)

Gracias a esta iniciativa, se creó el Programa de Posgrado en Gerontología, a partir de la propuesta realizada en el año 1990, proyecto al que además se integraron el Programa Integral de Envejecimiento y la Escuela de Enfermería. De esta manera, se crea la primera comisión, cuyo fin fue desarrollar el primer posgrado en el país con un enfoque gerontológico (Bonilla, Castillo y López, 1999).

Posteriormente, en 1991, la Escuela de Trabajo Social y su programa de acción social con personas adultas mayores pasa a formar parte de la comisión en la que ya se contaba con participación de las Escuelas de Orientación y Educación Especial, Enfermería, Antropología y Sociología. Así, se logra integrar diferentes disciplinas con el objetivo de impartir un posgrado que trabaje desde la interdisciplinariedad (Bonilla, Castillo y López, 1999). Finalmente, para el año 1994, el posgrado es aprobado y reconocido por el Consejo Nacional de Rectores (CONARE) y se destaca como el primer Posgrado en Gerontología de la Región a nivel de Educación Superior Pública (Bonilla, Castillo y López, 1999)

Asimismo, con este enfoque interdisciplinario, se asegura la formación de profesionales altamente calificados y con una visión integral en sus campos de acción: educación, medicina, psicología, enfermería, trabajo social, administración, geografía, derecho, promoción de la salud, sociología, nutrición, entre otras.

Gracias a los esfuerzos de diferentes académicos y académicas que han impulsado el Posgrado, Pérez (2003) menciona que este es un programa pertinente, pionero y de alta calidad, con grandes aportes producto de la investigación aplicada, crítica, novedosa y, por supuesto, en su quehacer en la acción social, lo cual indudablemente vislumbra los esfuerzos por alcanzar el objetivo planteado por la fundadora y quienes continúan trabajando bajo esta línea.

Hoy, al celebrar su 25 Aniversario, hemos querido plasmar en este artículo la importancia que tiene el Posgrado en Gerontología, así como las transformaciones que ha sido necesario realizar a lo largo de estos años, para poder cumplir con las áreas sustantivas de la Universidad: docencia, investigación y acción social en materia de envejecimiento y vejez.

Acciones realizadas por el Posgrado desde el quehacer gerontológico

➤ *Docencia*

El hecho de haber sido capaces de abrir un posgrado cuyo objetivo sea formar profesionales capaces de trabajar y de atender los temas emergentes propios de los cambios sociales relacionadas con la vejez y al envejecimiento constituye en sí mismo un reto. Por lo tanto, se requiere realizar constantemente acciones y cambios acordes con las transformaciones contextuales e históricas que influyen directamente en el quehacer de los y las profesionales, en la Academia y en los diversos contextos.

Para dar respuestas a estos cambios, se presenta a continuación una línea del tiempo, en la cual se reflejan las modificaciones más significativas que el Posgrado en Gerontología ha realizado en su trayectoria de formación.

Figura 1. Transformaciones del Posgrado a lo largo de los últimos 25 años



Fuente: Elaboración propia

Con el fin de brindar una educación de calidad al mismo tiempo que se contempla el principio de la interdisciplinariedad, el Posgrado trabaja con docentes especializados en diversas disciplinas para abordar el envejecimiento y la vejez desde una perspectiva integral. Dicha diversidad es fundamental, puesto que permite que las y los estudiantes sean acompañados desde la docencia e investigación por docentes a partir de su formación base y por profesionales en Gerontología.

Por una parte, importa destacar que inicialmente el Posgrado carecía de profesionales en Gerontología; no obstante, con el pasar de los años y debido a su trayectoria en formación, actualmente el 60% de docentes son graduados del propio Programa. Lo anterior representa una fortaleza, ya que, gracias a esto, la educación del estudiantado es más integral y con un enfoque gerontológico más fortalecido que en sus inicios.

Por otra parte, resulta fundamental destacar que se ha logrado desarrollar investigación tanto con enfoque cualitativo como cuantitativo de la mano con las diversas disciplinas base del personal docente. Dichos alcances de la gerontología abarcan las siguientes áreas temáticas: psicología, sociología, sexualidad, tanatología, movimiento humano, salud, nutrición, odontología, enfermería, calidad de vida, trabajo social, temas legales, enfoques intergeneracionales, educativos, rehabilitación, entre otras. Todo lo anterior ha sido llevado a cabo con la participación de personas adultas mayores, sus familiares, personas cuidadoras e instituciones que laboran con esta población.

En estos 25 años de formación, en términos numéricos, la cantidad de graduados en el Posgrado de Gerontología es de 115 personas, los cuales se hayan distribuidas en

15 promociones diferentes. Asimismo, cabe mencionar que en la actualidad 49 estudiantes más se encuentran activos en su formación.

➤ **Investigación**

En materia de investigación, el Posgrado se ha dado la tarea de crear un espacio en el cual personas investigadoras en el área gerontológica puedan realizar sus aportes desde la comunidad científica. Por ello, desde el año 1999 cuenta con la *Revista Anales en Gerontología*, la cual fue creada con el fin de impulsar y publicar la investigación gerontológica desarrollada no solo en el Posgrado, sino también en el ámbito nacional e internacional.

En sus inicios, las publicaciones en *Anales en Gerontología* se realizaban en modalidad impresa; no obstante, a partir del año 2015, en su séptimo volumen, la revista se traslada a la modalidad digital de acceso libre. De este modo, actualmente se encuentra incluida en el Portal de Revistas Académicas de la Universidad de Costa Rica, con el fin de generar un mayor intercambio del conocimiento y de la información a nivel mundial.

Al momento, incluida la presente edición, se han publicado 11 volúmenes en los que investigadores e investigadoras de diversas disciplinas han abordado desde la Gerontología temas de salud, sociedad, educación, psicología, desarrollo, entre otros. Finalmente, en relación con los logros alcanzados desde la revista, es importante destacar que actualmente se encuentra indexada a Latindex-UCR, Dialnet y DOAJ.

Como aporte a la producción científica, el Posgrado cuenta con los trabajos finales de graduación en las modalidades de tesis y de investigación aplicada, los cuales son requisitos de graduación para cada estudiante. Dichas investigaciones abarcan temáticas diversas que responden a las líneas de investigación del Posgrado, a las

necesidades de la población y a las inquietudes investigativas de los profesionales en Gerontología.

➤ ***Acción Social***

El Posgrado cuenta con un proyecto activo denominado *Programa de Educación Continua de la Maestría en Gerontología: Gerontología y Calidad de Vida*, mediante el cual se logra capacitar y actualizar a las personas profesionales y no profesionales en temas de gerontología, vejez y envejecimiento. Este programa reúne esfuerzos con el fin de impartir cursos especializados de educación no formal en los que se abordan e imparten diversas temáticas, a saber:

- ✓ Formación de recurso humano en Gerontología: además de la educación formal desde el Posgrado, se pretende que los espacios de extensión docente sean aprovechados para la discusión y la unión de diversas unidades académicas con el fin de asegurar una formación lo más integral posible.
- ✓ Actualización y capacitación dirigida a profesionales: mediante cursos relacionados con esta disciplina en la modalidad de extensión docente.
- ✓ Proyección a la comunidad: mediante la extensión docente, se propone el desarrollo de cursos dirigidos a la comunidad en general, los cuales involucran a las personas adultas mayores en estas dinámicas. Asimismo, se debe destacar que el eje central de esta acción es el bienestar de la persona adulta mayor.

Los cursos de extensión docente comenzaron a impartirse en el año 1997 y con el paso de los años, al igual que la malla curricular del Posgrado, han sufrido una serie de transformaciones en cuanto a contenidos y temas.

Los primeros cursos de la oferta de educación no formal impartidos durante estos 25 años se denominaron; redes de apoyo en la vejez, uso de medicamentos en los

pacientes ancianos, proyectos de vida para la jubilación y calidad de vida de la persona adulta mayor, entre otros.

Actualmente, se imparten; cuidados para un envejecimiento saludable módulo 1 y módulo 2, ambos dirigidos a todo tipo de público, pues abordan temas básicos de envejecimiento, envejecimiento activo, así como herramientas para el autocuidado y promoción de la salud. Asimismo, se imparten los cursos; elaboración de artículos científicos en Gerontología y administración de establecimientos de atención dirigidos a las personas adultas mayores, este último dirigido a aquellos funcionarios y funcionarias en sectores públicos y privados que dentro de sus labores se vea implicada la atención a este grupo etario.

Además, bajo la línea de acción social se han realizado actividades que posibilitan la integración de la comunidad con el Posgrado directamente, lo cual enriquece la labor académica y beneficia a las personas que han sido partícipes de las actividades e iniciativas que han nacido desde la Academia, tales como; Cursos, prácticas supervisadas, Congresos Internacionales y los Precongresos Regionales.

Es vital resaltar la labor realizada en los precongresos regionales desarrollados en distintos espacios rurales a lo largo del país. Estas actividades tienen como fin realizar un acercamiento a la realidad de las personas adultas mayores que habitan en contextos diversos del territorio costarricense, algunos se han llevado a cabo en; Juan Viñas de Cartago, Corredores, Golfito, Puntarenas, Guápiles, Limón, Santa Cruz, Filadelfia de Guanacaste y San Ramón de Alajuela, todos estos sitios pertenecientes a distintos entornos rurales.

Estas actividades se desarrollan por medio de talleres participativos en los que se abordan temas de envejecimiento y vejez. Igualmente, permiten brindar capacitaciones a

las personas colaboradoras de los diferentes centros diurnos y de residencias de larga estancia, así como a líderes comunitarios, encargadas de programas de personas adultas mayores y funcionarios de organizaciones e instituciones comunales. En sí, estos espacios propician un acercamiento más genuino y humanizado de parte del Posgrado para con la población adulta mayor y su entorno.

Ahora, gracias al apoyo del Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), algunas personas participantes de los precongresos regionales se desplazan a San José para los congresos internacionales, con el fin de exponer las conclusiones del trabajo realizado en sus comunidades. De este modo, se posibilita espacios de diálogo en los cuales las personas adultas mayores hacen escuchar su voz frente a los profesionales tanto nacionales como internacionales, así como ante instituciones gubernamentales y privadas que velan por esta población y el envejecimiento poblacional en sus distintas dimensiones.

Los precongresos y los congresos internacionales que el Posgrado realiza cada dos años son otras formas de acción social e investigación. Desde el Posgrado se han realizado 7 congresos internacionales en Gerontología, en los cuales se desarrollan temas de interés y de actualidad según el contexto sociohistórico y cultural del momento.

El primer congreso se celebró del 26 al 28 de octubre en el año 2005, con el tema central: “Retos y perspectivas de la Gerontología para el siglo XXI”, el cual fue dedicado a la M.Sc. Flory Stella Gamboa y cuya participación con un total de 195 personas entre costarricenses y visitantes de otros países como Panamá, Perú, Colombia, España, México y Puerto Rico.

Posteriormente, el II Congreso Internacional de Gerontología, efectuado del 25 al 27 de julio del año 2007, se denominó “La Gerontología de hoy y del futuro”, en cuyo caso se realizó un análisis exhaustivo sobre el pasado, la evolución y el futuro de esta ciencia en los contextos de los diversos países participantes.

El III Congreso internacional de Gerontología denominado “Gerontología y desarrollo humano en el siglo XXI: Persona adulta mayor, experiencia y desarrollo sostenible” fue realizado en conjunto con la XXIV Conferencia de la Asociación Internacional Universidad de Tercera Edad (AIUTA)”, durante los días 15, 16 y 17 de noviembre del año 2010. En este caso, se realizó una propuesta innovadora a partir de diversos eventos organizados por el Programa de Posgrado en Gerontología, el Programa Institucional para la Persona Adulta y Adulta Mayor (PIAM) de la Universidad de Costa Rica y la AIUTA. El objetivo que se planteó buscaba propiciar un espacio para que las personas adultas mayores analizaran las alternativas de desarrollo propio con base en la problemática de su grupo etario, sus intereses, sus derechos y las respuestas institucionales para mantener su bienestar y su calidad de vida. En este caso, se contó con la participación de 149 personas en el precongreso y 127 en el congreso propiamente. Ambos grupos de participantes se conformaron por profesionales de diversas disciplinas nacionales e internacionales, miembros de la AIUTA e investigadores de Europa, Asia y América.

Entre los días 06 y 08 de febrero del año 2013, se realizó el IV Congreso Internacional de Gerontología, con el tema central “Gerontología y políticas públicas: Asumiendo compromisos para un envejecimiento activo”. Este congreso aportó los conocimientos en materia de políticas sociales y económicas; además, vislumbró cómo la formación gerontológica en grado y posgrado responde a la realidad de la sociedad

actual en materia de políticas y en especial en el ámbito de derechos humanos de las personas adultas mayores.

En este evento, se involucró a los participantes activamente en los acuerdos tomados en la Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe. En total, participaron 140 personas en el precongreso y 103 en el Congreso internacional.

Del 22 al 24 de Julio 2015 se celebró el V Congreso Internacional de Gerontología cuyo tema fue "Avances de la Gerontología: Desafíos ante una sociedad que envejece". Este evento propició un espacio para reflexionar sobre los avances que se han logrado en cada país y, además, para analizar cómo desde el quehacer gerontológico se puede mejorar los diferentes servicios con una perspectiva humana, social, ética y científica, sensibles a las situaciones de las personas envejecientes, con el fin de promover el envejecimiento activo y con calidad de vida. En esta actividad, la participación se conformó por 169 personas participantes en el precongreso y 108 en el congreso.

El VI Congreso se desarrolló bajo la temática "Intervención gerontológica centrada en la persona: Reto actual", el cual fue celebrado durante los días 23, 24 y 25 agosto del año 2017. En este caso, se planteó como objetivo promover una cultura gerontológica que cada vez sea más consciente de que el modelo de intervención gerontológica debe fortalecerse para permitir un entorno más humanizado, el cual favorezca que las personas se relacionen desde el mutuo reconocimiento; asimismo, donde quien recibe cuidados no sea un mero receptor pasivo de los mismos, sino alguien que siga teniendo control sobre su vida. En esta ocasión, se contó con la participación de 111 personas en el precongreso y para el congreso con 94 personas.

Finalmente, en el marco de la celebración del 25 aniversario del Posgrado, se llevó a cabo el VII Congreso Internacional de Gerontología bajo el nombre: “Gerontología y transformaciones sociales: Implicaciones en el desarrollo humano”, llevado a cabo del 17 al 19 de Julio del 2019. En este evento, se reflexionó sobre las grandes transformaciones sociales que se están experimentando globalmente, en una época de cambios que determinan las trayectorias vitales de las personas. Específicamente, se examinaron algunas dimensiones claves de este cambio de paradigma social que conllevan a un análisis de la capacidad de los poderes públicos para brindar respuestas tanto a nivel local como global. En esta oportunidad, se contó con la participación de 111 personas en el precongreso y 100 en el congreso.

Estos eventos permiten, por un lado, la convivencia de la comunidad científica, estudiantil e institucional interesada en la Gerontología y, por otro lado, su acercamiento para con las diferentes realidades de envejecimiento a nivel nacional e internacional. A la vez, son de suma importancia para las personas relacionadas con el quehacer gerontológico, pues generan espacios de reflexión sobre la temática, las acciones a realizar en el futuro tanto desde la Academia como desde el área de servicios y la actualización de profesionales. Igualmente, dichas actividades permiten dar a conocer a nivel país los avances en materia de la Gerontología, al brindar insumos para nuevas investigaciones e intervenciones en el área.

➤ *Perspectiva futura*

Si bien es cierto, el envejecimiento poblacional se configura como un logro importante en materia de salud, tecnología y educación; no obstante, presume un reto importante que debe ser atendido. Es por ello, que desde el Posgrado en Gerontología se

analizan varios temas a tomar en cuenta en la formación y actualización de profesionales en la disciplina, tales como:

✓ Envejecimiento poblacional

De acuerdo con las estimaciones actuales, se proyecta que para el 2050 habrá más personas adultas mayores en el mundo. Por su parte, Costa Rica es uno de los países de la región centroamericana que más rápidamente envejecerá, lo que origina cambios y plantea desafíos en todos los ámbitos de la vida económica, social del país y de los propios individuos (Ministerio de la Presidencia, 2011).

✓ Esperanza de vida

La esperanza de vida total en Costa Rica para el 2016 fue de 80,0 años, 77,5 para hombres y 82,6 para mujeres. La longevidad en Costa Rica es ahora más alta que en muchos países desarrollados y excede a la de todos los países comparables de Latinoamérica (INEC, 2011).

✓ Inmigración

Con un sostenido flujo inmigratorio, Costa Rica es la nación latinoamericana con mayor cantidad de inmigrantes porcentualmente. Según un estudio elaborado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos de Costa Rica, para el año 2011, el 9% de la población del país estaba constituida por inmigrantes (citado por Fernández, 2014, párr. 1).

✓ Pobreza

Las personas adultas mayores en condición de pobreza en Costa Rica representan un 20.8%, (INEC, 2016). Dicha población se enfrenta a múltiples desafíos que restringen severamente sus derechos humanos y su contribución a la sociedad.

La pobreza va más allá de la falta de ingresos y recursos para garantizar unos medios de vida sostenibles. Entre sus manifestaciones se incluyen el hambre y la malnutrición, el acceso limitado a la educación y a otros servicios básicos, la discriminación y la exclusión sociales y la falta de participación en la toma de decisiones. Por tanto, el crecimiento económico debe ser inclusivo con el fin de crear empleos sostenibles y promover la igualdad (ONU, 2018).

✓ Cambio de enfoques disciplinares

El proceso de abordar a las personas adultas mayores y superar la marginación y la discriminación intersectorial requiere un enfoque integrado y multifacético, el cual se centre en la igualdad y la dignidad de las personas. Razón por la cual se debe generar escenarios académicos e interdisciplinarios tendientes a compartir experiencias, avances científicos, tecnológicos y proyecciones en el campo de la Gerontología.

Por lo tanto, los retos que se generan producto de estas transformaciones sociales exigen a la Academia y a las personas que trabajan con la población adulta mayor fortalecer los servicios gerontológicos, de manera que en la intervención gerontológica la persona sea lo más importante y no su enfermedad. Además, estos servicios deben responder a las necesidades individuales de las personas y a los cambios sociales de la época actual.

De este modo, la intervención gerontológica centrada en la persona es un modelo que puede ayudar a enfrentar estos enormes desafíos, si se toma como su punto de partida teórico la filosofía existencial que emana de la experiencia de la persona, de su situación, de sus condiciones individuales, de sus recursos y de sus restricciones.

Lo anterior permite construir una cultura gerontológica en la que cada vez seamos más conscientes de que el modelo de intervención debe fortalecerse para

permitir un entorno más humanizado, el cual favorezca que las personas se relacionen desde el mutuo reconocimiento, y donde quien recibe cuidados no sea un mero receptor pasivo de los mismos, sino alguien que sigue teniendo control sobre su vida.

Desde esta perspectiva, la persona y los profesionales pueden colaborar en la planificación de la intervención, el tratamiento y la rehabilitación para asegurar una atención de calidad y calidad de vida más alta.

La investigación, igualmente, debe responder a estas transformaciones sociales y a las necesidades de la población adulta mayor. Por lo tanto, se debe plantear investigaciones tomando en cuenta la Agenda 2030, los objetivos de desarrollo sostenible y la Política Nacional de Envejecimiento 2011-2021.

Agradecimientos

A las directoras del Posgrado en estos 25 años: M.Sc.Flory Stella Bonilla (1994-2001), M.Sc Sui Moy Li Kam (2001-2003), M.Sc Lillyana Picado Espinoza (2003-2007) y M.Sc Mabell Granados Hernández (2007-2019).

A las diferentes personas integrantes de la Comisión Central, docentes, estudiantes, Decanos y Decanas del Sistema de Estudios de Posgrado.

Actualmente, la Maestría en Gerontología se encuentra celebrando su 25 aniversario y, en el marco de esta celebración, se agradece a quienes colaboraron en las diferentes actividades realizadas.

A las profesoras Lillyana Picado Espinoza, Olga Marta Solano de Mora, quienes con sus exposiciones aportaron datos importantes de la historia del Posgrado para la elaboración de este artículo informativo. Igualmente se extiende el agradecimiento a las expositoras del panel “25 años de formación en Gerontología” y del Conversatorio “Escenarios de la Gerontología en Costa Rica”.

Referencias

- Bazán, M. J. (2016). La experiencia de la Universidad Alas Peruanas en la formación de profesionales en gerontología. En J. C. García & S. Flores (Eds.), *Gerontología para la vida*, pp. 207-220. México. Recuperado de <file:///C:/Users/qunib/Documents/MAESTR%C3%8DA/ART%C3%8DCULO%20GERONTOLOG%C3%8DA/GERONTOLOGIA PARA LA VIDA.pdf>
- Bonilla, F., Castillo, C., y López, E. (1999). Programa de Maestría en Gerontología. Universidad de Costa Rica. *Anales en Gerontología*, 1 (1), pp. 113 – 118.
- Cachioni, M. (2010, marzo). *Metodologías activas para la formación en gerontología: la experiencia del Curso de Bachillerato en Gerontología de la EACH USP*. Primer Congreso Internacional de Carreras de Grado y Pregrado de Gerontología, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <http://weblog.maimonides.edu/congresogerontologia/documentos/Meire-Cachioni.ppt>
- Curcio, C. (2010). Investigación y envejecimiento: del dato a la teoría. *Scientific Electronic Library Online*, 15 (1), pp. 144-166. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v15n1/v15n1a10.pdf>
- Fernández, A. (2014, 19 de noviembre). Costa Rica es el país con mayor porcentaje de inmigrantes en América Latina. *El financiero*. Recuperado de <https://www.elfinancierocr.com/economia-y-politica/costa-rica-es-el-pais-con-mayor-porcentaje-de-inmigrantes-en-america-latina/RRHVYJ7SMNBZDBNR6FM6DL7JIE/story/>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo [INEC]. (2011). *Costa Rica, Población Total por sexo*. Recuperado de www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos/poblacion/estadisticas/resultados/replaccenso2011-03.xls.xls
- Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC]. (2013) Estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad 1950-2050. Recuperado de http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos/inec_institucional/publicaciones/01_estimaciones_y_proyecciones_de_poblacion_1950_-_2050.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC]. (2016). Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) 2016. Recuperado de http://www.inec.go.cr/sites/default/files/infografias-pdf/imgadultomayor2809207_0.pdf

Ministerio de la Presidencia. (2011). Política Nacional Envejecimiento y Vejez, 2011-2021. Recuperado de https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/02/Prestaciones_PolNac_EnvVejez2011-2021.pdf

Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2018). La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2002). Envejecimiento activo. Un marco político. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 37(S2), pp. 74-105. Recuperado de http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf

Pérez, M. (2003). Flory Stella Bonilla Gamboa, Candidata al premio Aportes al Mejoramiento de la Calidad, en la Categoría de Persona Física. *Revista Educación*, 27 (2), pp. 229 - 227

Artículo recibido: 02 Octubre, 2019
Artículo aprobado: 20 Diciembre, 2019

CURRÍCULOS DE AUTORES/AUTORAS

MARIO AMADOR CEDEÑO

mario.amador@ucr.ac.cr

Maestría Profesional en Gerontología y Licenciado en Odontología de la Universidad de Costa Rica. Profesor de la Facultad de Odontología de la Universidad de Costa Rica y con ejercicio profesional privado.

ASHLEY ELIZONDO MONGE

ashelizondo13@gmail.com

Estudiante del Posgrado en Gerontología Universidad de Costa Rica, Licenciada en Promoción de la Salud de la Universidad Nacional (UNA). Investigadora Independiente. Costa Rica.

MARÍA CLAUDIA ESPINEL-BERMÚDEZ

mclaudia_espinel@yahoo.com.mx

Óptometra por la Universidad de la Salle-Colombia, Maestra en Ciencias, área sistemas de salud por la Universidad Autónoma de Aguascalientes y Doctorado en Ciencias Médicas en la Universidad de Clima. Investigadora en Unidad de Investigación Biomédica 02 del Centro Médico Nacional de Occidente del Jalisco, Instituto Mexicano del Seguro Social, profesor de asignatura de la Maestría en Gerontología, en la Universidad de Guadalajara y Miembro del Sistema Nacional de Investigación Nivel I

MARÍA ELENA FLORES-VILLAVICENCIO

marlencilla27@hotmail.com

Doctora en Psicología de la Salud por la Universidad de Guadalajara. Profesora-Investigadora adscrita al departamento de Ciencias Sociales del Centro Universitario de Ciencias de la Salud en la Universidad de Guadalajara. Profesora de la Maestría en Gerontología y del Doctorado en psicología Interinstitucional de Psicología. Miembro del Sistema Nacional de Investigación Nivel I. Desarrollo de la Línea de Investigación Ciencias sociales, psicología y salud adscrita al cuerpo académico CA-68 Salud, Población y Desarrollo Humano en la Universidad de Guadalajara.

IVANNIA FONSECA CÉSPEDES

psico.ivannia.fonsecac@gmail.com

Licenciada en Psicología de la Universidad Nacional, estudiante de la Maestría Profesional en Gerontología de la Universidad de Costa Rica. Especialista en Entornos Virtuales de Aprendizaje.

SANDRA MAGALÍ GONZALEZ

psi.magaligonzalez@gmail.com

Doctoranda en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús, Licenciada en Psicología de la Universidad Católica de Santiago del Estero, becaria doctoral en Centro de Investigaciones y Transferencia de Catamarca- Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de la República Argentina (CITCA-CONICET) Reside en Argentina.



MABEL GRANADOS HERNÁNDEZ

mabel.granados@ucr.ac.cr

Magíster Scientiae en Gerontología de la Universidad de Costa Rica. Directora del Posgrado en Gerontología y Docente de la Escuela de Enfermería Universidad de Costa Rica. Costa Rica.

ROSA LÓPEZ FERNÁNDEZ

ros_lopez@hotmail.com

Doctora en Investigación Interdisciplinaria, Maestría en Gerontología Médica y Social, Licenciada en Psicología Clínica. Catedrática de la Facultad de Psicología de la Universidad Anáhuac e Investigadora del Centro Anáhuac de Investigación en Psicología. Coordinadora del Diplomado Cuidados al adulto mayor del Centro Anáhuac, Estado de México. México.

DIEGO MEDINA FRAGOSO

medinaf.26@gmail.com

Cursa el último año de la Licenciatura en Psicología en la Universidad Anáhuac México Norte. Práctica en el Hospital Psiquiátrico de México Ramón de la Fuente. México.

MARÍA GABRIELA MORGANTE

gamorgante@fcnym.unlp.edu.ar

Licenciada en Antropología y Dra. en Ciencias Naturales de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Docente-Investigador del Laboratorio de Investigaciones en Etnografía Aplicada (Facultad de Ciencias Naturales y Museo, UNLP). Directora de Proyectos, Becarios y Tesistas de Grado y Pos-grado en Etnogerontología y proceso de envejecimiento. Autora de publicaciones y docente de posgrado. Miembro de la Mesa de Personas Mayores de la UNLP. Laboratorio de Investigaciones en Etnografía Aplicada (LINEA, FCNyM, UNLP)

OLGA MARTA MURILLO BOLAÑOS

muleoni@ice.co.cr

Magíster Scientiae en Gerontología de la Universidad de Costa Rica, Licenciada en Odontología de la Unidad de Costa Rica. Profesora Emérita de la Universidad de Costa Rica. Docente colaboradora en el Posgrado en Gerontología.

SANDRA BEATRIZ QUINTERO-ROMERO

investigacionsandraquintero@gmail.com

Licenciada en Gerontología, M.Sc. Docencia para Educación Superior, Doctorante Ciencias Gerenciales. Editor Jefe Revista Gero Ciencia, Autora libro Gerontología Ciencia para la vida 2013, Manual de Buenas Prácticas Gerontológicas: Como vivir feliz más de 100 años 2015, Pensando en las Organizaciones desde la imagen de Gareth Morgan 2017 entre otros. Coordinadora Investigación multicéntrica (Red Panamericana Programas y Carreras Gerontología). Miembro Consejo Editorial QMayor. Directora Programa Gerontología y Coordinadora Unidad de Investigaciones Gerontológicas UNIGER de la Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda” UNEFM. Santa Ana de Coro estado Falcón Venezuela. Venezuela.



JOSÉ RAÚL ROBLES BAÑUELOS

jrrb89@hotmail.com

Médico Cirujano y Partero, Universidad de Guadalajara, integrante de la línea de Investigación Ciencias Sociales, psicología y salud adscrita al cuerpo académico CA-68 Salud, Población y Desarrollo Humano en la Universidad de Guadalajara.

JOSÉ RAÚL ROBLES BAÑUELOS

jrrb89@hotmail.com

Médico Cirujano y Partero, Universidad de Guadalajara, integrante de la línea de Investigación Ciencias Sociales, psicología y salud adscrita al cuerpo académico CA-68 Salud, Población y Desarrollo Humano en la Universidad de Guadalajara.

CELIDA ROSARIO ROMERO-VALADEZ

ironmagnolies@hotmail.com

Médico Cirujano y Partero por la Universidad de Guadalajara y actualmente alumna de la Maestría en Gerontología del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara

ROSITA ULATE SÁNCHEZ

rulate@uned.ac.cr

Doctora en Educación de NOVA Southeastern University, con Bachillerato y Maestría en Administración de Negocios de la Universidad de Costa Rica- FUNDEPOS. Profesora, asistente académica, encargada de programa y cátedra durante los últimos 16 años en la Universidad Estatal a Distancia. Actualmente es la Encargada de la Cátedra de Investigación en la Escuela de Ciencias Exactas y Naturales de la Universidad Estatal a Distancia.

CLAUDIO ARIEL URBANO

claurbano@hotmail.com

Doctor en Ciencias Humanas, Mención Educación por la Universidad Nacional de Catamarca, Licenciado en Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba. Especialista en psicogerontología y Magíster en Gerontología por la Universidad Maimónides. Especialista en Metodología de la Investigación en Ciencias Sociales. Investigador adjunto en Centro de Investigaciones y Transferencia de Catamarca-Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de la República Argentina (CITCA- CONICET) Reside en Argentina.



ANA SILVIA VALERO

anavalero@fcnym.unlp.edu.ar

Licenciada en Antropología (FCNyM, UNLP) y Doctoranda de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Docente-Investigador en formación integrante del Laboratorio de Investigaciones en Etnografía Aplicada (FCNyM, UNLP) y del Grupo de Estudios sobre Salud Mental y Derechos Humanos (Fac. Cs. Sociales, UBA). Autora de publicaciones. Consejera Secretaria del Consejo Consultivo en Salud Mental y Adicciones. Laboratorio de Investigaciones en Etnografía Aplicada (LINEA, FCNyM, UNLP). Grupo de Estudios sobre Salud Mental y Derechos Humanos (IIGG, Facultad de Ciencias Sociales, UBA)

MARÍA ANA VALLE-BARBOSA

mavalleb@yahoo.com.mx

Doctora en Ciencias de la Salud por la Universidad de Guadalajara. Profesora-Investigadora adscrita al departamento de Ciencias Sociales del Centro Universitario de Ciencias de la Salud en la Universidad de Guadalajara. Miembro del Sistema Nacional de Investigación Nivel I.

OMAR ANTONIO VEGA

oavega@umanizales.edu.co

Ingeniero Agrónomo, Especialista en Informática y Computación, Magíster en Orientación y Asesoría Educativa, Magíster en Educación, Doctor en Sociedad de la Información y el Conocimiento. Integrante del grupo de investigación en Informática y Telecomunicaciones de la Universidad de Manizales. Profesor titular de la Universidad de Manizales y profesor ocasional de la Universidad de Caldas, Manizales, Caldas Colombia.

MARÍA GUADALUPE VEGA-LÓPEZ

magvega@gmail.com

Dra. en Ciencias de la Salud por la Universidad de Guadalajara, Profesor-Investigador y responsable de la Coordinación de Investigación del departamento de Ciencias Sociales del Centro Universitario de Ciencias de la Salud en la Universidad de Guadalajara. Desarrolla la línea de Investigación Salud y Desarrollo Humano adscrita al cuerpo académico CA-68 Salud, Población y Desarrollo Humano en la Universidad de Guadalajara.

JENNIFER ELISA VICEDO SOTO

elisaviso@hotmail.com

Licenciada en Psicología, Estudiante de la Maestría en Psicología Humanista Integrativa del Instituto GALENE y del Instituto Juan Pablo II para Ciencias de la familia. Profesora Catedrática de la Universidad Anáhuac México Campus Norte. México.



EVALUADORES INTERNOS

- María Dolores Castro Rojas, Escuela de Psicología, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Faridy Helo Guzmán, Escuela de Medicina, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Elsa Méndez González, Posgrado en Gerontología, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Derby Muñoz Rojas, Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Luis Enrique Ortega Araya, Escuela de Psicología, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Mónica Salazar Villanea, Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Esperanza Tasies Castro, Sede de Occidente, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Luisa Villanueva Salazar, Escuela de Formación Docente, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- María José Víquez Barrantes, Programa Integral de la Persona Adulta y Adulta Mayor (PIAM), Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

EVALUADORES EXTERNOS

- Alexander Araya Tijerino, Sección de Psicología; Poder Judicial, Costa Rica.
- Fanny Arce Hernández, Investigadora Independiente Costa Rica.
- Yolanda Benavides Murillo, Investigadora Independiente, Costa Rica
- Hazel Carvajal Valerio, Junta de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional, Costa Rica.
- Ara Mercedes Cerquera Córdoba, Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga Colombia.
- Marjorie Chavarría Vásquez, Investigadora Independiente, Costa Rica.
- Beatriz del Carmen Chávez Reátegui, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú.
- Juan Lirio Castro, Universidad de Castilla-La Mancha, España



- Blanca López La Vera, Pontifica Universidad Católica del Perú, Perú.
- Analía Verónica Losada, Pontifica Universidad Católica de Argentina, Argentina
- María de la Luz Martínez Maldonado, Universidad Autónoma de México, México
- Ana Cecilia Murillo González, Investigadora Independiente, Costa Rica.
- Emilie Raymond, École de Service Social, Université Laval, Canadá
- Mónica Roque, Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional de la Facultad de Psicología de Mar del Plata, Argentina
- Eduardo Triana Álvarez, Centro Gerontológico Colón, Cuba.
- José Yuni, Universidad Nacional de Catamarca, Argentina
- Graciela Zarebski, Universidad Maimónides, Argentina.

Manuscritos Evaluados: -16-
Manuscritos Rechazados: -2-
Artículos Publicado: -9-

