



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 12 ♦ 2020

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

Dra. Flor Jiménez Segura
Doctora en Psicología Educativa, España
Maestría Académica en Gerontología, UCR
Universidad de Costa Rica, Costa Rica
revista.gerontologia@ucr.ac.cr

EDITORA ACADÉMICA

M.Sc. Karen Masis Fernández
Maestría Académica en Gerontología, UCR
Universidad de Costa Rica, Costa Rica

EDITORA TÉCNICA

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

CONSEJO EDITORIAL

M.Sc. Irma Arguedas Negrini
Maestría en Orientación Escolar, EEUU
Universidad de Costa Rica, Costa Rica

M.Sc. Mabell Granados Hernández
Maestría Académica en Gerontología, UCR
Investigadora Independiente, Costa Rica

M.Sc. Maribel León Fernández
Maestría Académica en Gerontología, UCR
Universidad Nacional, Costa Rica

M.Sc. Elsa Méndez González
Maestría Académica en Gerontología, UCR
Investigadora Independiente, Costa Rica

Dra. Olga Marta Murillo Bolaños
Maestría Académica en Gerontología, UCR
Investigadora Independiente, Costa Rica



PRESENTACIÓN

Para el Posgrado en Gerontología de la Universidad de Costa Rica, es un gusto presentar el volumen 12 de la Revista Anales en Gerontología en un año tan particular como el 2020, el cual ha marcado un punto de inflexión tanto para la salud pública, la educación y la economía, como para la vida en sociedad que conocíamos las diferentes generaciones que coincidimos en este momento histórico.

El volumen 12 contiene artículos relacionados con temas como derechos, género, cuidado, calidad de vida, salud y educación. Se incluye el punto de vista de las personas envejecientes y encargadas del cuidado de aquellas en situación de dependencia, además, se aborda el contexto familiar y comunitario, en el cual se enmarca la cotidianidad de la población mayor. Asimismo, se analiza el funcionamiento y aportes de programas psicoeducativos en la jubilación y se incluye el análisis de un emblemático fallo dictado en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina, en torno a los derechos y libertades de las personas mayores en el marco de la emergencia provocada por la COVID-19.

Este volumen refleja la heterogeneidad que subyace el proceso de envejecimiento y las experiencias en la vejez, así como también llama la atención sobre la desigualdad y el edadismo exacerbado presente en diversos sectores de la sociedad. En este sentido, es un reto para la gerontología analizar e intervenir los contextos pospandemia y promover la educación para el envejecimiento desde la niñez, tal como se indica en el II Informe Estado de Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica, publicado a mediados del 2020.

Agradecemos a las personas autoras de los presentes artículos e invitamos a todas las personas profesionales vinculadas al quehacer gerontológico a publicar sus trabajos en nuestra próxima edición.

Dra. Flor Jiménez Segura
Directora

M.Sc. Karen Masis Fernández
Editora



TABLA DE CONTENIDOS

Presentación	i
<i>Dra. Flor Jiménez Segura, M.Sc. Karen Masis Fernández</i>	
Factores de riesgo asociados al síndrome de fragilidad de la persona adulta mayor: Programa de cuidado de la población adulta mayor a cargo de la Asociación Moraviana.....	1-28
<i>Francini Eugenia Ugalde Castillo, Adelia Mora Marín</i>	
Las desigualdades del trabajo de cuidado: significados y prácticas de cuidadoras principales de personas adultas mayores en situación de dependencia.....	29-64
<i>Natalia Fuentes Arenas, Carolina Garcés Estrada</i>	
Envejecimientos y construcciones de género desde las relaciones familiares en el curso de vida.....	65-88
<i>Angélica María Razo González, Evelyn Hernández-Calderón, Martha Patricia López-González</i>	
Calidad de vida percibida por personas adultas mayores asistentes al Desarrollo Integral de la Familia (DIF) Huixquilucan, México	89-114
<i>Rosa López Fernández, José Damián Carrillo Ruiz</i>	
Efectos del programa de intervención psicoeducativo “Vivir mi jubilación de manera plena: no a la depresión y sí al bienestar” en las experiencias subjetivas de depresión en personas jubiladas	115-137
<i>Constanza Celia Nieto-Marín, María de los Ángeles Aguilera Velasco</i>	
Derechos y libertades en la vejez: paternalismos explícitos y viejismos implícitos de la pandemia	138-167
<i>María Isolina Dabove, Rosa G. Di Tullio Budassi, Ingrid Breier, Juan Pablo Tevini</i>	
Condicionantes de la participación y uso del espacio público de personas mayores en el Cerro del Cuatro, Jalisco México.....	168-208
<i>Yolanda de Jesús Hernández Delgado</i>	
Análisis de las modificaciones en los estereotipos sobre la vejez de cuidadoras y cuidadores formales de personas adultas mayores.....	209-240
<i>Marta Huertas Prego, Sol Scavino Solari</i>	
Currículo de personas autoras	241-243
Revisores.....	244-240



FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL SÍNDROME DE FRAGILIDAD DE LA PERSONA ADULTA MAYOR: PROGRAMAS DE CUIDO DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR A CARGO DE LA ASOCIACIÓN MORAVIANA

RISK FACTORS ASSOCIATED WITH THE FRAILTY SYNDROME: MORAVIAN ASSOCIATION'S CARE PROGRAMS FOR THE ELDERLY ADULTS

Francinie Eugenia Ugalde Castillo¹, Adela Mora Marín²

RESUMEN

Objetivo: Determinar los posibles factores de riesgo asociados al síndrome de fragilidad en la población adulta mayor que utiliza los programas de cuidado a cargo de la Asociación Moraviana (red local de la Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores, Casa Nazareth y Casa de la Persona Adulta Mayor), en el cantón de Moravia, durante el segundo semestre 2018.

Método: Estudio observacional, transversal descriptivo de asociación cruzada. La población estaba conformada por 174 personas adultas mayores que se beneficiaban de los programas de cuidado de la Asociación Moraviana. Se valoraron 80 personas. Se analizaron características sociodemográficas, variables físicas, funcionales y cognitivas mediante el uso de escalas previamente validadas, además, los criterios de fragilidad, a partir del fenotipo de Fried. Se realizó un análisis inferencial no paramétrico, mediante el uso de la prueba de ANOVA, así como la determinación de Odds de Prevalencia y de un modelo explicativo de regresión lineal (significancia estadística en $p \leq 0.05$ para todos los casos).

Resultados: Se halló una prevalencia de fragilidad de 52.2 %, 46.3 % de prefragilidad y un 1.5 % no presentó fragilidad. Se encontró asociación significativa en los siguientes factores de riesgo: sexo femenino, edad superior a los 80 años, ser institucionalizado por más de tres años, ECV, EPOC, anemia, artritis, demencia, polifarmacia, ausencia de redes de apoyo y baja escolaridad.

Conclusiones: El síndrome de fragilidad se presentó en alta prevalencia y en edades tempranas de la vejez. La debilidad y la lentitud de marcha son los criterios que se presentan con mayor frecuencia. El desarrollo de esta condición es progresivo, multifactorial y multisistémico.

PALABRAS CLAVE: Síndrome de fragilidad, persona adulta mayor, factores de riesgo, Terapia Física, programas de cuidado.

¹Licenciada en Terapia Física, Universidad de Costa Rica (UCR). Investigadora Independiente. Costa Rica. E-mail: francineugalde3107@gmail.com

²Licenciada en Terapia Física, Universidad de Costa Rica (UCR). Gestor en Salud Ocupacional y Ambiental, Instituto Nacional de Aprendizaje ((INA). Costa Rica. E-mail: adela.mora2189@gmail.com



ABSTRACT

Purpose: To determine the potential risk factors associated with the frailty syndrome in elderly persons who attended the programs of the Moravian Association (local networking of the Progressive Care Networking for the Elderly Persons, Nazareth House and House of the Elderly Person) in Moravia, during the second semester of 2018.

Method: Observational, cross-association transverse descriptive study. The population was composed of 174 elderly persons who are beneficiaries of the local programs in charge of the Moravian Association; only 80 of them participated as the sample. Sociodemographic characteristics, physical, functional, and cognitive variables were evaluated using previously validated scales, likewise, frailty criteria were analyzed by examining the Fried phenotype. A non-parametric inferential analysis using the ANOVA test, an explanatory linear regression model as well as the corresponding Prevalence Odds Ratio (statistical significance at $p \leq 0.05$ for all cases) were carried out.

Results: A prevalence of 52.2% of frailty and 46.3% of pre-frailty was found; only 1.5% of the subjects did not present any grade of the syndrome. A significant link between the following risk factor was identified: females aged over 80 years, being institutionalized for more than three years, CVD, COPD, anemia, arthritis, dementia, polypharmacy, lack of support networks and low schooling.

Conclusions: There was a high prevalence of frailty syndrome even in early stages of aging. Weakness and low walking speed were the most common manifestation of the phenotype. The evolution of frailty syndrome is progressive, multifactorial and multisystemic.

KEY WORDS: Frailty syndrome, elderly, risk factors, Physical Therapy, care programs.



Introducción

El envejecimiento es un proceso multifactorial, dinámico, propio de todos los seres humanos, donde se experimentan cambios fisiológicos, psicológicos y sociales (Carracedo, Bodega, Ramírez y Alique, 2020). Sin embargo, se ha convertido en un desafío para la persona y el sistema sanitario, puesto que a mayor edad aumenta la probabilidad de padecer enfermedades crónicas y degenerativas que afectan la funcionalidad y las capacidades físicas y mentales (Romero, Zona y Quiroga, 2020). Esto desemboca en la necesidad de realizar estudios sobre las condiciones y patologías que inciden en la calidad de vida y el envejecimiento, tal es el caso del síndrome de fragilidad.

En el ámbito de la geriatría y la gerontología, para describir a una persona adulta mayor con discapacidad y padecimiento de comorbilidades se solía emplear el término de “adulto mayor frágil”. Sin embargo, en la actualidad, este concepto se asocia a un síndrome biológico caracterizado por la disminución de las reservas fisiológicas, la pérdida de la capacidad homeostática y la vulnerabilidad de sufrir situaciones adversas (hospitalización, dependencia, discapacidad e incluso, la muerte) (Giacomini, Fhon y Prtesani, 2020). Fried, et al. (2001) propusieron que este síndrome está compuesto por cinco criterios: pérdida de peso involuntario, sarcopenia (pérdida de masa muscular), fatiga, marcha inestable y actividad física mínima.

Se ha identificado una prevalencia global ponderada de 10.7 %, pero la variabilidad de este promedio en los estudios oscilaba entre el 4 % y el 59.1 % (Collard, Boter, Schoevers y Oude, 2012). En Latinoamérica, la prevalencia del síndrome de fragilidad en población adulta mayor de 60 años a más se encuentra entre el 7.7 % y 39.3 % y los factores de riesgo más comunes son la edad, sexo femenino, bajo nivel



Ugalde, F.E., et al. Factores de riesgo asociados al síndrome de fragilidad de la... socioeconómico y la presencia de comorbilidades (Herrera-Pérez, Soriano-Pérez, Rodrigo-Gallardo y Toro, 2020).

Por ejemplo, Rivelli et al. (2020) identificaron en la ciudad española de Lleida una prevalencia de fragilidad del 53% asociado a factores de riesgo como el sexo femenino, mayor comorbilidad, estado depresivo y dependencia funcional.

Por otra parte, Tapia et al. (2015) hallaron que el criterio más frecuente de la fragilidad, en una población chilena, es la presencia de debilidad muscular y los menos determinantes son la percepción de fatiga y la pérdida de peso. Además, el sexo femenino y la edad avanzada se asocian como factores de riesgo.

Costa Rica no es la excepción al cambio demográfico asociado al envejecimiento poblacional. Según el Primer Informe del estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica, presentado en el 2008, por el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), se proyectó que, para el 2025, este grupo etario pasará de un 6% a un 11.5% del total de la población.

En relación con el síndrome de fragilidad en las personas costarricenses, Cabezas (2015) realizó un estudio con el objetivo de conocer su prevalencia en la población adulta mayor institucionalizada en el Hogar Carlos María Ulloa, ubicado en el cantón de Goicoechea, San José. Obtuvo que el 47.83% de la muestra padecía de fragilidad, 17.39% se encontraba en prefragilidad y 34.78% no eran frágiles. También, se encontró que la edad, los años de institucionalización y la marcha lenta son factores de riesgo.

Este tipo de estudios brinda un acercamiento a la realidad epidemiológica en torno al tema de fragilidad en la persona adulta mayor. Esto permite una mejor

Ugalde, F.E., et al. Factores de riesgo asociados al síndrome de fragilidad de la...
orientación de los programas enfocados en la prevención, intervención y tratamiento de
dicha población.

Metodología

La metodología de la investigación es un diseño epidemiológico de tipo observacional, transversal descriptivo de asociación cruzada (Manterola, Quiroz, Salazar y García, 2019). La población total del estudio fue de 174 personas adultas mayores beneficiarias de los programas de cuidado de la Asociación Moraviana, 103 pertenecían a la red local, 37 al hogar de larga estancia y 34 al centro diurno. Las personas participantes debían cumplir con los siguientes criterios de inclusión: beneficiarse activamente de los programas de cuidado, residir en el cantón josefino de Moravia, contar con una persona responsable a cargo si presentaba un deterioro cognitivo, previamente diagnosticado y haber firmado el consentimiento informado. Fueron excluidas las personas con fracturas o procedimientos quirúrgicos con menos de 6 meses de anterioridad y quienes presentaron recomendación médica de abstenerse. En total se evaluó 80 personas adultas mayores, durante el segundo semestre 2018.

Por medio de un cuestionario estructurado, se recolectaron datos sociodemográficos, variables clínicas, físicas y funcionales, así como los criterios del síndrome de fragilidad basados en el fenotipo de Fried. El cuestionario contaba con cinco secciones: dimensión sociodemográfica (edad, sexo, ingresos económicos, nivel educativo, convivencia, relaciones sociales, apoyo de redes sociales y programa de cuidado); dimensión física (autopercepción de salud, cantidad de medicamentos diarios, antecedentes patológicos, registro de hospitalización en el último año, registro de caídas en los últimos 6 meses y el equilibrio dinámico a partir de la prueba Stand up and go); dimensión funcional, a partir del Índice de Barthel (Muñoz, Rojas y Marzuca, 2015);



Ugalde, F.E., et al. Factores de riesgo asociados al síndrome de fragilidad de la...
dimensión cognitiva, a partir del Mini Examen del Estado Mental (Instituto Nacional de Geriátrica, 2020), y los criterios de fragilidad que se detallan a continuación:

-Pérdida de peso: se emplearon dos ítems del Mini Nutricional Assessment (MNA), se interrogó sobre la pérdida de peso no intencionada en los últimos 3 meses y se estimó el Índice de Masa Corporal (IMC) (Instituto Nacional de Geriátrica, 2020).

-Percepción de agotamiento: se obtuvo mediante dos preguntas del Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D); a saber, “siento que todo lo que hago es un esfuerzo” y “no tengo ganas de hacer nada” (Fong et al., 2016).

-Fuerza de prensión: se valoró mediante la habilidad de levantarse de una silla cinco veces sin utilizar los brazos. Además, se realizó la medición de fuerza de prensión de su mano dominante por medio del dinamómetro de mano electrónico CAMRY modelo EH10.

-Velocidad de marcha: se registró por medio de un cronómetro el tiempo, en segundos, utilizado para caminar 4,5m en línea recta.

-Nivel de actividad física: se tomó como referencia el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) (Junta de Andalucía, Conserjería de Salud,s.f.).

Según el fenotipo de fragilidad propuesto por Fried et al. (2001), quienes tenían tres o más de los cinco criterios valorados fueron clasificados como frágiles. Se consideraron prefrágiles quienes tenían uno o dos de los criterios y vigorosos aquellos que no presentaban ninguna de las cinco características.

Para el análisis de datos, los programas empleados fueron el paquete estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 24 y Microsoft Office Excel. Se empleó estadística descriptiva con el fin de conocer la distribución de frecuencias de las

Ugalde, F.E., et al. Factores de riesgo asociados al síndrome de fragilidad de la... variables, medidas de tendencia central (media y moda) y de dispersión. Asimismo, se realizó el cálculo de razón de prevalencia (RP).

Se comprobó, previamente, la normalidad de la distribución mediante la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov (prueba K-S). A través de ANOVA, se buscó la asociación entre las variables independientes identificadas como factores de riesgo y la variable dependiente (cantidad de criterios para ser frágil). Además, se realizó un modelo de regresión lineal. En todos los casos, se consideró que un dato es significativo si p es menor o igual a 0.05 ($p \leq 0.05$).

Resultados

Las características sociodemográficas de la población se muestran en la tabla 1. Se encontró que el 69% de la población adulta mayor era de sexo femenino y el 31% masculino, con una edad promedio de 79.26 ± 7.672 .

En lo concerniente a su salud, la mayoría refirió que su condición de salud es buena (38.9% mujeres y 24% hombres) o regular (18.5% mujeres y 36% hombres). Por otra parte, se identificaron como principales antecedentes patológicos hipertensión arterial, diabetes mellitus, artritis, artrosis y dislipidemias. Cabe destacar que 62.5% de la población padecía de diferentes patologías (denominadas como “otros”) que, para efectos de este estudio, no se clasificaron. En promedio, consumían 5.53 ± 2.82 medicamentos diariamente. Esta situación ocasiona que 79.7% se consideraron polimedicados.

Al consultar sobre hospitalizaciones en los últimos doce meses, la respuesta fue afirmativa en un 20.8%. Se reportó más casos de hospitalización en hombres que en mujeres.

Por otra parte, al consultar sobre la frecuencia de caídas durante los últimos 6 meses se obtuvo que 25% habían sufrido una o más caídas (19.4% mujeres y 28.5% hombres). Además, de acuerdo con los resultados de la prueba “stand up and go”, se tuvo que el 22.2% tenían un riesgo de caída.

Tabla 1. Costa Rica, Asociación Moraviana, 2018. Características sociodemográficas, según sexo de las personas adultas Mayores.

Variable	Total			Masculino		Femenino		
	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE		
Edad	79,3	7,7	80,0	6,6	79,0	8,1		
Años de institucionalización	1,3	1,2	1,4	1,5	1,2	1,0		
Variable	Categorías	Total			Masculino		Femenino	
		n	f	%	f	%	f	%
Nivel educativo	Baja escolaridad	80,0	61,0	76,3	19,0	76,0	42,0	76,4
	Alta escolaridad		19,0	23,8	6,0	24,0	13,0	23,6
Ingresos económicos	Menos de ₡89.752		33,0	45,2	7,0	31,8	26,0	51,0
	De ₡89.752 a ₡359.999	73,0	30,0	41,1	11,0	50,0	19,0	37,3
	De ₡360.000 a ₡1.256.528		9,0	12,3	4,0	18,2	5,0	9,8
	Mayor a ₡1.256.528		1,0	1,4	0,0	0,0	1,0	2,0
Relaciones sociales	Relaciones sociales		37,0	46,3	8,0	32,0	29,0	52,7
	Solo con familia y vecinos		5,0	6,3	3,0	12,0	2,0	3,6
	Solo con familia o vecinos	80,0	7,0	8,8	1,0	4,0	6,0	10,9
	No sale del domicilio, recibe visitas		15,0	18,8	4,0	16,0	11,0	20,0
Redes de apoyo	No sale y no recibe visitas		16,0	20,0	9,0	36,0	7,0	12,7
	Apoyo familiar o vecinal		55,0	69,6	15,0	60,0	40,0	74,1
	Voluntariado social	80,0	12,0	15,2	4,0	16,0	8,0	14,8
Situación familiar	Tiene cuidados permanentes		24,0	30,4	10,0	40,0	14,0	25,9
	No tiene apoyo		14,0	17,7	4,0	16,0	10,0	18,5
	Vive con familia y es independiente		22,0	40,0	4,0	26,7	18,0	45,0
	Vive con cónyuge de edad similar		10,0	18,2	5,0	33,3	5,0	12,5
	dependiente	55,0	7,0	12,7	2,0	13,3	5,0	12,5
	Vive solo, con familia cercana		9,0	16,4	1,0	6,7	8,0	20,0
Años de institucionalización	Vive solo, con familia lejana		7,0	12,7	3,0	20,0	4,0	10,0
	Menos de un año		6,0	25,0	3,0	30,0	3,0	21,4
	De un año a menos de tres años		11,0	45,8	4,0	40,0	7,0	50,0
	De tres años a menos de seis años	24,0	3,0	12,5	1,0	10,0	2,0	14,3
	De seis años a menos de nueve años		2,0	8,3	0,0	0,0	2,0	14,3
	Nueve años o más		2,0	8,3	2,0	20,0	0,0	0,0

Fuente: Elaboración propia, basado en instrumento de recolección, aplicado a 80 personas adultas mayores. Nota: \bar{x} promedio, DE: desviación estándar.

Tabla 2. Costa Rica, Asociación Moraviana, 2018. Características físicas y estado de salud, según sexo de las personas adultas mayores

Variable		Total		Masculino		Femenino		
		\bar{x}	n	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE	
Medicamentos	79,0	5,5	2,8	5,7	3,0	5,5	2,7	
Standuppo(segundos)	72,0	18,4	15,8	17,0	14,1	19,1	16,7	
Variable	Categorías	Total		Masculino		Femenino		
		n	f	%	f	%	f	
Percepción de salud	Excelente	11,0	13,9	5,0	20,0	6,0	11,1	
	Muy buena	14,0	17,7	3,0	12,0	11,0	20,4	
	Buena	27,0	34,2	6,0	24,0	21,0	38,9	
	Regular	19,0	24,1	9,0	36,0	10,0	18,5	
	Desfavorable	8,0	10,1	2,0	8,0	6,0	11,1	
Caídas en los últimos seis meses	Ninguna	57,0	75,0	17,0	70,8	40,0	76,9	
	Una vez	76,0	13,0	17,1	5,0	20,8	8,0	
	Dos o más veces	6,0	7,9	2,0	8,3	4,0	7,7	
Hospitalización en el último año	72,0	15,0	20,8	6,0	26,1	9,0	18,4	
Patologías	Hipertensión arterial	61,0	76,3	16,0	64,0	45,0	81,8	
	Enfermedad renal crónica	8,0	10,0	3,0	12,0	5,0	9,1	
	Artritis	19,0	23,8	4,0	16,0	15,0	27,3	
	Enfermedad coronaria	8,0	10,0	3,0	12,0	5,0	9,1	
	Diabetes Mellitus	30,0	37,5	11,0	44,0	19,0	34,5	
	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	6,0	7,5	3,0	12,0	3,0	5,5	
	Artrosis	18,0	22,5	4,0	16,0	14,0	25,5	
	Enfermedad cerebrovascular	10,0	12,5	3,0	12,0	7,0	12,7	
	Anemia	80,0	6,0	7,5	2,0	8,0	4,0	7,3
	Osteoporosis	13,0	16,3	2,0	8,0	11,0	20,0	
	Enfermedad tiroidea	13,0	16,3	2,0	8,0	11,0	20,0	
	Demencia	7,0	8,8	1,0	4,0	6,0	10,9	
	Hipoacusia	7,0	8,8	5,0	20,0	2,0	3,6	
	Dislipidemias	16,0	20,0	4,0	16,0	12,0	21,8	
	Depresión	8,0	10,0	0,0	0,0	8,0	14,5	
	Asma	7,0	8,8	1,0	4,0	6,0	10,9	
	Cáncer	3,0	3,8	0,0	0,0	3,0	5,5	
Alzheimer	4,0	5,0	0,0	0,0	4,0	7,3		
Parkinson	2,0	2,5	1,0	4,0	1,0	1,8		
Esquizofrenia	2,0	2,5	0,0	0,0	2,0	3,6		
Otros	50,0	62,5	17,0	68,8	33,0	60,0		

Fuente: Elaboración propia, basado en instrumento de recolección, aplicado a 80 personas adultas mayores. Nota: \bar{x} promedio, DE: desviación estándar.

Los resultados obtenidos a partir del índice de Barthel arrojaron que la mayoría de la población era independiente (30.9% en caso de las mujeres y 32% en el de los



hombres) o tenían un nivel de dependencia moderada (29.1% mujeres y 32% hombres). En las mujeres se reportó un 3.6% de dependencia severa (Tabla 3).

Además, la valoración del estado cognitivo, realizada por medio del minimental, determinó que el 60% presentaba una condición de demencia leve, el 18.8 % no tenían deterioro cognitivo y en menor porcentaje (3.8%) se encontraban aquellas personas con demencia moderada (correspondiente únicamente a población femenina) (Tabla 3).

Tabla 3. Costa Rica, Asociación Moraviana, 2018. Características funcionales y cognitivas, según sexo de las personas adultas mayores

Variable	Total		Masculino		Femenino		
	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE	
Índice de Barthel	82,8	23,3	84,0	21,8	82,2	24,2	
Mini mental	21,0	6,0	21,2	5,5	20,8	6,3	
Variable	Categorías	Total		Masculino		Femenino	
		f	%	f	%	Femenino	%
Nivel de independencia	Dependencia total	2,0	2,5	0,0	0,0	2,0	3,6
	Dependencia severa	13,0	16,3	5,0	20,0	8,0	14,5
	Dependencia moderada	24,0	30	8,0	32,0	16,0	29,1
	Dependencia escasa	16,0	20	4,0	16,0	12,0	21,8
	Independencia	25,0	31,3	8,0	32,0	17,0	30,9
Condición de salud mental	Demencia moderada	3,0	3,8	0,0	0,0	3,0	5,5
	Demencia leve	48,0	60	16,0	64,0	32,0	58,2
	Dudoso o posible deterioro	14,0	17,5	7,0	28,0	7,0	12,7
	Sin deterioro	15,0	18,8	2,0	8,0	13,0	23,6

Fuente: Elaboración propia, basado en instrumento de recolección, aplicado a 80 personas adultas mayores. Nota: \bar{x} promedio, DE: desviación estándar.

Para la estimación de la prevalencia de fragilidad en esta población se consideró a 67 participantes, ya que lograron responder a cabalidad los cinco criterios del fenotipo de Fried. En la tabla 4, se muestra el comportamiento de la fragilidad en esta población. Se halló una prevalencia de 52.2% de fragilidad, 46.3% de prefragilidad y un 1.5% sin fragilidad.

Al cuantificar los criterios de fragilidad se obtuvo que, mayoritariamente, las personas cumplían de dos a tres criterios. Los criterios más frecuentes tanto para la



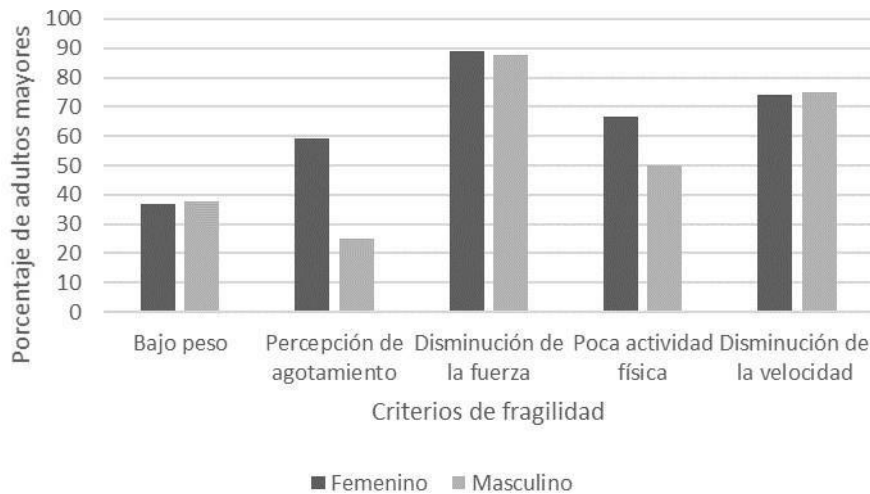
totalidad como para cada sexo resultaron ser la debilidad muscular y la lentitud como se observa en el gráfico 1. Asimismo, la mayoría de las personas consideradas como frágiles eran del sexo femenino, mientras que en las prefrágiles hubo un mayor porcentaje de hombres.

Tabla 4. Costa Rica, Asociación Moraviana, 2018. Prevalencia del síndrome de fragilidad, por sexo

		Total		Masculino		Femenino	
		f	%	f	%	f	%
Cantidad de criterios	0	1,0	1,5	0,0	0,0	1,0	2,1
	1	6,0	9,0	5,0	25,0	1,0	2,1
	2	25,0	37,3	7,0	35,0	18,0	38,3
	3	28,0	41,8	8,0	40,0	20,0	42,6
	4	5,0	7,5	0,0	0,0	5,0	10,6
	5	2,0	3,0	0,0	0,0	2,0	4,3
Condición de fragilidad*	Normal	1,0	1,5	0,0	0,0	1,0	2,1
		31,0	46,3	12,0	60,0	19,0	40,4
	Frágil	35,0	52,2	8,0	40,0	27,0	57,4

Elaboración propia, basado en instrumento de recolección aplicado a 80 personas adultas mayores. Nota: *n=67.

Gráfico 1. Costa Rica, Asociación Moraviana, 2018: Comportamiento de los criterios de fragilidad, según sexo.



Fuente: Elaboración propia, basado en instrumento de recolección aplicado a 80 personas adultas mayores. Nota: n=67.

Se determinó la cantidad de personas con síndrome de fragilidad, según el programa de cuidado al que pertenecía la persona adulta mayor. Se obtuvo que un 66.7%

de los hombres y un 77.8% de las mujeres del hogar de larga estancia presentaban síndrome de fragilidad, mientras que en la modalidad de centro diurno se presentó una mayor diferencia entre sexos, siendo más frecuente en las mujeres en un 62.5%. Los porcentajes más bajos para ambos sexos correspondieron a la Red Local de Cuido, como se detalla en la tabla 5.

Tabla 5. Costa Rica, Asociación Moraviana, 2018. Presencia del síndrome de fragilidad, por sexo y programa de cuidado.

Programa	Total		Masculino		Femenino	
	f	%	f	%	f	%
Total	67,0	100,0	20,0	29,9	47,0	70,1
Casa Nazareth	15,0	100,0	6,0	66,7	9,0	77,8
Centro Diurno	30,0	100,0	6,0	33,3	24,0	62,5
Red local de cuidado	22,0	100,0	8,0	25,0	14,0	35,7

Fuente: Elaboración propia, basado en instrumento de recolección aplicado a 80 personas adultas mayores.

En relación con los factores de riesgo asociados, a partir del análisis bivariado se obtuvo que las siguientes variables predisponen a las personas a tener una mayor cantidad de criterios de fragilidad: sexo femenino ($p=0.036$), ausencia de una red de apoyo ($p=0.443$), tener el beneficio de la Casa Nazareth ($p=0.517$), más de tres años de institucionalización ($p=0.351$), baja escolaridad ($p=0.151$), anemia ($p=0.165$), enfermedad cerebrovascular ($p=0.027$), enfermedad pulmonar obstructiva crónica ($p=0.101$), osteoartritis ($p=0.391$), demencia ($p=0.760$) y sobrepeso ($p=0.319$). Con menor significancia, también se considera factor de riesgo un deficiente equilibrio dinámico, vivir solo, edad superior a los 80 años y padecer de artrosis (Ver tabla 6).

En la tabla 7, se presentan los parámetros del modelo de regresión lineal con las variables que resultaron ser factores de riesgo, estadísticamente significativas, asociadas al síndrome de fragilidad. Este modelo fue significativo ($p=0.000$) y, en su conjunto, logró explicar 53.8% del comportamiento del síndrome de fragilidad en la población

adulta mayor beneficiaria de la Asociación Moraviana ($R^2=0.538$). Se halló asociación significativa para ser mujer, tener un nivel educativo bajo, padecer de anemia y ser una persona beneficiaria del hogar de larga estancia Casa Nazareth.

Tabla 6. Costa Rica, Asociación Moraviana, 2018. Factores de riesgo para el síndrome de fragilidad.

Variable	RP	Significancia
Sexo (fem)	1,4*	0,024**
Ausencia de red de apoyo	1,5*	0,847
Programa de cuidado (Casa Nazar	1,6*	0,034**
> 3 años institucionalizado	1,7*	0,113
Bajos recursos económicos	0,9	0,901
Baja escolaridad	1,6*	0,033**
Vive solo	1,2	0,723
Mayor de 80 años	1,2	0,271
Ausencia de relaciones sociales	1,5*	0,397
Mala percepción de salud	0,9	0,96
Hospitalización	0,9	0,427
Reporte de caídas	0,7	0,471
Riesgo de caída (equilibrio dinámico)	1,3	0,311
Dependencia funcional	0,9	0,487
Deterioro cognitivo	1,0	0,994
Polifarmacia	1,4*	0,337
Anemia	2,1*	0,113*
Enf. Cerebrovascular	2,2*	0,019**
Enf. Pulmonar Obstructiva Crónica	2,1*	0,202
Hipertensión arterial	1,1	0,221
Osteoartritis	1,5	0,389
Diabetes Mellitus	1,1	0,878
Artrosis	1,2	0,795
Osteoporosis	1,1	0,749
Enf. Tiroidea	0,8	0,404
Hipoacusia	0,5	0,237
Dislipidemias	1,0	0,738
Depresión	0,9	0,876
Asma	0,3	0,308
Enf. Renal Crónica	0,3	0,138**
Demencia	1,6*	0,249
Enf Coronaria	1,0	0,904
Sobrepeso	1,1	0,319

Fuente: Elaboración propia.

Nota: * Razón de prevalencia (RP) ** Valores cercanos a la significancia estadística



Tabla 1. Costa Rica, Asociación Moraviana, 2018. Modelo de regresión lineal para el síndrome de fragilidad.

Variable	Significancia
Sexo (femenino)	0,012
Baja escolaridad	0,007
Programa de cuidado (Casa Nazareth)	0,002
Anemia	0,215
R²=0,538	

Fuente: Elaboración propia

La prevalencia de fragilidad en la población fue superior en relación con otros estudios realizados alrededor del mundo. Se obtuvo un 52.2% en la población total, mientras que, en Latinoamérica, se han reportado valores de 37% en México (Aguilar-Navarro, Amieva, Gutiérrez-Robledo, y Avila-Funes, 2015), Chile 4.5% (Tapia et al., 2015) y en Perú 17.5% (González-Mechán, Leguía-Cerna y Díaz-Vélez, 2017). Cabe destacar que en Costa Rica, el único estudio realizado reflejó un valor de 47.83% (Cabezas, 2015).

Del mismo modo, el porcentaje de población prefrágil alcanzó el 46.3%. Este valor contrasta con el estudio costarricense de Cabezas (2015) que indicó un 17.39%. Esta variabilidad en el valor de la prevalencia entre ambos estudios se puede explicar a partir de las diferencias socioeconómicas y culturales de las poblaciones evaluadas y la metodología empleada para determinar los criterios de fragilidad (González-Mechán et al., 2017). No obstante, el porcentaje de población prefrágil que determinó este estudio se asemeja a lo reportado en estudios realizados a nivel internacional, como el caso de México que muestra un 51.2% (Aguilar-Navarro et al., 2015), Chile 69% (Tapia et al., 2015) y Perú 40.9% (González-Mechán et al., 2017).

Por otra parte, las personas adultas mayores presentaban, por lo general, entre dos y tres criterios. Los más frecuentes fueron la debilidad muscular y la disminución de



la velocidad de marcha; esto coincide con lo hallado en el estudio de Abizanda et al. (2011).

La población presentó una tendencia al normopeso y al sobrepeso. La clasificación se realizó con base en el Índice de Masa Corporal (IMC), por lo que se desconoce realmente cuál es la proporción de grasa y masa muscular, así como la presencia de una dieta saludable. Por esta razón, es que se puede afirmar que el sobrepeso no es un criterio excluyente de desnutrición en esta población (Ruperto, Gómez-Martín y Iglesias, 2016). Además, se debe considerar que la presencia de obesidad sarcopénica (OS) se relaciona con la presencia de fragilidad (Romão et al., 2017b).

La OS se produce por cambios de la composición corporal propios del envejecimiento, donde disminuye la masa muscular y ósea y aumenta el tejido adiposo producto de factores genéticos, endocrinos, inflamatorios, nutricionales y de estilos de vida. Esta condición se asocia de forma biyectiva con el sedentarismo (Zúñiga, 2015). Asimismo, “la fragilidad y la obesidad, definidas por el índice de masa corporal (IMC), se asocian con discapacidad, mayor utilización de la asistencia sanitaria, institucionalización y mortalidad temprana” (Crow et al., 2019, p. 138).

Aunado a lo anterior, es importante resaltar la relación entre la OS y la presencia de diabetes e hipertensión arterial, falla metabólica y deterioro cognitivo, ya que su presencia puede preceder una afectación en la salud física y funcional de la persona adulta mayor por las complicaciones que estas acarrearán (Ciudin, Simó-Servat, Palmas, y Barahona, 2020; Guadamuz y Suárez, 2020).

En el caso de la percepción de agotamiento, el 50.6% de las personas participantes reportaron agotamiento. Sin embargo, destacó la alta cantidad de casos en

el centro diurno en que la persona adulta mayor indicó percibir cansancio todo el tiempo frente a los casos del hogar de larga estancia, donde se dieron solo la mitad. Sobre esta diferencia cabe indicar que en el caso del centro diurno las personas tienen responsabilidades económicas y sociales, mientras que, en el hogar de larga estancia, según las políticas del centro, no necesitan estar pendientes de ningún aspecto.

Según Jara (2015), las personas suelen ignorar el agotamiento ante las demandas físicas hasta que ocurre la ocasión de llevar a cabo un esfuerzo, por lo que podría sugerir que, a mayor demanda y responsabilidades, mayor percepción se tiene de él. Jauregui y Rubin (2012) proponen que dentro de la fisiopatología del síndrome de fragilidad se encuentra la disminución en el consumo máximo de oxígeno, por lo que el cansancio y la falta de energía son característicos.

En relación con la pérdida de fuerza muscular en la población evaluada, hubo una prevalencia de un 74.7%. La prensión palmar en mujeres presentó mayor deterioro en comparación con la fuerza en miembros inferiores. Lo cual se convierte en un signo de alerta que puede ser abordado desde la terapia física y ocupacional.

De igual forma ocurrió con el criterio de baja actividad física y disminución de velocidad de la marcha, en el que el 68.8% de la población fue considerada como lenta. Es importante resaltar que no se hizo un ajuste con respecto al sexo y edad de las personas para determinar esta variable.

En el metaanálisis realizado por Kojima (2018), se dividió a quienes participaron en tres grupos de acuerdo con su edad y se obtuvo que la fragilidad en las personas de entre 60 a 69 años es del 9%, entre los 70 a los 79 años de 45.5% y para mayores de 80 años, de 61.8%. Este dato coincide con los hallazgos de este estudio, donde se reportó un riesgo de prevalencia de 1.2 para mayores de 80 años. Asimismo, se halló un

Ugalde, F.E., et al. Factores de riesgo asociados al síndrome de fragilidad de la... porcentaje de personas menores de 70 años que ya presentaban esta condición, lo cual es sumamente alarmante, así como el alto número de prefragilidad en la totalidad de la población.

La baja situación socioeconómica de las personas que hacen uso de los tres programas a cargo de la Asociación Moraviana concuerda con la baja escolaridad que presentaron. Según el CONAPAM (2008), la persona mayor no se considera, comúnmente, en situación de pobreza, mas sí se señala que esta población presenta pobreza por necesidades básicas insatisfechas (NBI) en el hogar.

Cabe destacar que quienes se evaluaron son personas pertenecientes a una organización que tiene como base el bien social, por lo que la baja condición económica es una realidad inalienable en la población evaluada. Sin embargo, aquellas personas pertenecientes a la red local de cuidado podrían presentar pobreza por NBI con mayor frecuencia, por sus condiciones de admisibilidad al programa. Esta conjetura no se puede comprobar mediante resultados, puesto que no se realizó un diagnóstico enfocado a dicha valoración.

Un 54.8% de la población evaluada dice tener algún ingreso mínimo por mes, lo cual contrasta con lo que indica el CONAPAM (2008) de que la persona adulta mayor representa, junto con las personas con las que habita, una fuente de ingreso para el hogar y no una carga económica. Esto evidencia la importancia de que este grupo etario cuente con personas con quienes convivir y compartir gastos del hogar para alcanzar una posible estabilidad económica. Resulta importante destacar que se encontró un porcentaje de personas que viven solas, con amistades o familiares lejanos –aunque es bajo y el 75.9% sí cuenta con una red de apoyo–, lo cual resalta la necesidad de

establecer una cultura de acompañamiento y asociación con la población adulta mayor, en la que se apoye tanto funcional como emocionalmente.

Según González y Martínez (2018), “prevalencias de fragilidad elevadas han sido encontradas precisamente en aquellos estudios que incluyen a ancianos con enfermedades crónicas que viven bajo condiciones sociales limitadas” (p.372). Por esta razón es necesario atender la situación socioeconómica en la población adulta mayor, pues es un determinante de este síndrome geriátrico. Asimismo, Ocampo-Chaparro, Reyes-Ortiz, Castro-Florez, y Gómez (2019) afirman que los antecedentes de una mala salud durante la infancia, falta de educación, condiciones económicas deficientes e ingresos insuficientes interfieren en el estilo y calidad de vida.

Por otra parte, el sexo femenino es un factor de riesgo según lo hallado en este estudio. Esto se debe a su composición física, que se caracteriza por un menor porcentaje en la masa muscular y mayor componente adiposo (Ocampo-Chaparro, et al., 2019); así como menores factores neuroendocrinos y hormonales que afectan al sistema inmunológico, con lo que aumenta la vulnerabilidad a la aparición de procesos inflamatorio-crónicos, sarcopenia, menor movilidad y menor consumo de calorías (González y Martínez, 2018; Syddall et al., 2009).

Asimismo, las mujeres tienen una mayor esperanza de vida, lo cual va de la mano con la mayor aparición de comorbilidades, presencia de dolor y enfermedades osteoarticulares que afectan la movilidad (Ocampo-Chaparro et al.2019). Otros elementos influyentes son el estilo de vida de la mujer, los roles sociales de género y la mayor probabilidad de vivir sola asociada a la viudez (Gordon y Hubard, 2020).

Estar institucionalizado por más de tres años se consideró factor de riesgo. En este estudio, el 62.5% de la población de hogares de larga estancia para personas adultas

Ugalde, F.E., et al. Factores de riesgo asociados al síndrome de fragilidad de la...
mayores fueron clasificados como frágiles. Kojima (2018), en su metaanálisis, reportó que la prefragilidad y la fragilidad son causa de ingreso a este tipo de residencia. Tanto el pertenecer al sexo femenino, como estar institucionalizado representa una asociación importante con el síndrome de fragilidad. Sin embargo, a nivel de porcentajes, se encontró una similitud entre ambos sexos en ese mismo programa de cuidado.

Por otra parte, el CONAPAM (2008) indica que cerca de la mitad de las personas adultas mayores en Costa Rica refiere que su salud es regular o mala, principalmente las mujeres. Sin embargo, el presente estudio obtuvo que la mayoría afirma tener una salud de buena a regular, lo que muestra un escenario nacional sutilmente negativo frente al estado de salud percibido por las personas valoradas.

Se halló que la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) representa un 2.1 de riesgo de prevalencia para la fragilidad. Castelblanco (2018) realizó una revisión bibliográfica donde establece la asociación entre fragilidad, sarcopenia y EPOC. En este estudio se mostró que quienes sufren EPOC tienen cuatro veces más riesgo de desarrollar fragilidad. Además, se reporta la relación entre la presencia de fragilidad y la severidad de la disnea, el aumento de períodos de exacerbación del EPOC, peores índices de calidad de vida, mayor número de comorbilidades, menor capacidad funcional y mortalidad.

En lo que respecta a la enfermedad cerebrovascular (ECV), se considera que el riesgo de sufrir fragilidad es 2.2 veces mayor. Esto se asocia con el estudio comparativo realizado por Romão et al. (2017a) en personas con evento cerebrovascular previo y sin él, en donde un 60% de quienes tenían este antecedente eran frágiles. Esta asociación se debe a que la presencia de depresión, ansiedad y baja participación en actividades sociales, producto de las secuelas físicas del evento, baja actividad física, presencia de



Ugalde, F.E., et al. Factores de riesgo asociados al síndrome de fragilidad de la...
déficits motores y la disminución de la fuerza, limitan el desarrollo de tareas motoras asociadas a las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

En el estudio longitudinal de Sergi et al. (2015), se informó sobre la aparición de enfermedades cardiovasculares precedida de prefragilidad. Además, se identificó que a mayor cantidad de criterios de fragilidad presentes mayor fue la incidencia de esta patología. Asimismo, se reportó la capacidad predictiva de enfermedad cardiovascular por medio de los criterios de disminución de la actividad física, percepción de agotamiento y la velocidad de marcha.

Por otra parte, en el presente estudio, únicamente, un 8.8% de los participantes ya tenían un diagnóstico previo de deterioro cognitivo. No obstante, cuando se realizó el Mini-Mental, 63.8% clasificaban en una situación de demencia leve a moderada. Esto hace pensar que podría existir un sub diagnóstico y la necesidad de profesionales que apoyen la salud mental de esta población. El deterioro cognitivo constituye un factor de riesgo, ya que puede ser el causante de deterioro funcional, discapacidad, malas condiciones en la calidad de vida, aumento de ingresos hospitalarios y mortalidad (Chacón-Valenzuela, et al., 2019),

La osteoartritis es una afección inflamatoria crónica y trastorno musculoesquelético asociado a la pérdida muscular, por lo que se encuentra estrechamente relacionada con la sarcopenia, elemento característico de la fragilidad. También se ha identificado que la presencia de comorbilidades y la edad avanzada en esta población conlleva a la disminución de la fuerza, a un menor rendimiento físico y disminución en la capacidad funcional. Además, un estadio de actividad alta de la artritis representa un mayor riesgo. (Salaffi, Di Carlo, Farah, Di Donato y Carotti, 2019).

La anemia es un factor importante para la aparición de fragilidad, ya que esta patología provoca bajos niveles de hemoglobina y por tanto los tejidos se ven afectados al tener un pobre aporte de oxígeno, por lo que hay una mala tolerancia a la actividad física, fatiga y debilidad muscular que limitan las ABVD y el desuso (Esquinas-Requena, et al., 2020). También, en un estudio brasileño, se encontró significancia al asociar la anemia con los criterios de fragilidad de baja actividad, debilidad muscular y lentitud para caminar y niveles bajos de hemoglobina con un mayor número de criterios de fragilidad (Pires, Drumond, de Oliveira y Lebrao, 2015).

Con la presencia de comorbilidades, se da el aumento en el uso de fármacos. En este estudio se estableció que la cantidad en promedio de medicamentos que utilizaban los evaluados fue de 5.5 diarios. Esta característica constituye un factor de riesgo tal y como lo menciona Veronese et al. (2017), quienes hallaron que las personas que recibían más de cuatro medicamentos tenían un riesgo más alto de fragilidad. Bonaga et al. (2018) mostró la asociación de riesgo de la polifarmacia con discapacidad, hospitalización y mortalidad en personas frágiles. Otras situaciones que se pueden presentar son las interacciones entre medicamentos, una prescripción inapropiada, reacciones adversas y toxicidad producto de un cambio en la respuesta farmacocinética.

Se obtuvo un porcentaje de dependencia moderada mayor en los hombres que en las mujeres, contrario a lo expuesto por el CONAPAM (2008), que indica que son las mujeres las que presentan un mayor deterioro funcional en el país. Es importante tener en cuenta las condiciones de funcionalidad física de las personas adultas mayores, debido a que este tipo de deterioro es un indicador de discapacidad y de dependencia de servicios sanitarios y cuidado permanente a corto o largo plazo (Laguado, Camargo, Campo y Marín, 2017).

También se ha encontrado relación entre el riesgo de caídas, estimado por la valoración del equilibrio dinámico y la fragilidad. Se determinó que la mayoría de las personas presentan dos o tres criterios y que, a su vez, estas aún no presentan peligro de caerse. La relación entre caída y fragilidad se debe a la probabilidad de que las caídas ocasionen contusiones, heridas, traumas craneoencefálicos y, sobre todo, fracturas que conllevan a otras complicaciones como la sarcopenia por encamamiento prolongado, úlceras por presión e infecciones respiratorias y postquirúrgicas. Además, a nivel psicológico se puede dar el síndrome poscaída, que se caracteriza por episodios de miedo, ansiedad y depresión, por lo que la persona adulta mayor se vuelve más sedentaria, modificando sus actividades de la vida diaria y volviéndose más dependiente (Monge y Solís, 2016).

En resumen, se puede identificar que los factores de riesgo se asocian a elementos biológicos, patologías agudas y crónicas, al síndrome del desuso, estilos de vida y factores socioeconómicos. Identificar estos factores de riesgo, sus causas y consecuencias es vital para brindar un adecuado abordaje interdisciplinario, no solo para el tratamiento, sino para la prevención de estos y la promoción de estilos de vida saludables. Es necesaria una detección temprana de manera que se pueda favorecer la independencia y la calidad de vida de esta población.

Conclusiones

Los resultados de este estudio presentan una prevalencia del síndrome de fragilidad del 52.2 %, lo cual es un dato elevado en comparación con otros estudios. La mayoría de las personas presentó de dos a tres criterios, siendo la debilidad muscular y la lentitud de marcha los más frecuentes. A su vez, se encontró que la condición de prefragilidad y fragilidad estuvo presente en edades sumamente tempranas.

Por otra parte, el bajo nivel educativo y económico fue constante en la mayoría de la población evaluada, además, existió un 58.3% de personas que refieren una percepción de salud que va de regular a buena.

Se encontró un predominio de enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, enfermedad cerebrovascular, depresión, osteoporosis, artrosis y dislipidemias; así como niveles elevados de polimedicación. Sin embargo, se reportó un 20.8% de hospitalizaciones y un 22.2% caídas en el total de la población.

Se determinaron mayores casos de demencia de leve a moderada, así como de dependencia total y severa en la Casa Nazareth, en comparación con los otros programas de cuidado.

Dentro de los factores de riesgo de mayor asociación, resultó el ser mujer, tener 80 años o más, estar institucionalizado por más de tres años, baja escolaridad, polifarmacia y presencia de enfermedades crónicas.



Referencias

- Abizanda, P., López-Torres, J., Romero, L., López, M., Sánchez, P. M., Atienzar Núñez, P., ... Oliver Carbonell, J. L. (2011). Fragilidad y dependencia en Albacete (estudio FRADEA): razonamiento, diseño y metodología. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 46(2), 81-88. doi:[10.1016/j.regg.2010.10.004](https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.10.004)
- Aguilar-Navarro, S. G., Amieva, H., Gutiérrez-Robledo, L. M., y Avila-Funes, J. A. (2015). Frailty among Mexican community-dwelling elderly: A story told 11 years later. The Mexican health and aging study. *Salud Publica de Mexico*, 57, S62-S69. doi:[10.21149/spm.v57s1.7591](https://doi.org/10.21149/spm.v57s1.7591)
- Bonaga, B., Sánchez-Jurado, P. M., Martínez-Reig, M., Ariza, G., Rodríguez-Mañas, L., Gnjdic, D., ... Abizanda, P. (2018). Frailty, Polypharmacy, and Health Outcomes in Older Adults: The Frailty and Dependence in Albacete Study. *JAMDA*, 19, 46-52. doi: [10.1016/j.jamda.2017.07.008](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.07.008)
- Cabezas, E. (2015). *Diagnóstico de la prevalencia de dismovilidad y fragilidad en la población de adultos mayores del Hogar Carlos María Ulloa en Goicoechea, San José- Costa Rica*. Recuperado de <https://www.slideshare.net/funiber/funiber-erika-cabezas-diagnostico-de-la-prevalencia-de-dismovilidad-y-fragilidad-en-la-poblacion-de-adultos-mayores>
- Carracedo, J., Bodega, J., Ramírez, M., y Alique, M. (2020). El papel del envejecimiento en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares asociadas a patologías renales. *Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud* 5 (1), 106-120. doi: [10.37536/RIECS.2020.5.1.200](https://doi.org/10.37536/RIECS.2020.5.1.200)
- Chacón-Valenzuela, E., Morros-González, E., Vargas-Beltán, M., Venegas-Sanabria, L., Gómez-Arteaga, R., Chavarro, D., y Cano, C. (2019). Fragilidad cognitiva, un desafío en evolución. *Universitas Medica*, 60 (3), 1-11. doi: [10.11144/Javeriana.umed60-3.fcde](https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed60-3.fcde)
- Ciudin, A., Simó-Servat, A., Palmas, F., y Barahona, M. (2020). Obesidad sarcopénica: un nuevo reto en la clínica práctica. *Endocrinología, diabetes y nutrición*. doi: [10.1016/j.endinu.2020.03.004](https://doi.org/10.1016/j.endinu.2020.03.004)
- Collard, R., Boter, H., Schoevers, R., y Oude, R. (2012). Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60 (8), 1487-1492. doi: [10.1111/j.1532-5415.2012.04054.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.04054.x)

- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor [CONAPAM]. (2008). *I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica*. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/costarica-iinforme-01.pdf>
- Crow, R., Lohman, M., Titus, A., Cook, S., Bruce, M., Mackenzie, T., ... Batsis, J. (2019). Association of obesity and frailty in older adults: NHANES 1994-2004. *The journal of nutrition, health & aging*, 23 (2), 138-144. doi: [10.1007/s12603-018-1138-x](https://doi.org/10.1007/s12603-018-1138-x)
- Esquinas-Requena, J., Lozoya-Moreno, S., García-Nogueras, I., Atienzar-Núñez, P., Sánchez-Jurado, P., y Abizanda, P. (2020). La anemia aumenta el riesgo de mortalidad debido a fragilidad y discapacidad en mayores: Estudio FRADEA. *Atención Primaria*, 52 (7), 452-461. doi: [10.1016/j.aprim.2019.07.001](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.07.001)
- Fong, T. C., Chan, C. L., Ho, R. T., Chan, J. S., Chan, C. H., & Ng, S. M. (2016). Dimensionality of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: an exploratory bi-factor analytic study. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 25(3), 731–737. doi:[10.1007/s11136-015-1105-5](https://doi.org/10.1007/s11136-015-1105-5)
- Fried, L., Tangen, C., Walston, J., y Newman, A., Hirsch, C... McBurnie, M. (2001). Frailty in Older Adults Evidence for a Phenotype. *Journals of Gerontology Serie A56* (3), 146-157. doi:[10.1093/gerona/56.3.M146](https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146)
- Giacomini, S., Fhon, J., y Prtesani, R. (2020). Frailty and risk of falling in the older adult living at home. *Acta Paul Enferm*, 33. doi:[10.37689/acta-ape/2020AO0124](https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0124)
- González-Mechán, M., Leguía-Cerna, J., y Díaz-Vélez, C. (2017). Prevalencia y factores asociados al síndrome de fragilidad en adultos mayores en la consulta de atención primaria de EsSalud, enero-abril 2015. Chiclayo, Perú. *Horizonte Médico*, 17(3), 35–42. doi:[10.24265/horizmed.2017.v17n3.06](https://doi.org/10.24265/horizmed.2017.v17n3.06)
- González, R., y Martínez, J. (2018). Un acercamiento clínico-epidemiológico a la fragilidad en adultos mayores. *Rev.Med.Electrón* 4 (4), 1274-1278.
- Gordon, E., y Hubard, R. (2020). Differences in frailty in older men and women. *MJA*, 212 (4), 184-188. doi:[10.5694/mja2.50466](https://doi.org/10.5694/mja2.50466)

- Guadamuz, S., y Suárez, G. (2020). Generalidades de la obesidad sarcopénica en adultos mayores. *Medicina Legal de Costa Rica*, 37 (1) 114-120. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1098378>
- Herrera-Pérez, D., Soriano-Pérez, A.N., Rodrigo-Gallardo, P.K., y Toro, C.J. (2020). Prevalencia del síndrome de fragilidad y factores asociados en adultos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 36 (2), 1-17. Recuperado de <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1098>
- Instituto Nacional de Geriátrica (2020). *Guía de instrumentos de evaluación geriátrica integral*. Recuperado de http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Guia_InstrumentosGeriatrica_18-02-2020.pdf
- Jara, R. (2015) Efectos del ejercicio en adultos mayores. *Rev Hosp Clín Univ Chile* 2015, (26), 293-299. Recuperado de: <http://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2017/04/Efectos-del-ejercicio-en-adultos-mayores.pdf>
- Jauregui, J. R., y Rubin, R. (2012). Fragilidad en el adulto mayor. *Revista del Hospital Italiano*, 32 (3), 110-115. Recuperado de http://www.researchgate.net/profile/Jose_Jauregui2/publication/260192391_Fragilidad_en_el_adulto_mayor/links/0f317530153bf014c3000000.pdf
- Junta de Andalucía. Conserjería de Salud. (s.f.). *Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ)*. Recuperado de https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af95872aeaa7_cuestionario_actividad_fisica_ipaq.pdf
- Kojima, G. (2018). Frailty as a Predictor of Nursing Home Placement among Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 41 (1), 42-48
doi:[10.1519/JPT.0000000000000097](https://doi.org/10.1519/JPT.0000000000000097)
- Laguado, E., Camargo, K., Campo, E., y Marín, M. (2017). Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *GEROKOMOS*, 28 (3), 135-141. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000300135

- Manterola, C., Quiroz, G., Salazar, P. G., y García, N (2019). Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30 (1), 36-49. doi: [10.1016/j.rmclc.2018.11.005](https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.11.005)
- Monge, T., y Solís, Y. (2016). El síndrome de caídas en personas adultas mayores y su relación con la velocidad de marcha. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXXIII* (618), 91-95. Recuperado de <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/618/art18.pdf>
- Muñoz, C., Rojas, P., y Marzuca, G. (2015). Valoración del estado funcional de adultos mayores. *Fisioterapia e Pesquisa*, 22 (1), 76-83. doi: [10.590/1809-2950/13327822012015](https://doi.org/10.590/1809-2950/13327822012015)
- Ocampo-Chaparro, J., Reyes-Ortiz, C., Castro-Florez, X., y Gómez, F. (2019). Frailty in older adults and their association with social determinants of Health. *The SABE Colombia Study Colomb Med. Colombia Medica*, 50 (2), 89-101. doi: [10.25100/cm.v50i2.4121](https://doi.org/10.25100/cm.v50i2.4121)
- Pires, L., Drumond, F. C., De Oliveira, Y. A., y Lebrao, M. L. (2015). The relationship between anemia, hemoglobin concentration and frailty in Brazilian older adults. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 19, 935-940. doi: [10.1007/s12603-015-0502-3](https://doi.org/10.1007/s12603-015-0502-3)
- Rivelli, R., Gabetta, J., Amarilla, A., López, O., Denis, M., Duarte, D., ... Carmagnola, D. (2020). Fragilidad del adulto mayor en tres Unidades de Salud Familiar del Paraguay en 2019. *Rev. virtual Soc. Parag. Me*, 7 (2), 11-22. Recuperado de <https://www.revistaspmi.org.py/index.php/rvspmi/article/view/171/178>
- Romero, S. A., Zona, D. C., y Quiroga, C. C. (2020). El ejercicio físico y el consumo de oxígeno durante el envejecimiento. *IF Ciencias De La Salud*, 1(1), 50-55. Recuperado de <http://scoif.com/revistas/index.php/salud/article/view/61>
- Romão, L., Dias, M., Soeiro, S.I., Martins, T., Ramos, A., y Fernández-Ribeiro, A.S. (2017a). Fragilidad en ancianos que viven en la comunidad con y sin enfermedad cerebrovascular previa. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 46, 11-17. doi: [10.1016/j.sedene.2017.07.001](https://doi.org/10.1016/j.sedene.2017.07.001)

- Romão, L., Dias, M., Martins, T., Pereira, M., Barreira, P., y Mateo, E. (2017b). Fragilidad, composición corporal y estado nutricional en ancianos no institucionalizados. *Enfermería clínica*, 27 (6), 339-345. doi:[10.1016/j.enfcli.2017.06.004](https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.06.004)
- Ruperto, M., Gómez-Martín, M., y Iglesias, C. (2016). Evaluación del índice de masa corporal con factores clínicos-nutricionales en ancianos institucionalizados sin deterioro cognitivo. *Revista española de nutrición humana y dietética*, 20 (4), 298-306. doi:[10.14306/renhyd.20.4.245](https://doi.org/10.14306/renhyd.20.4.245)
- Salaffi, F., Di Carlo, M., Farah, S., Di Donato, E., y Carotti, M. (2019). Prevalence of frailty and its associated factors in patients with rheumatoid arthritis: a cross-sectional analysis. *Clinical Rheumatology*, 38, 1823-1830. doi:[10.1007/s10067-019-04486-5](https://doi.org/10.1007/s10067-019-04486-5)
- Sergi, G., Veronese, N., Fontana, L., De Rui, M., Bolzetta, F., Zambon, S., ... Manzato, E. (2015). Pre-frailty and risk of cardiovascular disease in elderly men and women: The Pro.V.A. Study. *Journal of the American College of Cardiology*, 65 (10), 976-983. doi:[10.1016/j.jacc.2014.12.040](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2014.12.040)
- Syddall, H., Roberts, H. C., Evandrou, M., Cooper, C., Bergman, H., y Sayer, A.A. (2009). Prevalence and correlates of frailty among community-dwelling older men and women: findings from the Hertfordshire Cohort Study. *Age and aging*, 39 (2), 197-203. doi:[10.1093/ageing/afp204](https://doi.org/10.1093/ageing/afp204)
- Tapia, P.C., Valdivia-Rojas, Y., Varela, V.H., Carmona, G.A., Iturra, M.V., y Jorquera, C.M. (2015). Indicadores de fragilidad en adultos mayores del sistema público de salud de la ciudad de Antofagasta. *Revista médica de Chile*, 143 (4), 459-466. doi:[10.4067/S0034-98872015000400007](https://doi.org/10.4067/S0034-98872015000400007)
- Veronese, N., Stubbs, B., Noale, M., Solmi, M., Pilotto, A., Vaona, A., . . . Maggi, S. (2017). Polypharmacy Is Associated With Higher Frailty Risk in Older People: An 8-Year Longitudinal Cohort Study. *J Am Med Dir Assoc*, 18 (7), 624-628. doi:[10.1016/j.jamda.2017.02.009](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.02.009)
- Zúñiga, R. (2015). Conceptos básicos sobre obesidad sarcopénica en el adulto mayor. *Revista clínica HSJD*, 5 (3). doi: [10.15517/rc_ucr-hsjd.v5i3.19919](https://doi.org/10.15517/rc_ucr-hsjd.v5i3.19919)

Artículo recibido: 23 octubre, 2019

Artículo aprobado: 03 noviembre, 2020



LAS DESIGUALDADES DEL TRABAJO DE CUIDADO: SIGNIFICADOS Y PRÁCTICAS DE CUIDADORAS PRINCIPALES DE PERSONAS ADULTAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.

THE INEQUALITIES OF CARE WORK: MEANINGS AND PRACTICES OF MAIN FEMALE CAREGIVERS OF ELDERLY PEOPLE IN A STATE OF DEPENDENCY

Natalia Fuentes Arenas¹, Carolina Garcés Estrada ²

RESUMEN

Este artículo tiene por objetivo analizar el significado de la actividad de cuidado que realizan las mujeres cuidadoras principales de personas mayores –con grado de dependencia severa a gran dependencia–, pertenecientes a la región Metropolitana. El análisis se focaliza, principalmente, en las desigualdades a las que se ven expuestas dichas mujeres cuidadoras en el trabajo que desempeñan, en el significado de ese trabajo y la relevancia que este tiene para las personas, donde se involucran las relaciones de parentesco, el apoyo mutuo, la reciprocidad y la sostenibilidad de la vida dentro de la práctica del cuidado. El enfoque de la investigación es cualitativa, basada en entrevistas semiestructuradas a mujeres cuidadoras. Por una parte, los resultados obtenidos reafirman, desde una perspectiva feminista, el escenario desigual del cuidado y la insuficiencia de la política pública para abordar el bienestar de las cuidadoras principales e informales. Así también, abordan el sentido relacional del cuidado en razón de las personas dependientes con demencia tipo Alzheimer. Por otro lado, emergen hallazgos relacionados con las tensiones y conflictos en la práctica de los cuidados, las construcciones sociales ancladas dentro del orden social de género y la edad avanzada de las cuidadoras.

PALABRAS CLAVE: Trabajo de cuidado, cuidadoras, género, personas adultas mayores Dependientes.

ABSTRACT

The purpose of this article is to analyze the meaning of care activity of elderly people with severe dependence or major dependence carried out by senior female caregivers located in the Metropolitan Region. Primarily, the analysis focuses on the disparities faced by women caregivers in their regular work, in the meaning of that work and in the relevance that it has to people, where kinship relationships, mutual support, reciprocity and sustainability of life alongside the practice of care, are involved. The approach used in this research is qualitative, based on semi-structured interviews with female caregivers. On one hand, the results reaffirm - from a feminist perspective- the unequal scenery of care activities and that public policy is insufficient to address the well-being of primary and informal caregivers, also, the findings showed the relation between the meaning of care and the dependence of persons with dementia as Alzheimer's disease. On the other hand, the results exhibit tensions and conflicts in the practice of care, as well as social constructs anchored within the social order of gender and the elderliness of the caregivers.

KEY WORDS: Care work, caregivers, gender, dependent elderly people.

¹Licenciada en Trabajo Social, Universidad Arturo Prat. Asistente de Investigación, Universidad Arturo Prat. Chile. E-mail: nataliafuentests@gmail.com

²Magister en Trabajo Social y Políticas Sociales, Universidad de Concepción. Académica e Investigadora, Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas de la Universidad de Arturo Prat. ORCID ID <https://orcid.org/0000-0003-3854-3767>. Chile. E-mail: cgarces@unap.cl



Introducción

Reconocer el cuidado es complejo. En este sentido, desde distintas posiciones se ha hecho hincapié en la ética del cuidado (Gilligan, 1982), el pensamiento maternal o la reciprocidad moral (Comas-d'Argemir, 2017), donde la importancia está instalada en especificar los aportes de las mujeres desde –justamente– lo ético y lo político, manteniendo el énfasis en quien cumple dicho trabajo. En este contexto, se produce la primera categorización del concepto: una separación de las esferas sociales privadas y públicas, en la cual se dispone el trabajo doméstico como una labor natural de las mujeres, fundamentándolo en la división sexual del trabajo y asignando tareas diferenciadas para cada género.

En cuanto a lo relacional, la estructura familiar y el parentesco significan un centro de difusión y mantenimiento del patriarcado. Se visualiza a la mujer como la integrante más idónea para desempeñar papeles de cuidado de niños, niñas, personas mayores y dependientes, ya que su función natural es y ha sido, principalmente, la de criar y cuidar a los hijos e hijas. Tarea que –socialmente– le ha sido asignada al género femenino, ya sea que se mantenga dentro de la familia o bien que se exteriorice de ella (Batthyány, 2015).

Por otro lado, el envejecimiento demográfico ha traído como consecuencia directa un universo más extenso de personas mayores, lo que a su vez ha aumentado el número de personas de esta población, pero en calidad de dependientes. Lo anterior, porque las patologías asociadas a la vejez siguen siendo las mismas. En nuestro país, el 19.3% de la población son personas mayores, de las cuales el 14.2% se encuentra en situación de dependencia funcional. Además, la incorporación de las mujeres al mercado del trabajo y la ausencia de los apoyos comunitarios ha dado como resultado

Fuentes, N., et al. Las desigualdades del trabajo de cuidado: significados y prácticas...

que, de una u otra forma, cada familia deba de hacerse responsable de los cuidados de sus mayores, recayendo dicho trabajo normalmente sobre las mujeres (Gonzálvez, 2016).

Tanto el género como la vejez son dos categorías de análisis sociológicas que, si bien se basan en características biológicas, enfatizan en expresiones sociales y culturales que se construyen en torno al cuidado (Aguirre y Scavino, 2016). Desde una perspectiva feminista (Carrasco, 2003), se ha mostrado que las tareas de atención y cuidado son un trabajo imprescindible para la reproducción social y el bienestar cotidiano. Asimismo, para Fisher y Tronto (1990) es una labor característica de la especie humana que incluye todo lo que realizamos para conservar, continuar o reparar nuestra sociedad, incluyendo las corporalidades, las individualidades y el entorno.

En Chile, el cuidado como trabajo se caracteriza por ser anónimo y silencioso, carente de reconocimiento público. Teniendo en cuenta esto, la fundación “Yo Cuido” plantea que las personas que hoy se dedican al cuidado son invisibles en su labor ante la legislación chilena. Lo anterior quiere decir que no son consideradas como sujetos de derecho (Sepúlveda y Castro, 2018). Son percibidas, más bien, como producto del amor maternal al servicio doméstico y puestas constantemente a prueba por su justa adecuación al discurso experto (Carrasco, Borderías y Torns, 2011). Una persona cuidadora informal es una persona miembro de la red social, fundamentalmente integrante del grupo familiar de quien recibe el cuidado, que brinda atención de manera voluntaria, sin que medie remuneración económica por sus servicios. Espín (2008) señala que, usualmente, quien asume el rol de cuidadora informal principal se encarga de ayudar a la persona en la realización de actividades que no podría hacer por sí misma, como es el caso de las personas dependientes.



Según datos aportados por la Organización Internacional del Trabajo [OIT] (2018), las mujeres realizan el 76.2% de todo el trabajo de cuidados no remunerado, dedicando 3.2 veces más de tiempo que los hombres. En Chile, y según información proporcionada por la primera encuesta de cuidadoras y cuidadores informales, un 97.7% de estas personas es de género femenino y solo un 2.3% es de género masculino. El 100% de estas personas cuidadoras vive con la persona que cuida (Sepúlveda y Castro, 2018). En tanto, según datos aportados por la Caracterización Socioeconómica Nacional [CASEN] del año 2017, existen 234 347 hogares vulnerables donde uno o más de sus integrantes presenta dependencia moderada, de los cuales el 43.7% posee dependencia severa.

Ante este contexto es que nos preguntamos, específicamente, por los significados del cuidado y las desigualdades en las cuales se desarrolla esta práctica, donde la incorporación de la mujer al trabajo productivo remunerado y el envejecimiento de la población generan un déficit de cuidados disponibles (Comelin y Leiva, 2019). Entendiendo el cuidado informal como una actividad de apoyo mutuo (Esteban, 2017) y de bienestar colectivo, el cual requiere una distribución de la responsabilidad entre el mercado, las familias, la comunidad y el Estado (Arriagada y Torado, 2012).

En Chile, las investigaciones que abordan este tema concluyen que el cuidado es asumido –mayoritariamente– por las familias y por las mujeres. Se han estudiado prácticas y significados donde se ha determinado que la creciente demanda de cuidado para personas mayores y la necesidad de asumir esta tarea ha provocado tensiones en las familias (Acosta, 2015; Comelin y Leiva, 2019; González, 2016 y 2018). Sin embargo, aún es necesario profundizar en la comprensión del cuidado de personas mayores con

Fuentes, N., et al. Las desigualdades del trabajo de cuidado: significados y prácticas...

grado de dependencia severa a gran dependencia, ya que en este contexto existe un importante aumento en el número y complejidad de las necesidades de cuidados. Esto se confronta con la reducción simultánea de actores potencialmente proveedores, además de verse trivializado por los ciclos individuales del envejecimiento (Flores y Guerrero, 2014).

A continuación, se revisarán algunos aspectos conceptuales y teóricos del cuidado desde un enfoque feminista. En seguida, se presentará un análisis sobre la relación establecida entre cuidadoras, cuidado y personas dependientes, estructurando el hecho social y fenomenológico del cuidado. En tercer lugar, se señalará la metodología de investigación para, posteriormente, realizar el análisis de los resultados obtenidos. Finalmente, se darán a conocer una serie de conclusiones respecto del tema planteado.

El cuidado como categoría analítica, desde una perspectiva feminista.

Desde un punto de vista general, el cuidado se define como una actividad desarrollada por mujeres que aporta al bienestar cotidiano (Torns, 2008). Su construcción se da a través de diversos procesos sociales, gestados en torno al desarrollo de la vida humana y las sociedades modernas, pues la organización social del cuidado se distribuye entre diferentes actores, asimismo, el lugar que ocupa en la sociedad actual es producto de un largo proceso histórico que comenzó a desarrollarse durante la transición al capitalismo liberal (Carrasco, Borderías y Torns, 2011). Así, el cuidado alude a una necesidad de todas las personas en todos los momentos del ciclo vital, aunque en distintos grados, dimensiones y formas (Acosta, 2015). Además, se debe destacar que el concepto de cuidado, durante el último tiempo, ha adquirido una mayor relevancia dentro de las ciencias sociales y económicas. Esto implica implementación de leyes, normativas y políticas públicas, así como reconocimiento como un objeto de estudio

Fuentes, N., et al. Las desigualdades del trabajo de cuidado: significados y prácticas...

interdisciplinar (Carrasco, Borderías y Torns, 2011), aunque marcado por un sesgo “familista”.

Pérez Orozco (2006) sostiene que se ha producido una reorganización de los trabajos de cuidados, el cual continúa basándose en los mismos ejes de desigualdad social e invisibilidad de trabajos y agentes sociales que presentaba el modelo de partida. En este mencionado modelo, los diferentes actores sociales se han restado de participar en el desarrollo de políticas públicas que entreguen una solución adecuada, que incluya un efectivo respeto a los derechos de mujeres dedicadas al trabajo de cuidado. Las corrientes feministas surgidas en la segunda parte de la Revolución Industrial centraron la crítica en los roles impuestos tanto para hombres como mujeres. Estas analizaron el cuidado como una categoría que opera como concepto científico y como significante cognitivo común socialmente construido (Marugán, 2014), teniendo una profunda relación con la economía de los cuidados y las desigualdades culturales (Esquivel, 2012).

Los mandatos del nuevo orden social representan esquemas de percepción y apreciación (Bourdieu, 2000), los cuales son internalizados a través de las costumbres, el lenguaje y la crianza, moldeando al individuo según el contrato social que exista. Desde una perspectiva feminista, Lamas (2018) plantea que la diferencia que la cultura establece entre “lo propio” de las mujeres y “lo propio” de los hombres se aprende de manera “natural”. De este modo, se formula una estructura social marcada por la desigualdad de tareas, donde las mujeres realizan aquellas derivadas del mundo privado y los hombres del mundo público, instaurando así la primera distinción del cuidado.

Actualmente, se puede definir el trabajo de cuidados como una actividad de gestión y mantenimiento de la vida y la salud, en la cual están las necesidades más

Fuentes, N., et al. Las desigualdades del trabajo de cuidado: significados y prácticas... básicas y diarias de cada persona, permitiendo la sostenibilidad de la vida (Pérez Orozco, 2014). Los análisis en torno a las dimensiones del cuidado se realizan desde dos grandes enfoques: el microsocioal y el macrosocioal. Ambos pretenden explicar de un modo crítico los diversos elementos del trabajo de cuidado, destacando aspectos relacionales como la obligatoriedad, la moralidad, el sentido emocional, la cotidianidad, la constancia y su duración en el tiempo, la materialidad e inmaterialidad, la relación con el bienestar social y el sentido multisistémico. Todo lo anterior, convierte el escenario en un desafío tanto para los gobiernos actuales como para los movimientos feministas.

En Chile, se identifica una carencia de políticas públicas sobre el tema (Comelin y Leiva, 2019), considerando a las organizaciones gubernamentales de bienestar como un área subalterna, visualizándolo como “una cuestión de mujeres” y no como un tema de Estado (Montaño, 2010). Lo anterior, provoca una nebulosa entre los diferentes trabajos destinados a la sostenibilidad de la vida, derivado por las desigualdades en el mundo de las relaciones de cuidado (Pautassi, 2007). En este escenario se observa a la institucionalidad como agente modelador, el cual responsabiliza del cuidado del hogar y de los hijos e hijas a la mujer, invisibilizando así las responsabilidades compartidas o de pareja (Pautassi, 2007). De este modo, la familia, el mercado, el Estado y la comunidad, a través de sus diferentes estructuras y principios, indican el grado de incidencia de las políticas públicas de cuidado y de los alcances del trabajo femenino; es decir, las estructuras de poder determinan la relación de desigualdad hacia las mujeres, estructurando el apoyo mutuo como una forma de enfrentar la desigualdad y opresión de las mujeres.



Por tanto, los aportes de la teoría feminista desarrollada en torno al concepto de cuidado permiten ver las aportaciones desde una visión crítica radical impactando en la economía hegemónica actual. No obstante, el cuidado, como concepto, involucra una contextualización y redefinición permanente, ya que está en constante disputa entre ubicarse como división sexuada o como elemento sostenedor de vida, impregnadas ambas posturas ideológicas por elementos estructurales, como lo son la familia, los mandatos sociales y la coercitividad del mercado (Esteban, 2017). Dicho análisis permanente entrega aportaciones a aspectos relacionales volcados a la familia, la amistad, el parentesco, la parentalidad o marentalidad, el sostenimiento de la vida y la interdependencia entre las personas, donde el apoyo mutuo se estructura como un elemento trascendental a dichas estructuras, pues este se formula desde espacios dinámicos donde las estructuras de relaciones permiten moldear dicha acción.

Personas mayores en situación de dependencia y prácticas de cuidados desde una perspectiva de género.

En el actual escenario de cambios en la estructura demográfica, la vejez puede interpretarse como una construcción social resultado de una transformación colectiva y cultural de la sociedad, que tiene diversas dimensiones. La vejez es una categoría heterogénea, que se vive tanto a nivel individual como social, independiente de las condiciones históricas y separaciones etarias marcadas por la edad (criterio en relación con los 60 o 65 años). La conquista de una mayor cantidad de años de vida es un logro del desarrollo económico, social y científico de las sociedades modernas, pero también una fuente de conflictos en cuanto a las decisiones en relación con los cuidados en la vejez (Aguirre y Scavino, 2016).

La situación que se da dentro de la relación donde convergen tanto el cuidado, la cuidadora y la dependencia de un tercero se debe formular más allá del escenario donde una persona se encuentra sujeta a otra para su cuidado y bienestar (Flores y Guerrero, 2014), o de la llamada “globalización de los cuidados”. Lo anterior se sostiene en el hecho de que cuidar requiere ser abordado desde diversas disciplinas para alcanzar toda su complejidad en las interrelaciones entre política, cultura, economía y sociedad (Navarro y Rico, 2013), así como reflejar una relación de significado y significante.

Esta analogía reproducida por los mandatos sociales a través de lo relacional (Batthyány, 2015) involucra elementos como la maternidad, el trabajo doméstico, el trabajo reproductivo y el bienestar colectivo. Consolida, así, todo aquello en la sociedad civil, donde se establece el cuidado en lo particular y el bienestar social en lo colectivo. Es decir, el desarrollo de estas actividades comprende una serie de apoyos multidimensionales, tales como lo material, económico, moral y emocional de cada persona (Aguirre, 2011), observable en varios momentos de la vida humana y reconociendo a la mujer como la principal figura a cargo del cuidado.

Por ello, la definición de cuidado se encuentra en permanente tensión con los mandatos sociales, toda vez que el cuidado tiene solo una cara de índole relacional, emocional, de disposición altruista y permanente (Flores y Guerrero, 2014), en la que dicha valoración se nutre de patrones culturales, donde los mandatos de género implican mucho más que asumir determinados roles sociales. De este modo, el cuidado se concibe como un concepto con variadas distinciones, destacando el enfoque de derecho, pues—como se mencionó— hablar de cuidado también simboliza hablar de desigualdad de género.

Para la existencia de un adecuado y eficaz modelo de bienestar social, se requiere abordar el cuidado desde diversas disciplinas, con toda su complejidad. Dentro de este análisis, se deben incluir las interrelaciones entre política, cultura, economía y sociedad (Montaño, 2010), puesto que la demanda de cuidados se hace presente en cualquier momento de la vida y por parte de cualquier miembro del grupo familiar o ajeno a él (Durán, 2018). Junto con ello, este cuidado puede ser provisto ya sea por el Estado, el mercado o bien organizaciones comunitarias. Sobre esto, existe otra distinción interesante a resaltar: quién proporciona los medios para lograr cumplir con el cometido de esta tarea. Corresponde agregar que se puede tratar de una actividad remunerada o no remunerada, con o sin experiencia, con formalidad o sin ella, etc., siendo cualquiera de estas alternativas una consecuencia de las valoraciones políticas, culturales y de estructuras del género de la sociedad (Rico, 2005).

Sobre los aspectos relacionales entre cuidado y dependencia, se propone que se trata de elementos interrelacionados. La dependencia se refiere a la necesidad de supervisión o ayuda de terceras personas para llevar a cabo las variadas actividades diarias que supone una vida autónoma, donde la persona dependiente es aquella que perdió autonomía física, psíquica o intelectual, sensorial o mixta, por lo cual necesita asistencia para llevar a cabo las actividades de la vida diaria y el cuidado personal³ (Servicio Nacional de la Discapacidad [SENADIS], 2017). De igual forma, esta se

³ Dependencia física: se relaciona con las funciones del cuerpo y la interacción con el medio. Dependencia psíquica o intelectual: se relaciona con la pérdida de la capacidad para resolver problemas y tomar decisiones. Dependencia sensorial: se relaciona con las alteraciones de algunos de los sentidos. Dependencia mixta: se relaciona con la presencia de más de un tipo de dependencia provocando problemas más complejos

Fuentes, N., et al. Las desigualdades del trabajo de cuidado: significados y prácticas...

puede presentar en diferentes grados⁴: dependencia moderada, dependencia severa y gran dependencia.

Según la Ley N° 20.422 que “establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad”, la dependencia se define como la capacidad que tiene la persona de realizar actividades cotidianas que no podría llevar a cabo sin la ayuda de un tercero (Biblioteca del Congreso, 2010).

Desde la economía del cuidado, la relación existente entre dependencia, cuidado y demencia se refiere a ese espacio de bienes, servicios, actividades, relaciones y valores relativos a las necesidades más básicas y relevantes para la existencia y reproducción de las personas en las sociedades (Navarro y Rico, 2013). Dentro de esta investigación, la población dependiente corresponde a personas adultas mayores con grado de dependencia severa a gran dependencia y la mayoría presenta una dependencia mixta asociada a demencia.

Según los aportes realizados por la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017), la demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en el mundo y produce un impacto físico, psicológico, social y económico en cuidadores, familiares y la sociedad en general (González, Rosell y Campos, 2015). La demencia se define como una condición adquirida y crónica, caracterizada por un deterioro de diversas funciones cerebrales, sin distinción de sexo o situación socioeconómica, que se acompaña de síntomas cognitivos, psicológicos y cambios conductuales (Ministerio De Salud [MINSAL], 2017). A su vez, se reconoce

⁴ Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar parte de la vida diaria o tiene necesidad de ayuda intermitente, limitada por su autonomía personal. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar gran parte de las actividades de la vida diaria dos o tres veces al día. Gran dependencia: cuando existe una pérdida total de autonomía mental o física y se necesita la presencia continua de otra persona

Fuentes, N., et al. Las desigualdades del trabajo de cuidado: significados y prácticas... como un síndrome clínico caracterizado por un déficit adquirido en más de un dominio cognitivo, reduciendo de forma significativa la autonomía funcional, relacionada frecuentemente con síntomas conductuales, psicológicos y emocionales (Rodríguez, 2011). Estos elementos afectan de forma directa a la cuidadora de dichos pacientes, por ser ella quien tiene que lidiar de forma permanente con la enfermedad.

Desde la perspectiva de la llamada “crisis del cuidado” (Montaño, 2010), actores y proveedores del cuidado señalan que esta problemática se relaciona con la emancipación de las mujeres de los mandatos sociales (Montaño, 2010). Plantean que, debido a la incorporación de las mujeres al mercado del trabajo remunerado, se han reducido significativamente las actoras desarrolladoras del cuidado, dificultando a extensos sectores de la población el acceso a cuidarse, cuidar o ser cuidados (Ezquerro, 2012). De este modo, las discusiones y análisis que se realicen deben incluir aspectos macro y micro sociales, con la intención de dar respuesta a las demandas surgidas desde la división sexual del trabajo y la sostenibilidad de la vida, sin ignorar las estructuras públicas y privadas, para crear nuevos paradigmas y entregar valor a lo intangible, al apego y las emocionalidades; todos ellos elementos muy propios de las culturas latinoamericanas.

Metodología

Se realizó una investigación descriptiva, donde se utilizó una metodología cualitativa para describir las actividades, relaciones, asuntos o medios en esta determinada situación (Valles, 2007). En tanto, desde un enfoque feminista, esta metodología se plantea como una forma de hacer ciencia y política, que permite no solo visualizar diferentes ámbitos de una situación compleja, sino también mostrar



determinados temas como lo son las emociones, los contextos y las interacciones sociales (Beiras, Cantera y Casasanta, 2017).

La información fue recogida mediante entrevistas semiestructuradas, a través de un guion con preguntas generales definidas por el área de investigación para, posteriormente, profundizar en ideas relevantes para esta investigación. De manera que es una metodología que alterna entre fases directivas y no directivas (Beiras, Cantera y Casasanta, 2017), con la intención de obtener la mayor información posible. Se aplicaron 10 entrevistas a una muestra intencional de cuidadoras principales/informales de personas con grado de dependencia severa a gran dependencia, de las siguientes comunas de la región Metropolitana: Recoleta, Cerro Navia, Pudahuel, Paine y San Bernardo. Además, se contó con la participación de informantes claves desde la Corporación Alzheimer Chile, Programa Chile Cuida de Recoleta, Fundación Cerro Navia, Fundación Yo Cuido Santiago, que contribuyeron al propósito de esta investigación facilitando el acceso al colectivo de estudio y al trabajo de campo, dado el trabajo que realizan con cuidadoras y cuidadores de personas dependientes en sus distintos grados.

Tabla 1. Perfil de las cuidadoras entrevistadas.

Entrevistada	Edad	Estado civil	Tiempo de cuidado semanal	Cuenta con capacitación	Pertenece a algún programa	Edad de la PD	Parentesco
E1	79	Casada	Todo el día	Sí	Sí	79	Esposo
E2	81	Casada	Todo el día	Sí	Sí	91	Esposo
E3	51	Soltera	3 días/semana	No	No	80	Madre
E4	49	Casada	Todo el día	No	Sí	81	Tía
E5	58	Divorciada	Todo el día	Sí	No	85	Padre
E6	60	Soltera	Todo el día	Sí	Sí	60	Padre y Madre
E7	58	Casada	Todo el día	No	No	85	Madre
E8	76	Casada	Todas las noches	Sí	No	84	Esposo
E9	81	Casada	Todo el día	No	No	91	Esposo
E10	56	Casada	Todo el día	No	No	82	Padre

Fuente: Elaboración propia a partir del trabajo de campo.

Fuentes, N., et al. Las desigualdades del trabajo de cuidado: significados y prácticas...

Las entrevistadas fueron grabadas en audio, previo consentimiento informado. El análisis se realizó con una malla temática de dimensiones *a priori*, así como también dimensiones emergentes. Se buscaron los significados sociales y explicitar de manera teórica-conceptual los hechos. Por último, se elaboró un análisis intenso final de acuerdo con el marco teórico sobre las narrativas y las significaciones de las personas sobre sus propias experiencias y prácticas (Valles, 2007).

Resultados

La doble presencia de las mujeres cuidadoras informales

Una de las características más relevante de las cuidadoras principales que fueron entrevistadas es su avanzada edad, que promedia los 64.9 años. En efecto, la cuidadora con menor edad se acercaba a los 49 años, mientras las mayores bordean los 81 años. Los datos anteriores son efecto de un notorio envejecimiento demográfico, que trae consigo una alta demanda de cuidado de la creciente población de personas mayores (Pineda, 2014). Ante este escenario, es posible concluir que la población envejecida carece de medios para resolver tales situaciones, asimismo, es posible afirmar que el cuidado no posee un límite de tiempo en su entrega, ni tampoco un límite de tiempo para quien lo entrega. Además, como se ha señalado ya en reiteradas ocasiones, al ser la labor de cuidado asumida mayoritaria por población femenina, ellas han tenido que cumplir con otros desafíos dentro del ciclo vital individual como incorporarse –junto al trabajo de cuidado– al trabajo doméstico y a otros trabajos informales para compensar la vulnerabilidad asociada a las bajas pensiones, volviéndose una ocupación aún más precarizada (Durán, 2018).

Se observa, respecto del tiempo y del trabajo de cuidado realizado, la existencia de una doble jornada laboral en tanto cuidadoras y sostenedoras de la vida familiar. A

este respecto, el total de las entrevistadas menciona realizar actividades de carácter doméstico y de cuidado, dedicando más de 8 horas diarias a estas tareas. Las mujeres ocupan una mayor proporción de su tiempo en aquellas actividades asociadas al cuidado:

“Mire, yo estoy cansada, porque hago las cosas de la casa y aparte veo a mi mamá, yo no trabajo, pero mi viejo me apoya, él llega cansado de la pega y yo le sirvo comida. Los niños igual me ayudan, pero igual es harto trabajo” (E7).

“Yo hago todo aquí, mi vecina me ayuda a ver mi marido porque yo no me lo puedo, de hecho, me duele la espalda hace un tiempo, pero yo me tomo mi tiempo, cocino, le damos la comida (refiriéndose al esposo y el apoyo de la vecina), después almorzamos nosotros, ahí yo sirvo, después conversamos un rato y de ahí ella se va hacer sus cosas y yo a hacer las mías (tareas domésticas)” (E9).

Esta desigualdad surge de la estructura de poder imperante donde se construyen relaciones y acciones sociales asimétricas entre ambos sexos, sumado a ello los mandatos sociales referidos a los ciclos vitales individuales (Pautassi, 2007). Este es un fenómeno reproductor de un sinnúmero de prejuicios y vulneraciones:

“Yo me tuve que hacer cargo de mi esposo, solita nomas po’, porque uste sabe que cuando alguien se enferma en la familia nadie llega a auxiliarlo, entonces yo al principio trabajaba, vendía empanadas, las hacía y las salía a vender, me iba rebien pero ahora con él así (esposo postrado), qué voy a salir a vender” (E6).

La mayoría de las entrevistadas señalan “no trabajar” y solo dedicarse al trabajo doméstico y de cuidado de la persona dependiente. La injusticia de la doble jornada de trabajo y el hecho de que el sistema ha hecho creer a la población que solo el trabajo remunerado es válido como tal, ha traído como consecuencia que las tareas desempeñadas en el hogar se visualicen como un trabajo subalterno. Se puede sumar a esta crítica la existencia de salarios diferenciados, la desigualdad en planes de seguridad

Fuentes, N., et al. Las desigualdades del trabajo de cuidado: significados y prácticas...

social, los largos horarios laborales y la carga unilateral del trabajo doméstico y de cuidado (Lamas, 2018). En suma, resulta preocupante la visión del trabajo de cuidado y doméstico como una labor carente de reconocimiento particular y público:

“Qué voy a trabajar a mi edad, aunque cuando era joven mi viejo trabaja ahí en la construcción y yo me encargaba de los niños, tuvimos 6 hijos y después de hacer las cosas yo me ponía hacer mis costuritas para tener mi platita...” (E9).

En definitiva, se trata de un trabajo no reconocido e invisibilizado. El bajo monto de las pensiones no alcanza para cubrir las necesidades básicas y el escaso tiempo libre que queda no es suficiente para realizar otras actividades ajenas que sirvan para percibir ingresos extra. Muchas cuidadoras han realizado este trabajo por un período de más de 2 años:

“Mi mamá hace como dos años que necesita un cuidado permanente, es muy independiente ella, ...pero sí se pierde y hay que estarla mirando constantemente, ese es mayormente el cuidado... mi mamá antes nunca había dicho un garabato y ahora me los dice...además ella dice que se quiere ir a su casa, pero estamos en su casa...y ahí hay que sacarla a dar una vuelta para que se calme” (E3).

Ella es cuidadora de una persona que tiene la enfermedad de Alzheimer en fase inicial. Particularmente en este caso, es importante destacar la diferenciación en el deterioro de la patología, porque a medida que avanza, va existiendo una mayor carga laboral derivada de la disminución progresiva de autonomía. Predomina –dentro de este fenómeno– una realidad de vulneración constante que, al aumentar las situaciones de dependencia, incrementan a su vez las condiciones precarizadoras (Precarias a la Deriva, 2004). Junto con ello, y desde una evaluación multidimensional basada en criterios intrapersonales y socio-normativos del sistema personal y ambiental de un individuo, es posible afirmar que las personas dedicadas a las actividades de cuidado de

Fuentes, N., et al. Las desigualdades del trabajo de cuidado: significados y prácticas...
manera informal sí poseen un mayor desgaste físico, psicológico y social, lo cual afecta la
calidad de vida de estas mujeres (Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012).

Significados y construcciones sociales del trabajo de cuidado

El concepto de cuidado posee variadas apreciaciones, las cuales involucran ciertos elementos como las subjetividades, el tiempo, el contexto y quien lo desarrolle. Estos elementos le otorgan a este concepto datos de carácter personal de espacios intangibles como la cultura, las costumbres, las construcciones sociales, roles, estereotipos y dinámicas. Tomando en cuenta lo ya señalado, el cuidado se puede definir como una acción carente de valor para la sociedad en general, en el cual se desempeña una serie de actividades orientadas a la preservación, sostenibilidad y reproducción de la vida. Estas actividades se dirigen a personas necesitadas de cuidado o en situación de dependencia, así como también a grupos o familiares. Este trabajo se tensiona con otros elementos psicosociales, como lo son los procesos migratorios, el envejecimiento, la desigualdad social y los derechos humanos.

Dentro de esta lógica, también surgen las redes sociales de apoyo. Ellas se articulan como elementos propios de cada cuidadora, a través de los cuales se mantiene una identidad y se establece un soporte para hacer frente a las necesidades tanto para la persona dependiente, como para la cuidadora. Es importante esta relación entre cuidado y redes de apoyo, porque esta actividad en sí es una forma de sustento para ambos actores; es decir, la familia y las personas dependientes, quienes necesitan este tipo de redes. Así, estos apoyos se identifican como una práctica simbólica-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar (Guzmán, Huenchuan, Montes de Oca, 2002). En otras palabras, el cuidado conlleva desarrollar una expresión social de

Fuentes, N., et al. Las desigualdades del trabajo de cuidado: significados y prácticas...

apoyo mutuo y reciprocidad, donde las estructuras sociales ejercen una fuerza antagónica que le entrega una forma de ser al cuidado (Esteban, 2017), de tal modo que la dinámica social se ajusta a los modelos de explotación maquillados por el bienestar social. A este respecto, ellas mencionaron:

“Eso depende del cariño que uno tenga por el paciente y lo que uno le entrega...porque ver lo que...una persona vivió tantos años con uno...y que ahora necesita cuidados...uno viene a cuidarlo por la necesidad de ellos, de ser cuidado” (E4).

Del total de entrevistas realizadas, resulta común escuchar que las cuidadoras cuentan con apoyo social familiar, el cual proviene de parientes que viven en la misma vivienda, así como también de vecinos cercanos al grupo familiar, quienes ayudan en tareas diarias como la alimentación, el cambio de ropa, la higiene y vigilancia de dicha persona: “Aquí trato de incluirla en todo y a mi familia también, todas las fiestas las hacemos acá para que yo no tenga que salir con ella, además mi marido me ayuda a cambiarla, a sacarla para el patio...” (E4).

El segundo tipo de apoyo percibido es de carácter institucional, materializado en aportes realizados por el Estado. Este apoyo es formal y asistencialista, ejemplos de ello son entrega de pañales, de ayudas técnicas (pasamanos en baños, rampas en puertas, catres clínicos, colchón antiescaras, entrega de baños clínicos, etc.), atención domiciliaria (programa postrados), medicamentos, etc. De las 10 entrevistas realizadas, 8 comentan percibir apoyo institucional desde organizaciones no gubernamentales, destacando a la Fundación Cerro Navia Joven y a Chile Cuida Recoleta en el área de acompañamiento y apoyo técnico. Asimismo, señalan aportes de las municipalidades en el área asistencial con pañales y suplementos alimenticios: “Yo antes de la fundación no sabía lo que valía, y ahora con su ayuda se lo importante que soy con mi labor de cuidadora, ...ellos me ayudan... me hacen sentir que soy útil” (E10).

De los aportes institucionales, el programa Chile Cuida de Recoleta entrega a las cuidadoras más vulnerables una atención integral de parte de un equipo multidisciplinario, atendiendo tanto a la persona dependiente, como a la cuidadora principal. Además, este programa cuenta con cuidadoras formales que visitan dos veces a la semana a las cuidadoras y apoyan el trabajo de cuidado durante media jornada cada día. Esto permite a la cuidadora principal tener un tiempo para realizar otro tipo de actividades, que, según lo comentado, en su mayoría terminan siendo actividades domésticas: “Ellos me ayudan..., los pañales, la mercadería, los talleres... ahí me río me hace bien además cuando viene la niña ahí aprovecho para bañarlo, no ve que a mí ya me duele la espalda” (E2).

Por otro lado, en la Fundación Sangre Preciosa de Cerro Navia y Cerro Navia Joven, el apoyo formal entregado posee un enfoque comunitario, donde otras personas mayores autónomas hacen una labor de acompañamiento a las cuidadoras principales, ayudando además en tareas de cuidado. Junto con ello, estas fundaciones entregan apoyo técnico y talleres para aquellas mujeres cuidadoras que lo necesiten: “Si eso también me lo ha dicho la fundación, que tengo que cuidarme, ellos me han ayudado hartito en esa parte...” (E7).

Como lo menciona Comas-d’Argemir (2017), el desempeñarse como cuidadora también se relaciona con la reciprocidad, el amor y la preocupación. Estos conceptos evidencian que el trabajo de cuidado es una responsabilidad socialmente construida, que se inscribe en contextos sociales y económicos particulares (Batthyány, 2015). Entonces, el trabajo de cuidado se visualiza más bien como una labor de caridad y cariño, que como una labor de desgaste y vulneración: “Primero estar bien consigo misma, no tener ningún conflicto...es importante estar bien y lo otro es la contención de la familia... es un todo, tolerar, tener paciencia...” (E4).

Las cuidadoras mencionan, dentro de sus relaciones de reciprocidad, el apoyo

Fuentes, N., et al. Las desigualdades del trabajo de cuidado: significados y prácticas... emocional o psicológico como el más importante a la hora de recibir atención para ellas. En seguida, reconocen que “*debería existir un apoyo integral*”, con un enfoque multidimensional. Además, destacan ideas tales como el aumento en programas o ayudas referidas al acompañamiento y el apoyo en el trabajo de cuidado. La oferta estatal existente es escasa, dirigida fundamentalmente a personas mayores autovalentes y corresponde a una variedad de programas desarticulados entre sí.

Lo anterior, deja de manifiesto la importancia de los apoyos sociales en torno al trabajo de cuidado, toda vez que ninguna de las cuidadoras manifestó “*no necesitarlos*”. En este sentido, el tema de apoyo integral es clave para comprender el cuidado como un trabajo complejo en el cual se ven involucradas variadas dimensiones del ser humano. Estas actividades se conciben como parte fundamental del desarrollo de una sociedad. Es decir, apoyo y refuerzo del tejido social en las cuidadoras no solo significan un apoyo en el trabajo que realizan aliviando la carga laboral, sino que también existiría un desarrollo de diversas habilidades relacionales y sociales, fundamentado en la vinculación y la cohesión de las redes. Lo anterior, se ve constantemente en riesgo debido a la soledad en las cuidadoras que aún ejercen el trabajo de cuidado, como lo mencionan ellas mismas: “Yo no salgo, si no fuera por internet no sabría lo que pasa en el mundo”(E6).

Igualmente, se exponen conceptos fundamentales de la relación cuidadora y persona dependiente, tales como la atención, los vínculos, la responsabilidad y el acompañamiento, estructurando dicha relación con la centralidad familiar específica de la cultura Latinoamérica (Flores y Guerrero, 2014). Esto último guarda una íntima relación con las emocionalidades tejidas en torno a lo que significa ser una familia funcional, donde el amor mutuo, el apoyo y la constante preocupación entre los

Fuentes, N., et al. Las desigualdades del trabajo de cuidado: significados y prácticas...

diferentes miembros generan ciertos lazos de dependencia, construcción y crecimiento.

Las mujeres entrevistadas comentan:

“Primero es entregar amor a la persona que uno está cuidando...es apapacharla, contenerla, es incondicional, entregar el cariño...” (E4). “Yo no sé cómo hacer esto, pero uno cada día aprende algo nuevo, todos los días son nuevo (...) con ella he aprendido a ser mamá...” (E3).

Se puede observar una saturación en contenido emocional (Comas-d’Argemir, 2017), asentado en el vínculo afectivo y los mandatos socioculturales que hacen prevalecer una dimensión emocional al suponer que el cuidado es parte natural de las expresiones familiares, particularmente de las mujeres, como muestras de amor, compasión y gratitud, entre otras virtudes (Flores y Guerrero, 2014). Se maneja así el pacto social desde la emocionalidad y las subjetividades, donde la emancipación de las mujeres se ve aletargada por la escasa participación del Estado, el mercado y las familias con respecto al desgaste que implica la actividad de cuidado. Sin embargo, ellas reconocen el cansancio involucrado:

“Es que yo estoy muy cansada ya po hija... de tanto tiempo estar cuidándolo poh, pero digo yo qué saco de alegrar, hay que echarle no más poh...a veces digo yo... voy a ir hablar a ver si lo puedo meter en una casa de reposo y después me arrepiento, que va ir a morirse por allá” (E1).

Lo anterior es un reflejo de la ausencia de una política pública articulada en este tema, donde cada vez se descansa más en la familia y, principalmente, en las mujeres. Siguiendo la línea anterior, las construcciones sociales conservan la división sobre lo público y lo privado, lo remunerado y no remunerado, con lo cual se perpetua el cuidado como una acción carente de derecho y responsabilidades. Ejemplo de ello son las emociones ambivalentes construidas en torno a la labor, donde destacan las sensaciones como cansancio, frustración, sentimiento tranquilidad y esperanza: “Me

Fuentes, N., et al. Las desigualdades del trabajo de cuidado: significados y prácticas...

siento tranquila, sé que estoy haciendo las cosas bien porque ella tiene una mejor calidad de vida, ...aunque a veces signifique que me postergo yo...a veces cansa...a veces me gustaría salir...” (E7).

La dimensión emocional del trabajo de cuidado ha sido abordada por Hochschild y Machung (1989), quienes indican que existe un vínculo emocional, generalmente mutuo, entre el que brinda cuidados y el que los recibe. Se trataría de un vínculo en donde quien brinda cuidados se siente responsable del bienestar de la otra persona y hace un esfuerzo mental, emocional y físico para poder cumplir con esa responsabilidad: “Entendí que mi labor era importante...¿emoción?, evidentemente muy cansada y superada absolutamente, con muy pocas horas de sueños, pero mi corazón está contento. me siento satisfecha” (E6). Gran parte de las cuidadoras entrevistadas comenta haber sentido en alguna ocasión presión, argumentando principalmente la falta de tiempo: “Paso acá encerrá’ y cuando salgo, ando corriendo... para llegar luego a la casa, verlo a él...a ver si le haya pasado algo, por eso cuando salgo lo dejo acostadito mejor” (E1).

Las desiguales condiciones del trabajo de cuidado realizado por las mujeres

Las tareas de cuidado son un conjunto de actividades o acciones orientadas a prolongar, mantener y proteger la vida: “Ella es bastante independiente, pero yo me encargo de hacerle la comida, ella come sola y la ayudo a bañarse” (E4). Por tanto, se reafirman los diferentes esfuerzos involucrados para lograr el cumplimiento del trabajo de cuidado. Se incluyen el trabajo doméstico y de parentesco, mezclado con habilidades sociales y parentales, de forma tal que se transforma en un trabajo multipropósito generador de bienestar, todo ello en desmedro de las mujeres. Por otro lado, ese conjunto de acciones intangibles se desarrolla en completa reserva con límites laxos, generadores de situaciones de vulneración y precarización de las cuidadoras, ya que gran parte de ellas –al tener una carga tan extensa de tareas– se comienza a aislar socialmente. Producto de esto,



Fuentes, N., et al. Las desigualdades del trabajo de cuidado: significados y prácticas...

presentan problemas tanto físicos como psicológicos. Por lo anterior, el trabajo de cuidado históricamente se ha definido como una labor precarizante.

En cuanto a la cualificación, solo una de las entrevistadas señala contar con estudios relacionados al cuidado: “Mire... yo cuando joven estudié eso y trabajé toda mi vida cuidando a gente, primero en un hogar y después a una señora en su casa y bueno ahora me tocó cuidarlo a él” (E8). Las demás cuidadoras, en su mayoría, mencionan carecer de estudios o capacitaciones relacionadas a la atención y cuidados de una persona dependiente, basando su accionar en las enseñanzas maternas del núcleo familiar: “Yo no sé cómo hacer esto, cada día es un aprendizaje nuevo, todos los días ella se apaga un poco más, ella es como mi hija y voy aprendiendo a cómo ser mamá con ella” (E4). Este tipo de contexto, en el cual no existe *expertise* por parte de las cuidadoras, es recurrente dentro de Latinoamérica. Esto perpetua, por una parte, la ideología del cuidado como capacidad exclusiva de las mujeres (Carrasco, Borderías y Torns, 2011) y, por otra parte, estructura cadenas globales de explotación, donde el trabajo de cuidado se vuelve un producto mercantil intangible y escasamente reconocido.

De las cuidadoras entrevistadas, solo una de ellas percibe dinero por el trabajo realizado, recibiendo una asignación que consiste en un pago máximo mensual de \$28 000 (veintiocho mil pesos) por la prestación de sus servicios. Sobre este tipo de apoyo, a pesar de la baja cantidad monetaria, la cuidadora comenta que es “*de gran ayuda*”, ya que los gastos relacionados al cuidado de una persona dependiente son muy altos. Lo anterior, evidencia una política pública deficiente, que no contempla las necesidades de las personas en situación de dependencia –como tampoco de quien las cuida–, haciendo responsables de los gastos a la familia, especialmente a la cuidadora: “No, no recibo apoyo, o sea sólo de Chile Cuida cuando viene la niña y los talleres... el billete hay que estirarlo si tenemos la pura pensión. Además, tengo el estipendio, eso me ayuda un poquito, aunque sea con los pañales” (E8).



En cuanto a las condiciones contextuales en las que desarrollan el trabajo de cuidado, de las diez entrevistadas, cuatro consideraron sus condiciones como “buenas”, cuatro mencionaron encontrar sus condiciones laborales regulares “más o menos” y solo dos las encontraron deficientes o “malas”. Los principales problemas identificados son tanto la soledad en la que realizan esta labor como las extenuantes jornadas laborales:

“la enfermedad se fue avanzando de a poco, primero fue eh...muy agresiva...pero ya ahora ella está postrada, así que ahora descanso un poco en lo psicológico, no en lo físico... antes eran puras peleas, ella me insultaba, me tiraba combos y el doctor nos decía.... Que era la enfermedad...me hacía pelear con mi hermana... y ahora esta así” (E7). “Estamos las dos solitas, la cuido los días viernes a domingo, y el resto de la semana ella se queda con mi otra hermana que no trabaja y ella la atiende”(E3).

Respecto del estado de salud de las entrevistadas, la mayoría comenta sentirse “bien, aunque un poco cansadas”: “Mis condiciones las considero buenas, aunque igual estoy cansada, más encima mi hija trae a mis nietos y ellos sí que dan quehacer, aunque igual saben que la abuelita está mal y no hay que molestarla” (E5). No obstante, al consultar sobre problemas de salud en específico, mencionan tres áreas principalmente: psicológica, emocional y física, con afecciones tales como depresión, crisis de ansiedad, estrés, problemas lumbares, sobrepeso, dolores articulares, etc. Esto se debe, particularmente, al conjunto maratónico de actividades relacionadas con el cuidado, traducido finalmente en problemas de salud escasamente tratados, debido a la falta de tiempo y a la imagen de sí mismas (Bericat, 2018).

Desde un punto de vista más amplio, existe un abandono del autocuidado por sobre el cuidado del otro ser humano. Esta premisa tiene una estrecha relación con las cadenas de cuidado, donde se le impone a la mujer un sentido de entrega inconmensurable, en el cual la sostenibilidad de la vida humana (Carrasco, 2003) es lo

Fuentes, N., et al. Las desigualdades del trabajo de cuidado: significados y prácticas... más importante. De esta manera, se genera una “paradoja de la decisión” (Bericat, 2018), ya que la decisión de cuidar es libre, pero está moralmente forzada a aceptarse. Esto sería comparable con las dinámicas de violencia hacia la mujer presentes en las relaciones amorosas. El Estado y sus políticas deficientes generan vulneraciones a los derechos de estas mujeres. A este respecto, ellas mencionan lo siguiente: *“Yo estoy muy recansada, si ya no puedo más señorita, a veces pienso que me gustaría salir, relajarme, pero no puedo, ¿Qué hago con él?, si de hecho yo estuve súper enferma e igual tuve que atenderlo, si a él no le pueden faltar sus atenciones”* (E5).

A este punto sobre las desiguales condiciones sociales a las cuales se ven enfrentadas las cuidadoras, se le debe incorporar un enfoque de derecho, que evidencie, como ya se ha señalado, la deficiencia de las políticas públicas, donde la cuidadora no es vista como un agente garante de derechos, sino más bien como una facilitadora de dos tipos de bienestar: uno particular para la persona dependiente y uno colectivo por el aporte realizado a la sociedad. Pautassi (2007) indica que se trata de un modelo de políticas públicas desarrolladas por los Estados de Bienestar, con características específicas, sustentado en la conformación de familias de “varones proveedores” y “mujeres amas de casa”, en las cuales la atención de niños y niñas era sostenida por el trabajo doméstico femenino.

En cuanto a ciertos puntos de conflicto o tensión, las entrevistadas hacen hincapié en lo siguiente: *“El principal problema es la falta de tiempo y de apoyos, no ve que uno ya no es la misma de antes, ya me empiezan a doler los huesos y las fuerzas ya no son las mismas”* (E3). En suma, el punto crítico está dado por la descoordinación entre los apoyos y la falta de tiempo para ellas, causando problemas de estrés; es decir, las cuidadoras en la actualidad se sienten abandonadas por el sistema. Ellas solucionarían

Fuentes, N., et al. Las desigualdades del trabajo de cuidado: significados y prácticas...

este escenario a través de la incorporación de nuevas fuentes de apoyo: “*Contar con más apoyo o con una buena red de apoyo*”.

En este punto se puede afirmar que las cuidadoras viven en una constante inestabilidad psicoemocional, producto del aislamiento social y la falta de compromiso del país frente a este problema multidimensional. El hecho de mantener el modelo familista-maternal, donde el mercado, el Estado y las familias invisibilizan la labor y esfuerzos del cuidado, construye un contexto de segregación sociodemográfico, en el que las mujeres ya no solo son aisladas por ser cuidadoras, sino también por ser personas mayores, generándose una doble discriminación invisible a las políticas públicas.

Se evidencia, además, la falta de apoyos sociales respecto de la labor que realizan, debido al desgaste de los tejidos sociales y la escasa socialización que se formula en la actividad del cuidado. Esto genera un gran desgaste físico y psicológico vivenciado a través del estrés, la ansiedad, el desgaste emocional, crisis de pánico, sobrepeso, depresión, etc. Todos ellos problemas carentes de tratamiento por la falta de tiempo y de sentido de autocuidado.

El contexto en el cual se desarrolla este trabajo es un ejemplo visible de una política de Estado donde el rol de la cuidadora queda supeditado al orden social patriarcal, el cual impone –moralmente– el cuidado a las mujeres. Esto crea una enorme desigualdad que no solo afecta a las mujeres, sino también a los hombres, quienes carecen de espacio de apego o de coafectividad. En su mayoría, estas personas cuidadoras perciben un nulo ingreso económico por el trabajo que realizan, además de generar un empobrecimiento en el área previsional derivado de las lagunas en los sistemas de pensiones, reflejo de la perpetuidad de la vulneración de derechos hacia las mujeres (Pautassi, 2007).



Otro punto es la vinculación afecto-dependiente que se formula entre la cuidadora y la persona que percibe el cuidado, donde destacan el cambio de roles o maternidad inversa y el deterioro *versus* la idea de mejora. Estos aspectos resultan tan insignificantes dentro de la macroestructura, que el sistema no articula medidas frente a ellos. Las principales afectadas por esto son las cuidadoras. Toda vez que el sistema carece de norma y orden frente a ello, manteniendo una ideología patriarcal desarrollada en el proceso industrial que hoy se ve enfrentada con la incorporación de la mujer a la fuerza laboral reconocida.

Conclusiones

En primer lugar, cabe destacar los esfuerzos involucrados en el trabajo de cuidado en relación con el alto desgaste físico, psicológico y emocional, donde la explotación se realiza de manera silenciosa y aislada, volviéndose esta labor una fuente formidable de recursos invisibles (Durán, 2018). En ello se estructura una economía afectiva basada en el trabajo de parentesco y en una diferenciada responsabilidad de los cuidados, pues las mujeres tienden a quedarse en casa para cuidar a su grupo familiar, mientras que el hombre –en el mundo público– pospone su jubilación para así poder cubrir los gastos relacionados con los cuidados de larga duración (Miranda y Caro, 2015).

No obstante, los análisis deben ir más lejos de dicha dinámica de público o privado, ya que el modelo de cuidado trasciende a la familia, estructurándose como un orden en el cual se feminiza una serie de tareas relacionadas como el trabajo doméstico, el trabajo reproductivo y el de cuidado. Esto no solo se debe a los intereses libremente elegidos por cada persona, sino que también se involucran los mandatos sociales y los

Fuentes, N., et al. Las desigualdades del trabajo de cuidado: significados y prácticas... determinantes moralmente construidos. Esto mismo ocurre con el cuidado, donde estas premisas se enseñan a través de los procesos socializadores.

Al estar tan arraigado el trabajo de cuidado en la familia, es complejo descentrar dicha construcción, ya que el modelo actual de sociedad coloca a la familia como pieza angular de toda organización social. Es decir, la sumisión de las mujeres a las labores domésticas y de cuidado no es una elección libre de ellas, sino más bien una imposición de los mandatos sociales transferidos a través de la estructura familiar, donde los valores morales organizan el ser mujer, madre y un ser aportador de bienestar. De este modo, la figura femenina no solo se ve obligada a mantener un vínculo con el modelo maternalista, sino que también se ve obligada a perpetuarlo.

En ese sentido ético del cuidado, los determinantes sociales se ven encubiertos por la idea de reciprocidad, la cual pretende, en cierto modo, manipular el desarrollo personal de cada mujer, entregando un marco normativo de obligaciones y responsabilidades definido por las relaciones sociales y familiares, donde la figura del Estado refuerza los mandatos sociales a través de las normas y dictámenes. Ejemplo de ello son los derechos no legitimados de las cuidadoras de personas en situación de dependencia, los cuales han representado una lucha continua de parte de organizaciones de la sociedad civil, para que las cuidadoras sean reconocidas como mujeres trabajadoras con derechos. Esto ha permitido que en la actualidad exista en el Congreso un proyecto que pretende modificar la Ley N° 20.422, que establece normas de igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad del año 2010, para incluir la imagen de las y los cuidadores como sujetos de derecho.

Las subjetividades tejidas en torno al cuidado se basan principalmente en sentimientos de amor, afecto y reciprocidad volcados a ser un reflejo de las

Fuentes, N., et al. Las desigualdades del trabajo de cuidado: significados y prácticas... construcciones sociales modernas, donde el Estado se descarta, la familia presiona, el mercado empobrece y la comunidad apoya. En otras palabras, el sentido afectivo del cuidado no es más que una estrategia de dominación, que refuerza la idea altruista sobre la entrega de atenciones (cualquiera fuese estas). De este modo, y dentro de la dinámica de los cuidados, la presencia del Estado es paliativa. Se ha convertido en un agente observador que genera políticas públicas reactivas, carentes de una perspectiva de género. Con la llamada crisis de los cuidados, estos se han tenido que suplir a través de las cadenas globales de cuidado y los procesos migratorios, volviéndose finalmente cadenas globales de explotación, donde los derechos de las mujeres son vulnerados al perpetuar un modelo basado en la opresión de género.

Por otro lado, este estudio aporta información relevante sobre las características particulares de las cuidadoras, donde la avanzada edad cobra una importante relevancia, ya que las personas mayores no solo son receptoras de cuidados, sino también proveedoras de estos (Thane, 2010). Es decir, la desigualdad sobre el género femenino existente en la sociedad cimienta sus bases a lo largo de la vida, primero con el cuidado infantil y el trabajo doméstico, para luego terminar cuidando nuevamente a sus parejas o familiares. Esto significa que gran parte de sus vidas han realizado triples labores: de cuidado, trabajo doméstico y trabajo remunerado. En definitiva, culminan su periodo del ciclo vital como cuidadoras de un miembro de su familia.

En cuanto a la explotación que realiza el mercado hegemónico sobre cuidadoras de avanzada edad, se puede señalar que las condiciones de trabajo son tan deficientes que dejan en evidencia su deteriorada condición de salud, ya que la mayoría presenta problemas físicos y psicológicos, tensiones y conflictos importantes debido a la carga histórica de realizar dicho trabajo, con acciones naturalizadas, pero que al largo plazo



Fuentes, N., et al. Las desigualdades del trabajo de cuidado: significados y prácticas...

provocan un desgaste en la persona. Para este caso en particular, corresponde a cuidadoras principales de avanzada edad, personas mayores cuidando a otras personas mayores, las cuales no cuentan con un tejido social amplio.

Es posible concluir que el problema no radica sobre ellas como cuidadoras o sobre las apreciaciones que ellas poseen, sino más bien está en el sistema donde los apoyos sociales se unen y forman el tejido que sostienen dicho trabajo, pues los diferentes órganos que componen la sociedad ven a las mujeres cuidadoras como sujetas capaces de renunciar a sí mismas por el bienestar del otro. Lo anterior no significa que las mujeres no deseen participar en el trabajo remunerado, sino que ajustan su participación a las necesidades de cuidados (Carrasco, 2003). Frente a esto, Lagarde (2004) plantea que la relación de los cuidados en las sociedades latinoamericanas se vuelve especialmente conflictiva y resulta ser una fuente de tensión para las mujeres, puesto que, por un lado, está el mandato de cuidar y, por el otro, la configuración cada vez más fuerte y generalizada de ser mujeres que participan de los procesos educativos, laborales y políticos.

Finalmente, la significancia de lo anterior reside en las condiciones sociales en las cuales se desarrolla el trabajo de cuidado, donde la política pública es insuficiente, pues el sistema actual no cuenta con medios para enfrentar esta situación, sea problemática o no. Al ser las mujeres las proveedoras de la sostenibilidad de la vida, el sistema no cuenta con otras fuentes o agentes que se hagan cargo de esta situación. Lo anterior, implica que ellas dedican una cantidad de tiempo muy superior para lograr tales tareas y genera una ambivalencia entre lo moralmente establecido por la ideología patriarcal y los procesos emancipadores desarrollados por las corrientes feministas desde la Revolución Industrial.



Fuentes, N., et al. Las desigualdades del trabajo de cuidado: significados y prácticas...

Desde una perspectiva feminista, se requiere también profundizar en el trabajo de cuidados y el trabajo doméstico, analizando de forma crítica las estructuras sociales reproductoras del modelo actualmente construido, que se ha desarrollado a costa del trabajo realizado por las mujeres mayores a lo largo de sus vidas. El cuidado para la sostenibilidad de la vida es un trabajo empobrecedor, en el cual se involucran factores económicos y emocionales que acrecientan la vulnerabilidad, especialmente, de las mujeres mayores.

Referencias

- Acosta, E. (2015). *Cuidados en crisis. Mujeres migrantes hacia España y Chile*. España: Universidad de Deusto Publicaciones.
- Aguirre, R. (2011). *Personas ocupadas en el sector cuidados*. Montevideo: ONU Mujeres.
- Aguirre, R. y Scavino, S. (2016). Cuidar en la vejez: desigualdades de género en Uruguay. *Papeles del CEIC Universidad del País Vasco*, 1, 150, 1-41. doi: [10.1387/pceic.15449](https://doi.org/10.1387/pceic.15449)
- Arriagada, I. y Todaro R. (2012). *Cadenas globales de Cuidados. El papel de las migrantes peruanas en la provisión de cuidados en Chile*. Santiago de Chile: ONU Mujeres.
- Batthyány, K. (2015). *Las políticas y el cuidado en América Latina. Una mirada a las experiencias regionales*. CEPAL - Serie Asuntos de Género N° 124. Santiago de Chile: Naciones Unidas. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37726/S1500041_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Beiras A., Cantera L. y Casasanta A. (2017). La construcción de una metodología feminista cualitativa de enfoque narrativo-crítico. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 16, 54-65. doi: [10.5027/psicoperspectivas-vol16-issue2-fulltext-1012](https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol16-issue2-fulltext-1012)
- Bericat, E. (2018). *La estructura afectiva de las mujeres cuidadoras de progenitores dependientes*. I Jornadas del Comité de Investigación de Sociología de las Emociones 27-29 junio. Valencia: Universidad de Sevilla.
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2010). *Ley 20.422 Establece Normas de Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad*. Santiago de Chile.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Carrasco, C. (2003). La sostenibilidad de la vida humana: ¿un asunto de mujeres? En León, M. (Comp.). *Mujeres y trabajo: cambios impostergables* (pp. 11-49). Porto Alegre: Veraz Comunicação. Recuperado de <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/gt/20101012020556/2carrasco.pdf>
- Carrasco, C., Borderías, C. y Torns, T. (2011). *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y política*. Madrid: Catarata.



Fuentes, N., et al. Las desigualdades del trabajo de cuidado: significados y prácticas...

- Caracterización Socioeconómica Nacional [CASEN]. (2017). *Adultos mayores síntesis de resultados*. Observatorio del Ministerio de Desarrollo Social. Recuperado de http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados_Adulto_Mayores_casen_2017.pdf
- Comas-d'Argemir, D. (2017). El don y la reciprocidad tienen género: las bases morales de los cuidados. *Quaderns-e, intitut catala d' antropología*, 22 (2), 17-32. Recuperado de <https://www.raco.cat/index.php/QuadernseICA/article/view/333109>
- Comelin, A. y Leiva, S. (2019). ¿Quién debe cuidar a los adultos mayores? Voces de cuidadoras y cuidadores en Chile. *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, 23, 38/39, 149-170. Recuperado de <http://alast.info/relet/index.php/relet/article/view/394>
- Durán, M.A. (2018). Las cuentas del cuidado. *Revista Española de control externo*, 20 (58), 57-89. Recuperado de <https://www.tcu.es/repositorio/3339e0fe-b966-4381-8504-40dea51d07e3/58DuranLasCuentasdel-cuidado.pdf>.
- Espín, A. (2008). Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(3). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000300008&lng=es&tlng=es
- Esteban, M. (2017). Los cuidados, un concepto central en la teoría feminista: aportaciones, riesgos y diálogos con la antropología. *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, 22 (2), 33-48. Recuperado de <https://www.raco.cat/index.php/QuadernseICA/article/view/333111>
- Esquivel, V. (ed.) (2012). *La economía feminista desde América Latina. Una hoja de ruta sobre los debates actuales en la región*. República Dominicana: ONU Mujeres.
- Ezquerro, S. (2012). Crisis de los cuidados y crisis sistémica: la reproducción como pilar de la economía llamada real. *Investigaciones Feministas*, 2, 175-187. doi: [10.5209/rev_INFE.2011.v2.38610](https://doi.org/10.5209/rev_INFE.2011.v2.38610)
- Fisher, B. y Tronto, J. (1990). Toward a Feminist Theory of Caring. En Abel, E. y Nelson, M. (Eds.). *Circles of Care* (pp. 35-61). Nueva York: Suny Press.
- Flores R. y Guerrero O. (2014). Maternalismo y discursos feministas latinoamericanos sobre el trabajo de cuidados: un tejido en tensión. *Iconos, Revista de Ciencias sociales*, 50, 27-42. doi: [10.17141/iconos.50.2014.1426](https://doi.org/10.17141/iconos.50.2014.1426)
- Gilligan, C. (1982). *In a Different Voice*. Cambridge: Harvard University Press.



- González, S., Rosell, J. y Campos, T. (2015). Sobrecarga en cuidadores informales de personas aquejadas de demencia en la región metropolitana en Chile. En Kornfeld, R., Fernández, M.A. y Belloni, C (Eds.). *Personas Mayores y Demencias: Realidad y Desafíos* (pp. 65-84). Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile, Centro UC, Estudios de Vejez y Envejecimiento.
- González, H. (2016). El 'trabajo de parentesco' que realizan las familias en Santiago de Chile. *Revista De Antropología Social*, 25(1), 153-169. doi: [10.5209/rev_RASO.2016.v25.n1.52629](https://doi.org/10.5209/rev_RASO.2016.v25.n1.52629)
- González, H. (2018). Género, cuidados y vejez: Mujeres «en el medio» del trabajo remunerado y del trabajo de cuidado en Santiago de Chile. *Revista Prisma Social*, (21), 194-218. Recuperado de <https://revistaprismasocial.es/article/view/2445>
- Guzmán, J., Huenchuan, S. y Montes de Oca, V. (2002). *Redes de apoyo social de las personas mayores: Marco conceptual*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Hochschild, A. y Machung, A. (1989). *The second shift: working parents and the revolution at home*. Nueva York: Viking Penguin.
- Lagarde, M. (2004). Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción. En Emakunde. *Cuidar cuesta: Costes y beneficios del cuidado. Congreso Internacional SARE* (pp. 155-160). Vitoria-Gasteiz: Emakunde, Instituto Vasco de la Mujer.
- Lamas, M. (2018). División del trabajo, igualdad de género y calidad de vida. En Ferreyra, M. (Coord.). *El trabajo de cuidados una cuestión de derechos humanos y política pública*, (pp. 12-24). México: ONU Mujeres.
- Marugán, B. (2014). Trabajo de cuidados. *Eunomía: Revista en Cultura de la Legalidad*, 7, 215-223. Recuperado de <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/EUNOM/article/view/2243>
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2017). *Plan Nacional de Demencia 2017*. Santiago de Chile. Recuperado de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/PLAN-DE-DEMENCIA.pdf>
- Miranda, P., Caro, S. (2015). Experiencia en el cuidado de personas mayores con demencia. En Kornfeld, R., Fernández, M.A. y Belloni, C (Eds.). *Personas Mayores y Demencias: Realidad y Desafíos* (pp. 65-84). Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile, Centro UC, Estudios de Vejez y Envejecimiento.

- Montaño, S. (2010). El cuidado en acción. En Montaño S., y Calderón C. (Coords.). *El cuidado en acción: entre el derecho y el trabajo* (pp. 13-68). Cuadernos de la CEPAL, N° 94, CEPAL: Santiago de Chile. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/27845/1/S2010994_es.pdf
- Navarro, F. y Rico, N. (2013). Cuidado y políticas públicas: debates y estado de situación a nivel regional. En Pautassi L. y Zibecchi C. (Coords.). *Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura* (pp. 27-58). Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017). *La demencia: una prioridad para la salud*. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/es/
- Organización Internacional del Trabajo [OIT] (2018). *El Trabajo De Cuidados Y Los Trabajadores Del Cuidado Para Un Futuro Con Trabajo Decente*. En Trabajo y empleo en el sector de la prestación de cuidados para el futuro del trabajo, Resumen Ejecutivo, Ginebra. Recuperado de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_633168.pdf
- Pautassi, L. (2007). *El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos*. Santiago de Chile. CEPAL, Serie Mujer y Desarrollo, N° 87. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5809/1/S0700816_es.pdf
- Pérez Orozco, A. (2006). Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. *Revista de Economía Crítica*, (5), 7-37 Recuperado de http://observatoridesc.org/sites/default/files/1_amenaza_tormenta.pdf
- Pérez Orozco, A. (2014). *Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Pineda, J. (2014). Trabajo de cuidado de la vejez en una sociedad en envejecimiento. *Revista La manzana de la discordia*, Vol. 9, N° 1, pp. 53-69. Recuperado de <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/53887/trabajodecuidadodelavejez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Precarias a la deriva. (2004). *Cuidados globalizados. A la deriva por los circuitos de precariedad femenina*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Rico, M. (2005). *Apuntes sobre la economía del cuidado*. Unidad Mujer y Desarrollo, CEPAL. Documento interno.

Fuentes, N., et al. Las desigualdades del trabajo de cuidado: significados y prácticas...

- Rodríguez, J. (2011). *Guía de Buena Práctica Clínica en Alzheimer y otras demencias*. Madrid: Organización Médica Colegial de España. Recuperado de <http://www.crealzheimer.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/guabuenapractica.pdf>
- Sepúlveda, G. y Castro, S. (2018). *Informe primera encuesta sobre cuidadores informales. La mirada de quienes cuidan en Chile*. Santiago de Chile: Fundación Mamá Terapeuta y Asociación Yo cuido. Recuperado de <https://drive.google.com/file/d/13CzIM9iaWC09rSQtPuvb3V6RcrFthSj1/view>
- Servicio Nacional de la Discapacidad [SENADIS] (2017). *Discapacidad y Dependencia, Caracterización de la dependencia en las personas en situación de discapacidad a partir del II Estudio Nacional de la Discapacidad*. Departamento de Estudios Servicio Nacional de la Discapacidad. Recuperado de <https://www.senadis.gob.cl/descarga/i/5058>
- Thane, P. (2010). Intergenerational support in families in Modern Britain. En Addabbo, T., Arrizabalaga, M-P., Borderías, C. y Owens, A. (Eds). *Gender Inequalities, households and the production of wellbeing in Modern Europe* (pp. 109-122). New York: Routledge.
- Torns, T. (2008). El trabajo y el cuidado: cuestiones teórico-metodológicas desde la perspectiva de género. *Empiria. Revista de metodología de ciencias sociales*, 0 (15), 53-73. doi: [10.5944/empiria.15.2008.1199](https://doi.org/10.5944/empiria.15.2008.1199)
- Valles, M. (2007). *Entrevistas cualitativas*. Cuadernos Metodológicos del CIS N°32: Madrid.
- Urzúa, A. y Caqueo-Úrizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Sociedad Chilena de Psicología Clínica*, 30, 61-71. doi: [10.4067/S0718-48082012000100006](https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006)

Artículo recibido: 31 mayo, 2020

Artículo aprobado: 02 noviembre, 2020



ENVEJECIMIENTOS Y CONSTRUCCIONES DE GÉNERO DESDE LAS RELACIONES FAMILIARES EN EL CURSO DE VIDA

AGING AND GENDER CONSTRUCTIONS FROM FAMILY RELATIONSHIPS IN THE LIFE COURSE

Angélica María Razo-González¹, Evelyn Hernández-Calderón²,
Martha Patricia López-González³

RESUMEN

El género responde a biografías que permiten observar su identidad y determinar relaciones familiares y roles aprendidos en distintas cohortes y condiciones vitales. Hombres y mujeres envejecientes afrontan situaciones, generan sentido vital y transmiten su visión. Objetivo analizar la construcción de los roles de género desde las relaciones familiares, en el curso de vida y su repercusión en el envejecimiento. Metodología cualitativa fenomenológica-hermenéutica, con entrevistas semiestructuradas. Análisis de cómo los hombres visualizan roles femeninos y masculinos, asimismo de cómo mujeres perciben roles femeninos y masculinos. Resultados los roles definidos y transmitidos en la niñez cambian en el curso vital, más por vivencias y vejez que por cambio ideológico. Construir una familia es relevante para ambos sexos, con diferencias de género. Conclusión la familia como entramado multifactorial construye roles de género; las expectativas de madres y padres son transmitidas con influencia del contexto y elementos biográficos. Los hombres adultos mayores consideran importante la familia como elemento de acompañamiento y atención, mientras las mujeres adultas mayores destacan su importancia emocional más que instrumental.

PALABRAS CLAVE: Género, Envejecimiento, Curso de vida, Familia.

ABSTRACT

Gender responds to biographies that allow us to observe their identity and determine family relationships and roles learned in different cohorts and vital conditions. Older men and women face situations, generate vital sense, and convey their vision. The purpose of this research was to analyze the construction of gender roles from family relationships during life and their impact on aging. A qualitative phenomenological-hermeneutical methodology and semi-structured interviews were used to analyze how do men visualize feminine and masculine roles and how do women perceive female and male roles. The results showed that the roles defined and transmitted in childhood change along the life course, mostly for experiences and growing old than for ideological change. Building a family is relevant for both sexes, with gender differences. In conclusion, the family builds gender roles as a multifactorial framework; the expectations of mothers and fathers are transmitted with influence of the context and biographical elements. Older men consider the family important as accompany and attention elements, while older women emphasize the emotional importance of the family rather than their instrumental importance.

KEY WORDS: Gender, Aging, Life course, Family.

¹Doctora en educación, Universidad del Desarrollo Empresarial y Pedagógico. Docente, Universidad Estatal del Valle de Ecatepec. México. E-mail: anrago63@hotmail.com

² Doctora en Pedagogía, Universidad Nacional Autónoma de México. Docente, Universidad Estatal del Valle de Ecatepec. México. E-mail: evelynsociologi@hotmail.com

³Maestría en Terapia Familiar, Instituto de la Familia. Doctorante en Familia, Cencalli. Docente Universidad Estatal del Valle de Ecatepec. México. E-mail: martha2119@yahoo.com



Introducción

La construcción del género, tanto en hombres como en mujeres, responde a historias y biografías que permiten analizar cómo tal configuración influye en la percepción de la identidad de género, a partir del enfoque teórico-metodológico del curso de vida con perspectiva de género. Esto problematiza las relaciones familiares y los roles aprendidos en distintos cohortes y condiciones vitales, que hombres y mujeres envejecientes van afrontando, según las situaciones críticas vitales, el modo en que generan sentido de vida y transmiten su visión a las siguientes generaciones.

Los roles de género desde las relaciones familiares en el curso de vida y envejecimiento son constructos que remiten a procesos histórico-sociales, que sitúan a los sujetos en planos cambiantes y multidimensionales, lo que implica un análisis multidisciplinario con enfoque abierto, que considere cuestiones fundamentales como:

- 1) La naturaleza dinámica, contextual y procesual del desarrollo y, particularmente, del envejecimiento.
- 2) Las transiciones relacionadas con la edad y las trayectorias vitales.
- 3) Cómo el envejecimiento está relacionado con y moldeado por los contextos sociales, los significados culturales y la posición que ocupan los sujetos en la estructura social.
- 4) Cómo el tiempo y la cohorte modelan el proceso de envejecimiento para las personas, así como para los grupos sociales (Laville d'Epinau, Bickel, Cavali, y Spini, 2011).

Es así como explorar, desde el enfoque del curso de vida con perspectiva de género y de datos nacidos de las vivencias personales que den cuenta de sus trayectorias, transiciones y puntos de quiebre *turning point* (Blanco, 2011), enriquece de



Razo-González, A.M., et al. Envejecimientos y construcciones de género desde las... manera sustancial la respuesta a preguntas como ¿de qué depende la transmisión de los roles de género en el curso de la vida? ¿Cómo se construyen los roles género a partir de las relaciones familiares? ¿Qué factores del curso de vida intervienen para que los roles de género repercutan o no en el envejecimiento? Preguntas que son el punto focal de la presente investigación. Para conocer lo anterior, el objetivo de este estudio es analizar la construcción de roles de género a partir de las relaciones familiares a lo largo del curso de vida y su repercusión en el envejecimiento, mediante un nivel clasificatorio y enfoque cualitativo con métodos fenomenológico y hermenéutico, utilizando entrevistas semiestructuradas como técnica de obtención de información.

Roles de género

Las personas crecen, se desarrollan y envejecen inmersos en las construcciones asignadas al género, dentro de la cultura y época que les tocó vivir. Es así como los roles de género hacen referencia a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

Desde su surgimiento como unidad de análisis el género ha tenido diferentes conceptualizaciones, por ejemplo, para Butler (1990) el género es el resultado de un proceso mediante el cual las personas reciben significados culturales, pero también los modifican, lo que da cuenta de la transmisión cultural de dichos roles. Por ello, Hierro (1996) lo considera como una identidad social que “confiere una jerarquía de valores; un concepto de lo que es el trabajo; una manera de ser, una manera de responder a los estímulos; una forma de actuar y de aspirar a determinada cosa y nada más” (p. 41). Por su parte, Lamas (2000) lo definió como el conjunto de prácticas, creencias, representaciones y prescripciones sociales que surgen entre los integrantes de un grupo



Razo-González, A.M., et al. Envejecimientos y construcciones de género desde las... humano en función de una simbolización de la diferencia anatómica entre hombres y mujeres.

En este sentido, el enfoque de género es un instrumento indispensable para “dar a luz sobre las diferentes formas de construcción identitaria de mujeres y hombres, sus maneras particulares de actuar, percibir, entender, sentir, hablar e interactuar, además de los diferentes vínculos que se establecen entre ellos” (Inda, 2016, p.39).

Es indispensable tener en mente que el género está determinado por el tiempo, la época y el grupo social; es decir, es aprendido y, por lo tanto, los atributos de valoración para lo masculino y femenino pueden modificarse tanto desde los procesos histórico-culturales como desde la maduración a lo largo de la vida de hombres y mujeres. “En consecuencia género no es sinónimo de “mujer”, sino que incluye a ambos sexos y utilizar el enfoque de género como categoría de análisis y herramienta de intervención requiere tomar en cuenta siempre a ambos sexos y su relación con el fenómeno a estudiar” (Razo-González, 2012, p. 39).

Por otro lado, es un hecho que llegar a la vejez es una experiencia individual, que tanto hombres como mujeres perciben de manera diferente. Las razones son muchas, existen diferencias anatomo-fisiológicas, psico-emocionales o socioculturales que van marcando las maneras particulares en que ambos afrontan esta etapa y es resultado de un proceso que se desarrolla durante todo el curso de la vida, por ello es necesario conocer y reconocer las circunstancias de esta vivencia. Si bien, estas explicaciones pueden dar cuenta puntual de las diferencias entre la experiencia de envejecer en mujeres y hombres, poco se sabe de cómo es este proceso cultural y de transcurso vital. De cómo es valorada la vida según las circunstancias de género, puesto que “el género y el envejecimiento están estrechamente conectados en la vida social, de

Razo-González, A.M., et al. Envejecimientos y construcciones de género desde las... modo que cada uno sólo puede entenderse por completo en relación con el otro” (Ginn y Arber, 1996, p. 17).

Por ejemplo, en el caso de las mujeres, la vejez se convierte en una extensión de su juventud y su edad adulta, además, depende en gran parte de las diferencias de género que marca la sociedad y la cultura donde ha transcurrido su vida. Según Doris Ingrish, en las mujeres los roles de género se enmarcan “de acuerdo con sus funciones sucesivas tradicionales de virgen, objeto de deseo sexual, y <buen madre>”, (1996, p.71) aunque la mayoría de los estudios que afirman lo anterior se han llevado a cabo con mujeres de menos de 60 años, y son pocos los estudios en donde las mujeres envejecientes son escuchadas desde una posición central en cuanto a sus visiones de “envejecer en femenino”.

A diferencia de las mujeres, los hombres, quienes envejecen en el mismo contexto sociocultural, introyectan otras perspectivas de la vida, vistas desde la masculinidad. Y, a pesar de que en los últimos 20 años esta creencia en el ejercicio de los roles de género ha cambiado sustancialmente para las nuevas cohortes generacionales, para los adultos mayores nacidos en las décadas de los 30 a los 50, los llamados *baby boomers*, estos valores fueron cimiento de su identidad de género y, por lo tanto, siguen siendo parte de los principios adquiridos socialmente que guían su actuar (Razo-González, Díaz-Castillo y Morales-Rossell, 2019). Para los hombres de esta cohorte generacional el ser hombre es ser “el fuerte” y “el proveedor”, por lo que envejecer puede ser símbolo de prestigio y experiencia, cuando se sigue siendo un buen proveedor, o de humillación ante la enfermedad y la fragilidad (Díaz-Castillo, González-Escobar, González-Arratia y Montero-López, 2018). Los estudios más recientes advierten diversos grados de malestar que se presentan en los varones viejos

Razo-González, A.M., et al. Envejecimientos y construcciones de género desde las...
ya que esta etapa vital pareciera entrar en contradicción con las exigentes demandas acerca de este rol de género (Iacub, 2014, p. 356).

Es importante tener en cuenta que las vivencias personales, las transiciones vitales y los procesos de socialización no son las únicas influencias en la construcción de las identidades y los roles de género, también hay que considerar en el análisis del enfoque de género los efectos de los procesos histórico-culturales que cada cohorte generacional enfrenta. Por ello la propuesta de este trabajo parte de un doble observatorio para el análisis de la construcción del género en la vejez. Por un lado, el enfoque de género y, por otro, el enfoque del curso de la vida. Todo ello a partir de la base de las relaciones familiares y sociales más cercanas a las personas.

Curso de vida y la significación del género

Uno de los principales cuestionamientos al abordar la perspectiva de género es qué significa ser hombre o mujer, y es en las relaciones familiares donde se brindan algunos elementos sustanciales para responderlo, a partir de lo que se espera de unos y otros, de lo permitido y no permitido, de las asignaciones sociales, de la edad, etcétera.

Los roles de género cambian como todos los otros roles con el curso de vida, pero forman parte de los pocos que se experimentan a lo largo del tiempo. Definen no solo lo que los sujetos son y sienten, sino el modo en que se relacionan con los otros y le dan sentido a sus experiencias y trayectorias vitales.

El curso de vida permite abordar historias y biografías tanto de manera individual como en el entramado de relaciones que ocurren como parte del desarrollo humano, “estudiando las vidas a lo largo de periodos sustanciales de tiempo se incrementa el potencial del interjuego entre cambio social y desarrollo individual” (Elder, 2006, p.11). En esta investigación se hace referencia al envejecimiento y a la

Razo-González, A.M., et al. Envejecimientos y construcciones de género desde las... construcción de roles de género desde de las relaciones familiares, correspondientes al espacio individual y aquellas transformaciones que competen al ámbito social. Ambas son consideradas a partir de elementos como la trayectoria de vida y los periodos de transición, los momentos críticos por los cambios y la significatividad de estos en la vida, así como la interconexión de estas interrelaciones e influencias.

Considerando que el envejecimiento y la construcción del género dependen, en buena medida, del sentido que se les otorga y de las funciones o actividades que cada uno desempeña, las relaciones familiares son el contexto primario en que el ser mujer u hombre cobran sentido por la asignación de roles, pero también por la repetición y transmisión de prácticas que van modificándose de acuerdo con la edad y época en que cada uno se desarrolla. Todo esto moldea tanto los roles de género como la forma de relacionarse y ocupar un lugar en el entramado familiar.

Relaciones familiares y trasmisión de género

La familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso. Es también la unidad básica de la enfermedad y la salud (Ackerman, 1994). La mayoría de nosotros nacemos y nos desarrollamos en el seno de una familia. El proceso de la vida en familia es complejo e involucra múltiples factores que modifican su conformación, estructura y dinámica. De ahí la existencia de diversos componentes alusivos a sus características y funciones, de las que se desprenden diferentes formas de explicar los factores implicados en las relaciones familiares (García, Rivera, Díaz, y Reyes, 2015). Así, la familia es un sistema dinámico, vivo que se encuentra en constante transformación a través del tiempo (García-Méndez, Méndez-Sánchez, Rivera-Aragón, y Peñaloza-Gómez, 2017, p. 21). De acuerdo con Minuchin (2009), “la familia cambiará a medida que cambie la sociedad. Probablemente en forma

Razo-González, A.M., et al. Envejecimientos y construcciones de género desde las... complementaria, la sociedad desarrollará estructuras extrafamiliares para adaptarse a las nuevas corrientes de pensamiento y a las nuevas realidades sociales y económicas” (p. 81).

Las relaciones en la familia tienen rasgos únicos; son íntimas, continuas, variadas y complejas, se dan en situaciones directas. Existen diversas formas de relacionarse e interactuar en una familia, entre las que destacan las relaciones conyugales, las relaciones entre padres, madres, hijos e hijas y las relaciones entre hermanas y hermanos. También se generan dentro de la familia los procesos de socialización, es decir, los niños y las niñas en las relaciones con sus madres y padres se van formando y educando y, a través de ellas y ellos, aprenden lo que es ser hombre y lo que es ser mujer. Esta transmisión de valores, normas y patrones de interacción se da intra e intergeneracionalmente.

La relación familiar se desarrolla dentro del contexto de una cultura donde se establecen un sistema de premisas que gobiernan sentimientos e ideas, donde se estipula la jerarquía de las relaciones interpersonales, el tipo de roles que se asumirán y las reglas de interacción de las personas en estos roles. Estas características hacen de dichas pautas una guía que norma la vida familiar e intervienen en el desarrollo de la personalidad y en la percepción de lo masculino y lo femenino (Díaz-Loving, 1999, citado en García et al., 2015).

Rocha-Sánchez y Díaz-Loving (2005) señalan que el proceso de identificarse como hombre o como mujer y desarrollar su rol de género implica la internalización de normas y reglas que culturalmente se establecen. Por ejemplo, en relación con los hombres y mujeres, hace 50 años el nacimiento de una niña era una tragicomedia, representaba, en muchas ocasiones, conceder una dote y en el aspecto moral se

Razo-González, A.M., et al. Envejecimientos y construcciones de género desde las... vinculaba con la virginidad de la mujer, por lo que si esta tenía relaciones sexuales previas al matrimonio deshonraba a la familia.

Otro aspecto que resaltar es la diferencia en la educación de los géneros, desde la infancia la mujer va desarrollando una identidad centrada en el bienestar de las otras personas. La visión de la mujer se vincula a las actividades afectivas encaminadas al cuidado de hijas e hijos, del hogar y la pareja; es decir, se enfatiza la capacidad maternal. En el varón el proceso consistía en alejarlo de lo femenino, desde los juegos y juguetes hasta las características comportamentales y de personalidad. Se promovía la temeridad, la agresividad, la brusquedad. Durante la adolescencia, entre más mujeres “conquistara” más reflejaba su hombría. La virilidad del varón era medida por la potencia sexual y el tamaño del pene, en realidad de la capacidad de ser fértil y de su actividad es proveer.

Para Walters, Carter, Papp y Silverstein (1991) las mujeres son formadas con la expectativa de que su principal meta en la vida es cuidar de otras personas, por lo que sus vidas se centran en actividades que conducen al engrandecimiento y no a ellas. El sentido que tienen de sí mismas está profundamente fincado en afiliaciones y relaciones personales que requieren el desarrollo de capacidades y cualidades de afectuosidad, expresividad emocional y empatía. Estos atributos las preparan para los roles que cumplen en las familias como las encargadas de confortar, pacificar y facilitar y como las que intermedian en los conflictos de los demás y se amoldan a los intereses familiares.

A diferencia de las mujeres, el sentido de sí mismo que tienen los hombres se basa primordialmente en el logro y no en las relaciones personales. Por consiguiente, el hecho de dar no forma parte de su autoimagen, como en el caso de las mujeres. En lugar

Razo-González, A.M., et al. Envejecimientos y construcciones de género desde las... de ello la autoimagen de los varones se conecta con las circunstancias de hacer. Aunque a los hombres les interesa ser maridos y padres, su definición de la masculinidad proviene predominantemente de sus roles fuera de la familia y de sus posiciones de liderazgo. El éxito en el mundo del trabajo a menudo exige reprimir sentimientos personales, aprender a dominar la pasión o la debilidad y desarrollar una conducta controlada, prevenida y calculada (Walters et al., 1991). Esto implica que el sentido de ser hombre se forma de elementos más objetivos, aquello que puede ser medible y verificable en lo manifiesto, que se despliega de manera explícita y evidente. La hombría es algo que debe mostrarse, mientras que el sentido de ser mujer consiste mayoritariamente en elementos subjetivos, porque depende más del ser con el otro y, por ende, de la valoración que de tales relaciones se genera, como si lo femenino fuese algo que hay que resguardar y mantener velado en espera de reconocimiento.

Existen una serie de cambios en la visión estereotipada de hombres y mujeres en función de las etapas de desarrollo y de la identidad de género. Entre los 20 y 50 años las personas llevan a cabo roles estereotipados, cercanas a los 50 años y en adelante, hombres y mujeres enfrentan un reajuste sexual. A medida que tienen mayor edad existe un decremento del grado de estereotipamiento. Fernández (1998) señala que los hombres tienden a presentar una visión más estereotipada que las mujeres, porque el estereotipo masculino es mucho más rígido y la presión social hacia los varones es más fuerte que hacia las mujeres (citado en Rocha-Sánchez y Díaz-Loving, 2005).

Con el paso del tiempo, el machismo mexicano ha declinado fuertemente en los últimos 35 años. Las mujeres se han liberado del mandato cultural más que los hombres, “casi con doble intensidad cayeron las premisas histórico-socioculturales que tienen que ver con la autoridad del hombre sobre la mujer” (Díaz-Guerrero, 2017, p.94).

Razo-González, A.M., et al. Envejecimientos y construcciones de género desde las...

No obstante, esto no refleja relaciones de equidad y libres de violencia de género, por lo que ese declive en porcentaje del machismo no representa necesariamente un declive en la intensidad de quienes aún lo ejercen. Por ello, es fundamental analizar la construcción del género a partir de los roles aprendidos y enseñados en el contexto familiar en los trayectos de vida.

Metodología

El método hermenéutico permitió hacer una aproximación interpretativa del contexto de los sujetos y desde ahí analizar la construcción de roles de género. Mientras que el fenomenológico posibilitó el estudio de la experiencia vital en tanto generación de significados vividos y experimentados a lo largo de la trayectoria de vida, articulados por un enfoque de curso de vida con perspectiva de género. Esto implicó que nos situáramos en el paradigma humanista, ya que lo que se resalta son las acciones sociales entendidas como actos y conductas humanas a las que los sujetos otorgan un sentido y significado de orden subjetivo y las cuales brindan soporte a sus experiencias de vida. Estas experiencias se interpretan considerando un marco de referencia que analizamos como curso de vida, en particular dentro del contexto familiar. La intelección de los sentidos es justo el eje transversal y articulador en la metodología, pues lo que se busca es la comprensión de los sentidos que conforman los roles de género en el contexto familiar durante (historicidad) y el curso de vida que llevan a diversas formas de envejecer (procesos de significación de la experiencia).

El enfoque de curso de vida es considerado tanto en el aspecto teórico como metodológico para analizar los vínculos entre las historias de vida individuales, el contexto familiar y los cambios sociales. Lo anterior, para construir a partir de ello significados de los roles de género en el proceso de envejecimiento.

Instrumento

La principal técnica de obtención de datos consistió en entrevistas a informantes clave, con estas entrevistas se buscaba “entender el mundo desde la perspectiva del entrevistado y desmenuzar los significados de sus experiencias” (Álvarez-Gayou, 2014, p. 09). Estas entrevistas fueron semiestructuradas, es decir tienen algunas secuencias de temas y algunas preguntas sugeridas, que permiten abordar las biografías con un enfoque de curso de vida. Se investigó “...cómo un acontecimiento familiar, económico de otro tipo que enfrenta un individuo modificará la probabilidad de que se produzcan otros eventos en su existencia” Courgeau y Lelièvre, (2001) citado en Blanco, (2011, p.15).

En primer lugar, con el objeto de ubicar el contexto cultural de las personas participantes se les solicitaron una serie de datos básicos, como sexo, edad, estado civil, escolaridad, religión, lugar de nacimiento y personas con las que vive. Posteriormente, se utilizó un guion de entrevista que, a través de las preguntas “disparo”, exploraba cuatro áreas importantes: *cultura*, *género*, *curso vital* y *sentido de vida*. Estas áreas posteriormente fueron armonizadas con las tres categorías de análisis propuestas por el enfoque de curso de la vida.

Las categorías *cultura* y *género* fueron entendidas como el conjunto de significados culturales, aprendidos a través de los valores familiares y la educación escolar y religiosa, que se fueron aplicando y transmitiendo a las siguientes generaciones. Esta concepción armoniza con la categoría de análisis de la *trayectoria* propuesta por el enfoque del curso de vida. El interés principal se centró en cómo esta trayectoria “abarca la línea de vida y carrera a lo largo de toda la vida” (Blanco, 2011, p. 12). Por lo tanto, se tomaron en cuenta los aprendizajes que formaron la identidad de género y la

Razo-González, A.M., et al. Envejecimientos y construcciones de género desde las...
introyección de los roles que corresponden a los significados de ser “hombre” o “mujer” dentro del contexto sociohistórico en el que los sujetos crecieron y cómo permanecen o se modifican hasta la vejez. Para ello las preguntas detonadoras fueron ¿considera que la educación en hombres y mujeres debe ser diferente?, ¿cómo fue su educación en ámbito escolar y religioso?, ¿con la edad ha cambiado su opinión con respecto a lo que aprendió sobre lo que corresponde a ser mujer u hombre? Para usted, ¿qué es lo más importante de ser hombre o mujer? De acuerdo con lo transmitido por sus padres ¿qué significa ser hombre y/o mujer?, ¿cree usted que las tareas y actividades que se asignan a hombres y mujeres son diferentes?, ¿qué diferencias considera que existen entre un hombre adulto mayor y una mujer adulta mayor?, ¿considera que ser mujer o hombre ha influido en su manera de envejecer?

La categoría *curso vital* se pensó desde el punto de vista de la psicología social, puesto que se considera que las teorías del curso vital tienen un componente evolutivo que trata de explicar el desarrollo humano en función del contexto social y cultural del desarrollo en donde se inserta el sujeto. Las preguntas pertenecientes a esta área se analizaron a través de la categoría ***transición*** del enfoque del curso de vida. En ella se da cuenta de cómo los caminos o las transiciones “en los cambios de estado, posición o situación” relacionadas con la edad y las etapas importantes previsibles durante el desarrollo psicosocial, van dando forma a las percepciones y conceptualizaciones individuales de lo que hombres y mujeres hacen para enfrentar las situaciones vitales concretas. En este sentido las preguntas giraban en torno a los aprendizajes sobre las cosas importantes de ser hombre o mujer a través de su tiempo de vida, basado en sus experiencias y en las enseñanzas familiares. A saber, ¿qué cosas son importantes para un hombre o una mujer?, ¿las cosas han cambiado con el tiempo (antes cuando era

Razo-González, A.M., et al. Envejecimientos y construcciones de género desde las...
joven y ahora en la adultez mayor) ?, ¿considera que hombres y mujeres pueden desarrollar las mismas actividades?, ¿quién enfrenta mayores retos y dificultades en la vida, hombres o mujeres?, ¿por qué? y ¿cómo describiría esta etapa de su vida siendo hombre o mujer?

La categoría *sentido de vida*, de acuerdo con la teoría, aparece con mayor nitidez durante las crisis, es decir, las situaciones límite que les han hecho tomar decisiones y posturas vitales importantes que han marcado lo que ahora son (Rodríguez, 2011). Esta categoría se puede bien armonizar, para enriquecer su análisis, con los puntos de quiebre *turning point* identificados para en enfoque del curso vital, puesto que significan “un cambio que implica discontinuidad en una o más de las trayectorias vitales” (Blanco, 2011). En especial, se buscaba cómo estos puntos de quiebre han influido en la percepción de los roles y la identidad de género. Las preguntas sugeridas fueron ¿cuáles serían los eventos más importantes de su vida? ¿En particular, alguno de estos eventos cambió su vida? Relatar cómo fue la experiencia, ¿lo enfrentó solo o sola? Consultar por el papel de la familia, los amigos, la comunidad, las instituciones y dejar claro ¿en qué o quién se apoyó?, ¿cómo lo enfrentó?, ¿considera que salió adelante?, ¿qué tuvo que hacer?, ¿cómo se sintió con lo hecho?, ¿qué siente al respecto de sus decisiones? Ahora, ¿qué piensa de la situación?, ¿lo haría todo igual?, ¿por qué considera que marcó su vida? Sin esa situación, ¿qué hubiese sido diferente? En cuanto a esta situación que vivió, ¿cree que algo hubiese sido diferente sobre ser hombre o mujer?

Participantes y sus referentes biográficos

Se realizaron en total 6 entrevistas a personas adultas mayores. Es importante aclarar que los referentes biográficos no son considerados aquí como datos aislados sino

Razo-González, A.M., et al. Envejecimientos y construcciones de género desde las... como elementos constitutivos de cursos de vida y posibilidades para crear sentidos de vida a partir de puntos de quiebre. Los participantes están integrados por personas adultas mayores, tres hombres y tres mujeres, lo que permite analizar las distintas visiones de un género y otro, así como las articulaciones y bifurcaciones en los cursos de vida, de acuerdo con la historia personal. Sus edades fluctuaron entre 65 y 79 años, lo que brinda un panorama histórico-social común que da sentido a hablar de cohortes generacionales, en este caso, pertenecientes a los denominados *baby boomers*, quienes nacieron en una época de altas tasas de natalidad e incremento en la esperanza de vida. Al mismo tiempo, los 6 participantes conviven con nuevas generaciones, que en algunos casos incluso están a su cargo. El estado civil de los tres hombres es casado y de las mujeres dos viudas y una casada, lo cual representa distintos puntos de quiebre y redes de apoyo diferenciadas según las condiciones de vida. La escolaridad se encuentra entre quinto grado de escuela básica (coincide con las personas de mayor edad) y tercero de secundaria o carrera técnica. El nivel educativo resulta sustancial en las formas de experimentar el envejecer, según las formas y posibilidades para generar recursos, no solo económicos sino también sociales. Todas las personas que participaron son de religión católica. Los tres hombres son originarios de la Ciudad de México, mientras que de las mujeres una de la Ciudad de México y las otras dos de estados del interior del país (Puebla y Guanajuato). Todos viven con sus familiares (cónyuges o hijos e hijas), otorgando una función fundamental a la familia en la construcción de sentido de vida, de roles de género y de redes de apoyo. Algunos presentan situaciones particulares de salud, por ejemplo, una de las participantes padece epilepsia.

Resultados

Para el análisis se dividió la percepción y vivencia de los roles de género, de acuerdo con el sexo de los participantes. De tal forma, se pudo observar cómo tanto hombres como mujeres visualizan los roles femeninos y los masculinos, a partir de sus propias vivencias. Partiendo de lo expresado por Rocha-Sánchez y Díaz-Loving (2005), sobre la internalización de normas y reglas que culturalmente se establecen y se expresan en el discurso cotidiano.

A partir del análisis de las entrevistas, resulta interesante que las concepciones de los roles de género responden a un proceso continuo de conformación, pero marcado por el curso de los años. Es como si cada periodo de edad preparara a los sujetos para asumir el rol de género de su siguiente etapa de vida. Sin embargo, tal rol se mantiene más o menos estable para las mujeres al conformar una familia, mientras que para los hombres se modifica de manera sustancial al llegar a la vejez. Las transiciones de la edad se experimentan conforme a lo social y culturalmente establecido como “propio de la edad” y son más o menos estables en el caso de las mujeres, a partir de la conformación de sus propias familias. No obstante, en el caso de los hombres sufren una considerable modificación tanto al momento de conformar una familia como al momento de envejecer.

Roles femeninos pensados desde los hombres

Lo primero que resalta en los participantes hombres es que describen, dentro de su proceso de socialización, haber crecido con una asignación de los roles femeninos desde la óptica de una sociedad patriarcal. Los hombres identifican que las mujeres deben cumplir funciones que socialmente se les han asignado como propias y en especial en el ámbito familiar y del hogar. Tales funciones no cesan al envejecer, caso

Razo-González, A.M., et al. Envejecimientos y construcciones de género desde las...
contrario a lo que ocurre con los hombres que será analizado más adelante. Algunos ejemplos de esto se evidencian en las siguientes frases:

“Ya ves que antes la mujer en su casa”.

“...porque nosotros los hombres somos más rudos para hacer los trabajos ¿no?, y una mujer pues se dedica más al hogar, exceptuando que muchas de ella si invaden el trabajo de los hombres”.

“Porque son la parte delicada de la vida, de todos, es la que tiene toda la carga, todo, ya que uno nada más se concreta a trabajar, ella debe de distribuirse a cualquier lugar, para desempeñar muchas funciones dentro del hogar”.

Es así como la casa es el ámbito de la mujer, el lugar donde ella tiene el mando. La mujer conoce el ámbito del hogar porque lo ha hecho más y “lo hace mejor”. Pero también la mujer es considerada como elemento guía en lo que respecta a valores y moral de la familia, es quien organiza en gran medida los roles que se esperan de cada persona, quien mayormente potencia el interjuego entre el desarrollo individual y el intercambio social, a través del curso de vida (Elder, 2006). Tal como se aprecia en estos fragmentos:

“En mi vida fui yo siempre el que mandaba, bueno entre comillas, aquí en la casa jamás, pero en la calle sí, y yo siento que así es en todos, mandarán en la calle pero en su casa no”.

“... en el hogar, aunque yo por mucho que haga no me comparo a la actividad que tiene [ella] ¡jamás! ¡no!, porque ella tiene muchos años de estar como quien dice laborando en el hogar”.

Incluso se observa en un participante la expresión irónica al decir “mujer, algo que le dicen el sexo débil” y en el fondo pensar que es más fuerte y que “la mujer ha luchado mucho”, puesto que el machismo es “el obstáculo más grande que enfrenta la mujer”.

Otro estereotipo manejado por los hombres y asumido socialmente, es que la mujer es más inteligente y, cuando no es así, se le puede someter. Como se evidencia en el siguiente fragmento:

“Si te toca una mujer mandona de amplio criterio, de cerebro grande y que estudie, pues lógico que va a ser más que tú, pero si te toca una señora de pueblo, tú la vas a mandar”.

Hay un reconocimiento velado de que la mujer puede ejercer cierto tipo de autoridad sobre el hombre, sobre todo en temas familiares. Esto, siempre y cuando no sea por la fuerza, sino basado en capacidades y características destacables, como cualidades emocionales y cognitivas. Sin embargo, mucha de la diferencia en la concepción de los roles parte de la “fuerza física del hombre”, sobre todo para explicar las diferencias en el área laboral. Esto se refleja a continuación:

“Aunque están peleando su igualdad, pero es difícil, es muy difícil que, que sea, quizás en la intelectual hasta son superiores a uno, eso sí, pero en fuerza y destreza física no, no creo”.

“en lo laboral pues...nada más por la fuerza del hombre, pero inteligentemente están igual de capacitados”.

“una mujer tiene que estar este... precisamente intelectualmente desarrollarse más mucho mejor que uno ¿no?, uno de hombre, los hombres somos un poco se puede decir más arrebatados... entonces ahí es en donde ustedes tienen que ser un poquito más este... pus más intelectual en ese aspecto ¿no? de que ustedes van más, más adelante en ese ese y nosotros no”.

Roles masculinos pensados desde los hombres

En concordancia con el pensamiento de Walters et al. (1991), se constató que las características del rol masculino son la responsabilidad y obligación de trabajar. Estar al pendiente de la familia hasta el final de su etapa “productiva”; es decir, a diferencia de la mujer, el hombre considera que su rol se modifica con su envejecimiento. Se llega a considerar que envejecen con mayor prontitud que la mujer “quienes pueden seguir cumpliendo con sus cargas de trabajo”. También, señala que

“cumplir con tus obligaciones, ser buen padre, ser responsable, buen esposo, buen hermano, buen amigo”,

“ser más responsable de... de la familia, de los hijos y después la descendencia”,

“ser consciente de lo que es la familia ¿no?, estar este... siendo responsable estar, estar ora sí que al pie del cañón hasta que donde nos alcance el, el tiempo...”.

El matrimonio puede ser visto como una forma de sentar cabeza y la familia como el impulso para corregir el rumbo: “Porque yo era bien vago...Borracho, mujeriego, hasta que la conocí. Una u otra. Me quedé con una, me quedé con ella”.

El padre como el que juzga y corrige, “el ogro” para los hijos, pintado por la madre.

Como se aprecia a continuación:

“Fue la que los sacó adelante “No, es que el niño se portó mal” “¡Pégale!” “Dale fuerte” “Dale, dale, dale, no pierdas el tino” Me decía a mí ¿no? No pues, ¡El ogro era yo! Ella era la buena y ¡La que me hacía ser el ogro era ella! ... Si, los acusaba conmigo, pero ella era la que les daba sus caminitos para que se educaran”.

La vejez y la enfermedad percibida como debilitamiento físico que lo coloca en una posición diferente con la mujer y la familia, como en estos fragmentos:

“fíjate que ya ves que dicen “el hombre envejece más pronto que la mujer” y eso que la mujer ya ves que tienen infartos y todo eso, y el hombre envejece primero que la mujer”.

“...los tengo yo que este que estar observando y si puedo les puedo dar un consejo y si no pus mejor me quedo callado dicen, decía una tía mía, calladito te ves más bonito y no te metas porque sales, sales este... (risa nerviosa), sales sobrando y no te van a hacer caso...uno de hombre se le va acabando la cuerda”.

“Cuando eras tú el hombre de la casa, tú aportabas todo, ahora en este caso en la situación en la que yo me encuentro [enfermo], es al lado contrario, la que me aporta un poco es mi esposa”.

La transmisión de los hábitos por parte del ejemplo de los padres se puede dar en dos direcciones: se aprende de lo bueno y se sigue o se aprende de lo malo para no repetir el error. Todo esto envuelto en creencias basadas en una cultura patriarcal. El padre bueno enseña la cualidad de trabajo, el compromiso y el respeto; el padre malo abandona y es irresponsable. Existe además un incipiente reconocimiento de que el

Razo-González, A.M., et al. Envejecimientos y construcciones de género desde las... machismo es un reto por vencer para dejar que la mujer sea: “es muy importante que el hombre se libere del machismo para que la mujer llegue a superarse”.

Para los hombres los puntos críticos que modifican sus roles de género en la familia, sobre todo, ocurren de la mano con la vejez, pues es cuando ve debilitada su fuerza física y se relaciona también con algunas enfermedades que se presentan. Esto disminuye su autonomía e independencia y hace que encuentren en la familia un apoyo. **Roles femeninos pensados desde las mujeres**

Los roles femeninos pensados desde las propias mujeres destacan la capacidad de ser en función de lo que pueden dar y ofrecer a las otras personas. No en un sentido instrumental, si no, por ejemplo, en el desempeño de ser madres y esposas. Esto corrobora las afirmaciones de Walters, et al (1991) sobre que las expectativas con las que son formadas las mujeres tienen como meta principal el cuidar de otras personas. La maternidad es un símbolo gozoso, “algo que los hombres no pueden hacer”. La transmisión de los roles de género se introyecta a través del contacto materno o con una figura femenina que ocupe el lugar de la madre.

A pesar de comenzar un pensamiento más “empoderado”, al final prevalece el estereotipo de la mujer femenina “afable” y el “hombre que impone”. El trabajo femenino es más bien percibido como algo que la mujer realiza por necesidad “para salir adelante con sus hijos”, algo que brinda independencia económica y en la toma de decisiones; pero que implica sacrificar elementos de atención al rol principal que es el de madre.

En el curso vital son las hijas y los hijos quienes impulsan un cambio de vida y en los roles, que ocurren más por necesidades que presentan las distintas circunstancias de vida, que por convicción e iniciativa propia.

El proceso de envejecimiento, acentuado con los cambios de la vejez y las enfermedades, son otro punto de quiebre en la vida; pero, a diferencia de los hombres, esta no influye en su identidad de género ni en sus roles. Las redes sociales primarias que se generan entre mujeres son un punto importante para enfrentar las situaciones vitales.

Roles masculinos pensados desde las mujeres

En general, en las mujeres entrevistadas se perciben críticas y hacen comentarios irónicos hacia el machismo “pues que según como se creen muy hombres”. Asimismo, acerca de cómo ellos si pueden abandonar a la responsabilidad de la familia; sin embargo, hay “sometimiento” a las normas aprendidas y establecidas desde la infancia. La cultura patriarcal introyectada tiene todavía mucho peso. Se ve a la figura masculina como un compañero de vida, como un apoyo muy valorado que, paradójicamente, implica un mayor trabajo para las mujeres porque deben atenderlos en el hogar. El hombre se percibe como más “flojito” para ayudar en el ámbito de la casa y menos preocupado por su estado de salud. Además, el hombre puede abandonar la responsabilidad de la casa o seguir “una doble vida”, sin ser cuestionado por otros hombres, aunque sean los hijos varones.

Las mujeres tienden a asumir su envejecimiento como un proceso de continuidad en el desempeño de sus funciones y la consolidación dentro de la familia, mientras que asumen que el rol de género de los hombres se modifica acrecentando la carga de trabajo y atención que deben brindarles al llegar la vejez.

Conclusiones

La familia es un entramado multifactorial donde se construyen los roles de género. Las expectativas de las figuras materna y paterna hacia hijos e hijas son

Razo-González, A.M., et al. Envejecimientos y construcciones de género desde las... transmitidas con elementos de influencia del contexto social. Aunque, también, con aquello de orden biográfico, donde los ejemplos y enseñanzas recibidas son fundamentales para significar lo que es ser hombre o mujer y las expectativas en torno a ello en el proceso de envejecimiento. Las trayectorias de vida muestran cómo los cambios económicos, sociales, culturales y biológicos, van transformando la perspectiva acerca de lo que significa ser hombre o mujer en distintos momentos de la vida, pero no a modo de eventos sino como entramados diacrónicos que se significan unos a otros en procesos de cursos de vidas.

En buena medida lo que se espera en la vejez y el modo en que se dimensiona esta, corresponde no solo a lo aprendido en el trayecto de vida, sino también en lo transmitido y enseñado de manera particular dentro de la familia. Esto porque construir una familia es relevante tanto para la mujer como para el hombre, aunque con diferencias sustanciales. Por un lado, los hombres consideran importante la familia como elemento de acompañamiento y atención en la vejez, mientras las mujeres destacan su importancia como acompañamiento más de orden emocional que instrumental.



Referencias

- Ackerman, N. (1994). *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*. Buenos Aires: Hormé.
- Álvarez-Gayou, J. L. (2014). *Cómo hacer investigación cualitativa*. México: Paidós.
- Blanco, M. (enero-junio de 2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. (A. L. Población, Ed.) *Revista Latinoamericana de Población*, 5(8), 5-31. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323827304003>
- Butler, J. (1990). *Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. New York: Routledge.
- Díaz-Castillo, R., González-Escobar, S., González-Arratia, N. y Montero-Lopez, L. (2018). Factores protectores de la resiliencia en un grupo de hombres mayores. *Temas selectos de biomedicina en Ciencias de la Salud, II*, En proceso.
- Díaz-Guerrero, R. (2017) *Psicología del Mexicano 2: Bajo las garras de la cultura*. México, Trillas.
- Elder, G. e. (2006). "The emergence and development of life course theory". En J. & Mortimer, *Handbook of the Life Course* (págs. 3-19). New York: Plenum Publishers.
- García, M., Rivera, S., Díaz, R. y Reyes, I. (2015). *Continuidad y cambio en la familia. Factores intervinientes*. México: Manual Moderno.
- García-Méndez, M., Méndez-Sánchez, M.P., Rivera-Aragón, S. y Peñaloza-Gómez, R. (2017). Escala de funcionamiento familiar. Propiedades psicométricas modificadas en una muestra mexicana. *Iberoamericana de Psicología*, 10(1), 19-27. Obtenido de <https://revistas.iberoamericana.edu.co/index.php/ripsicologia/article/view/1187>
- Ginn, J. y Arber, S. (1996). Mera Conexión: Relaciones de género y envejecimiento. En J. Ginn, & S. Arber, *Relación entre género y envejecimiento* (págs. 17-34). Madrid: Narcea.
- Hierro, G. (1996) (consultado el 10 de 01 de 2010). *La violencia moral contra las mujeres mayores*. Obtenido de MamaMetal.com: <https://psicogerontologiauneve.com/?s=la+violencia+moral&submit=>
- Iacob, R. (2014). Masculinidad en la Vejez. En L. ARGENTINA, *Seminario Diversidad Cultural y Envejecimiento: la familia y la comunidad* (pág. 356.365). Buenos Aires: LARNA.



- Razo-González, A.M., et al. Envejecimientos y construcciones de género desde las...
- Inda, N. (2016). La perspectiva de género en investigaciones sociales. En C. Vershuur, & F. Hainard, *Des brèches dans la ville* (págs. 26-38). Berne: UNESCO
- Ingrish, D. (1996). Adaptación y resistencia de las mujeres a medida que envejecen. En J. Ginn, y S. Arber, *Relación entre género y envejecimiento* (págs. 72-88). Madrid: Narcea.
- Lamas, M. (2000). *El Género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: UNAM-PUEG.
- Lavile d'Épinay, C., Bickel, J.-F., Cavali, S. y Spini, D. (2011). El curso de vida emergencia de un paradigma multidisciplinario. En J. Yuni, *La vejez en el curso de la vida* (págs. 111-301). Córdoba: Encuentro Grupo Editor 2011.
- Minuchin, S. (2009). *Familias y terapia familiar*. España: Gedisa.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (31 de agosto de 2015). Nota descriptiva No. 403. Recuperado el 10 de marzo de 2017, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs403/es/>
- Razo-González, A. (2012). Envejecimiento, Género y Vejez. En D. Gascón Navarro, *Género y Vejez: De la naturalización a la diversidad* (págs. 33-44). Alemania: Académica Española.
- Razo-González, A., Díaz-Castillo, R. y Morales-Rossell, R. (marzo-agosto de 2019). Diferencias de género en el significado psicológico de la calidad de vida en un grupo de personas adultas mayores. *GenEros*, 26(25), 147-167.
- Rocha-Sánchez, T. y Díaz-Loving, R. (junio de 2005). Cultura de género: La brecha ideológica entre hombres y mujeres. (UNAM, Ed.) *Anales de Psicología*, 21(1), 42-49.
- Rodríguez, M. (2011). Sentido de vida en las crisis. *NOUS. Boletín de Logoterapia y Análisis*(15), 21-33.
- Walters, M., Carter, B., Papp, P. y Silverstein, O. (1991). *La red invisible: Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. Barcelona: Paídos Ibérica Ediciones.

Artículo recibido: 17 diciembre, 2019
Artículo aprobado: 06 noviembre, 2020



CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA POR PERSONAS ADULTAS MAYORES ASISTENTES AL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF) HUIXQUILUCAN, MÉXICO

QUALITY OF LIFE PERCEIVED BY OLDER ADULTS ATTENDING THE INTEGRAL DEVELOPMENT OF THE FAMILY (DIF) HUIXQUILUCAN, MEXICO

Rosa López Fernández¹, José Damián Carrillo Ruiz²

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo principal conocer la calidad de vida percibida por personas adultas mayores asistentes a clubes de la tercera edad en Huixquilucan, Estado de México, así como determinar aspectos sociodemográficos relacionados con esta percepción. La hipótesis fue que las personas adultas mayores tendrían una percepción alta de su calidad de vida. Se realizó un estudio descriptivo y correlacional, con un enfoque cuantitativo y un diseño transversal no experimental. Participaron 479 personas mayores elegidas de forma no probabilística y por conveniencia. Se aplicó la escala RL de Calidad de vida (López, 2016). Los datos obtenidos se analizaron a través de diferentes programas estadísticos. Los resultados mostraron que hubo una percepción alta de la calidad de vida, así como que asistir a actividades sociales lo favorece. Se obtuvo una relación significativa con las variables medidas; a saber, escolaridad, edad, ocupación, religión, estado civil, con quién vive, tener un cuidador y nivel de ingreso.

PALABRAS CLAVE: Calidad de vida, personas adultas mayores, envejecimiento.

ABSTRACT

The aim of this research was to identify the perceived quality of life of the older adults attending elderly clubs in Huixquilucan, State of Mexico, and determine the sociodemographic factors related to that perception. The hypothesis was that older adults would have a high perception of their quality of life. A descriptive and correlational study, with a quantitative approach and a non-experimental cross-sectional design, was carried out. 479 older adults, chosen by a non-probabilistic and convenience sampling method, participated in the study. The RL Quality of Life scale was applied (López, 2016). The obtained data were analyzed using different statistical programs. The results showed a high perception of quality of life, reinforced by attending social activities; a significant relation between the following measured variables was observed: schooling, age, occupation, religion, marital status, who do they live with, having a caregiver and income level

KEY WORDS: Quality of life, older adults, aging.

¹Doctora en Investigación Interdisciplinaria, Universidad Anáhuac. Coordinadora del Diplomado en Cuidados a las personas adultas mayores, Catedrática e investigadora, Facultad Psicología Universidad Anáhuac. México. E-mail: ros_lopez@hotmail.com

² Doctor en Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de México. Director de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Anáhuac. México. E-mail: josecarrilloruiz@yahoo.com



Introducción

Investigar sobre la calidad de vida desde el punto de vista científico constituye un gran reto para cualquier investigador. El término calidad de vida tuvo su origen en la antigüedad cuando el hombre comenzó a tomar conciencia de los determinantes de su existencia. Se relacionaba fundamentalmente con las actividades del modo de vida, como trabajo, nutrición, ejercicio, recreación y actividad sexual, entre otras, con el objetivo de lograr una vida con calidad, bienestar y salud.

Hipócrates, los utopistas del Renacimiento y los higienistas sociales constituyeron los tres estadios en la conformación de una concepción que consideraba que el grado de calidad de vida alcanzado por la población estaba en dependencia de las condiciones de vida y económicas. Asimismo, que jugaban un papel trascendental en la determinación de la salud (Quintero, 1996).

Como categoría de investigación científica, surge a finales de los años 40 y principios de los 50 del siglo XX, en los Estados Unidos de América. Como objeto de estudio científico, es entonces muy actual tanto para las ciencias en general, como para la psicología en particular (Laucirica, 2003).

A partir de los años setenta, del pasado siglo, el estudio de la calidad de vida, desde una perspectiva biomédica, psicológica y social, comienza a hacerse más sistemática y relevante en el mundo académico.

El concepto de calidad de vida se ha construido en un proceso dinámico que ha sufrido profundas modificaciones en las tres últimas décadas. Ha evolucionado desde una concepción sociológica hasta la actual perspectiva psicosocial, en la que se incluyen los aspectos tanto objetivos como subjetivos del bienestar o de la satisfacción personal con la vida. Estos últimos son los que han adquirido mayor relevancia en la actualidad.



Históricamente, la calidad de vida estuvo vinculada a factores económicos y sociales, sin embargo, existe evidencia de la participación de diversas disciplinas de las ciencias naturales, de la salud y del comportamiento humano que han contribuido a su estudio (González-Celis, 2010).

Hubo varias definiciones del término por diferentes autores. Una de las propuestas más comprensivas sobre el concepto calidad de vida fue el que presentó en su época Katschnig (2000), quien refirió que debía estar relacionado con el bienestar psicológico, la función social y emocional, el estado de salud, la funcionalidad, la satisfacción vital, el apoyo social y el nivel de vida. Asimismo, señaló que para su medición se utilizaran indicadores normativos objetivos y subjetivos de las funciones física, social y emocional de los individuos.

A la par del desarrollo que había estado teniendo el término calidad de vida, en el mundo estaba ocurriendo algo significativo y no era otra cosa que un creciente aumento de la esperanza de vida. El descenso sin precedentes históricos de la tasa de natalidad, los cambios en la estructura de las poblaciones, en el tamaño y las formas en la familia, los cambios en el status de las mujeres y la reducción creciente de las tasas de actividad laboral entre las personas de cincuenta y cinco y más años convirtieron el envejecimiento de la sociedad en una cuestión de máximo interés. Esta nueva situación demográfica, trajo consigo el comienzo del estudio de la calidad de vida en personas adultas mayores, cobrando especial interés en las últimas décadas, lo cual llevó a que se realizaran diferentes investigaciones al respecto.

En este sentido, la vejez supone uno de los contextos en los que la calidad de vida más se ha investigado. La premisa principal ha sido que las personas mayores experimentan, a lo largo de la vejez, una serie de pérdidas o disminuciones de las

López, R., et al. Calidad de vida percibida por personas adultas mayores asistentes... condiciones o ingredientes que comúnmente están involucradas en la vida y que, por tanto, su la calidad de vida se resiente (Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Macías, 1997).

Entre las primeras definiciones de calidad de vida que han sido ligadas con la situación de la persona adulta mayor está la propuesta por Fernández-Ballesteros desde 1998. Esta autora ha trabajado durante muchos años esta categoría en personas senescentes y señaló una serie de componentes teóricos y empíricos que parecen determinar la calidad de vida. Estos componentes son salud (disfrutar de buena salud), aptitudes funcionales (ser capaz de cuidarse), condiciones económicas (tener una buena pensión o ingreso), relaciones sociales (mantener relaciones con la familia y amistades), actividad (ser una persona activa), servicios sociales y de salud (tener buenos servicios sociales y de salud), calidad en casa y en el contexto próximo (tener una buena casa en un ambiente de buena calidad), satisfacción de vida (sentir satisfacción con la vida) y oportunidades culturales y educaciones (tener la oportunidad de aprender nuevas cosas) (Fernández-Ballesteros, 1998) (Fernández-Ballesteros, 1997).

Para estudiar calidad de vida en personas adultas mayores es necesario tomar en consideración la interrelación de varios aspectos (Sofía,1996) (Romero-Márquez y Romero-Zepeda, 2010) (Sánchez-Sosa y González-Celis, 2006). Entre estos se encuentran factores biológicos, psicológicos, sociológicos, económicos, demográficos, políticos y antropológicos, entre otros.

En la calidad de vida de las personas influyen tanto aspectos objetivos como subjetivos. La valoración de la vida depende de una serie de apreciaciones que se hacen de su propia vida, marcadas por condiciones tanto materiales como espirituales del contexto en que se desarrollan. Para su mejor entendimiento, se asume que esta

López, R., et al. Calidad de vida percibida por personas adultas mayores asistentes... categoría se debe situar en un modelo biopsicosocial, determinado fundamentalmente por el grado de independencia funcional de las personas adultas mayores.

La circunstancia en la que determinada persona se encuentra permite explicar, al menos hasta cierto punto, su calidad de vida. La edad, el género, la posición social, el vivir en el propio domicilio o en una institución son, sin duda, variables que permiten predecir la calidad de vida de una determinada persona.

El estudio de esta categoría en personas de 60 años y más obliga a tener en cuenta aspectos específicos de este grupo poblacional, el cual se enfrenta no solo al envejecimiento cronológico sino también al envejecimiento funcional, que es dado por la disminución gradual de las capacidades físicas, psíquicas y sociales para el desempeño de las actividades de la vida diaria (Romero-Márquez y Romero-Zepeda, 2010).

Valorar la calidad de vida de la persona adulta mayor lleva implícito un problema generacional y motivacional. La familia (entre otras instituciones) en ocasiones no considera estos aspectos subjetivos de la persona adulta mayor. Aspectos tales como el apego a la vivienda, a la ciudad, al centro de trabajo, al círculo de amigos, a tradiciones, a objetos que lo acompañaron y que ya pueden considerarse obsoletos, necesidad de opinar y tomar decisiones pueden darle la calidad de vida que necesita.

El cambio demográfico en México se ha producido con tal velocidad que hoy el país se encuentra ante la necesidad de atender los efectos del alto crecimiento poblacional y de preparar respuestas institucionales y sociales para encarar los desafíos presentes y futuros que representa el envejecimiento demográfico.

Lo más importante no es solo continuar aumentando la longevidad en la persona adulta mayor, sino mejorar cualitativamente su calidad de vida, siendo una necesidad

López, R., et al. Calidad de vida percibida por personas adultas mayores asistentes... social mejorar el estilo de vida, potenciar el desarrollo humano y como resultado la esperanza de esta. Por ende, es de suma importancia que se realicen más investigaciones. Aumenta la necesidad de incursionar y conocer cómo perciben su calidad de vida y qué variables sociodemográficas están determinando esta evaluación, en las personas adultas mayores que viven y asisten a los clubes de la tercera edad, en Huixquilucan, Estado de México.

Metodología

La calidad de vida en la vejez es un asunto que afecta no solo a las personas mayores, sino también a sus familias y a la sociedad. Si bien este concepto en uno de los más utilizados en las ciencias sociales y en la planificación social en general, está adquiriendo nueva vigencia en relación con el envejecimiento y plantea nuevos retos en términos de desarrollo conceptual y aplicación práctica. Por esto, su estudio ha adquirido trascendental importancia.

Lo mencionado anteriormente condujo a las preguntas de investigación del presente estudio: ¿cómo perciben su calidad de vida las personas adultas mayores que asisten a las actividades del DIF de Huixquilucan, Estado de México? y ¿cuáles serían los factores de mayor relevancia al percibir su calidad de vida? Así, el objetivo general fue conocer la percepción que tienen de su calidad de vida las personas adultas mayores, que asisten a los clubes de tercera edad del DIF de Huixquilucan, Estado de México. Además, el objetivo específico fue determinar los aspectos sociodemográficos que se relacionan con la calidad de vida percibida por las personas mayores en el estudio.

Se hizo un estudio descriptivo y correlacional, con enfoque de investigación cuantitativo y un diseño no experimental, transversal. De igual modo se formuló la hipótesis de que las personas adultas mayores que asistían a los clubes de la tercera edad

López, R., et al. Calidad de vida percibida por personas adultas mayores asistentes... del DIF de Huixquilucan, Estado de México tendrían una percepción alta de su calidad de vida, según la medición obtenida con la aplicación de la escala RL de Calidad de vida (López, 2016). En contraposición, se formuló como hipótesis nula que no tendrían una percepción alta de su calidad de vida.

De la misma manera, como variable dependiente se consideró calidad de vida percibida por las personas adultas mayores y, por otro lado, como variables independientes se contemplaron club al que pertenecían, edad, sexo, estado civil, escolaridad, vivienda propia o alquilada, ocupación, ingresos, número de hijos, con quién vivían, religión, enfermedades, si tenían atención médica y si existía presencia de persona cuidadora.

Además, las variables serían medidas por la escala tipo Likert “RL de calidad de vida percibida”, construida y validada para población adulta mayor mexicana, por una de las personas autoras del trabajo (López, 2016). Esta escala consta de 41 reactivos, cada uno con cuatro opciones posibles de respuesta: siempre, algunas veces, pocas veces y nunca. Evalúa percepción de salud, satisfacción con la vida, relaciones familiares, expectativas a futuro, apoyo social, satisfacción con el presente, satisfacción con sus condiciones socioeconómicas, situación monetaria, condiciones de vivienda, relaciones sociales, sexualidad, entretenimiento, entre otras. Cuenta con un alfa de Cronbach de $\alpha.891$ y una validez por arriba de .40 para los 41 reactivos, por lo que tiene los índices de confiabilidad y validez aceptables para ser utilizada en el estudio y medir la calidad de vida percibida por personas adultas mayores mexicanas.

La escala tiene un criterio numérico para decidir el nivel de calidad de vida percibida según el percentil correspondiente al puntaje obtenido en la aplicación de la escala RL. Por lo tanto, si la calidad de vida es muy baja, se obtendrían puntajes entre

López, R., et al. Calidad de vida percibida por personas adultas mayores asistentes...
 $41 \leq s \leq 65.5$; si la calidad de vida es baja, puntajes entre $65.6 \leq s \leq 90.1$; si la calidad de vida es promedio, puntajes entre $90.2 \leq s \leq 114.7$; si la calidad de vida es alta, puntajes entre $114.8 \leq s \leq 139.3$, y la calidad de vida es muy alta si los puntajes se encontraban entre $139.4 \leq s \leq 164$ puntos.

En relación con las definiciones, calidad de vida se puntualizó como la percepción que una persona tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, estándares e intereses. Se trata de un concepto amplio que está influido de un modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales del entorno (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013).

El procedimiento seguido fue contactar a las personas ejecutivas del DIF y al presidente municipal de Huixquilucan, en el Estado de México, México, para explicarles el trabajo previsto y solicitar su consentimiento para realizar el proyecto. El objetivo del sistema municipal DIF de Huixquilucan es coordinar las actividades pertinentes que fomenten el desarrollo integral de las familias huixquiluquenses, a través de servicios y acciones de prevención y atención para las mujeres, niños, adolescentes, discapacitados y personas adultas mayores, priorizando a los grupos más vulnerables; buscando así incrementar la calidad de vida de la población del municipio.

La atención a las personas adultas mayores es una acción prioritaria de la institución, quien, en coordinación con el Instituto Nacional para la Atención a las Personas Adultas Mayores (INAPAM) de México, busca hacer valer los derechos de este grupo social, mediante programas y acciones que logren el desarrollo pleno de las

López, R., et al. Calidad de vida percibida por personas adultas mayores asistentes...
personas de la tercera edad, servicios de asistencia médica y asesoría jurídica, entre otras.

En el municipio de Huixquilucan existen un total de 17 784 personas adultas mayores, 8523 hombres y 9261 mujeres. Se les brinda atención a través de 29 clubes que se tienen establecidos en diferentes comunidades, donde se atienden aproximadamente a 1500 personas adultas mayores. Los habitantes de 60 años o más alcanzan el 7.49 % del total de la población (Desarrollo Integral de la Familia [DIF], 2013).

Respecto al estudio, lo integraron 479 participantes, n=192 hombres y n=287 mujeres, que asistían a las actividades de los clubes de la tercera edad del DIF de Huixquilucan. La selección de participantes fue de manera no probabilística, por conveniencia. Los criterios de inclusión fueron aquellas personas adultas mayores de 65 años o más que asistieran a los clubes de la tercera edad, que supieran leer y escribir, sexo indistinto y que dieran su consentimiento informado para participar en el estudio. Se decidió partir de 65 años tomando en consideración que actualmente existen en México diferentes criterios en cuanto a leyes de jubilación y planes de pensiones. Los criterios de exclusión fueron personas adultas mayores con problemas psiquiátricos, principalmente demencia. Esta información se obtuvo por parte de las coordinadoras de los clubes. Como criterio de eliminación, se omitieron los datos de las personas adultas mayores que no respondieron de manera completa los instrumentos o aquellos que no asistieron el día de la aplicación de estos.

Posteriormente, cuando se seleccionaron, se les aplicó el instrumento, previo consentimiento informado. Luego, se construyó la base de datos, que se analizó mediante técnicas estadísticas computarizadas y pruebas no paramétricas. Fueron

López, R., et al. Calidad de vida percibida por personas adultas mayores asistentes... utilizados el Programa Estadístico de Ciencias Sociales (SPSS), Excel y Minitab. El nivel de significancia establecido para todas las pruebas fue $\alpha \leq 0.05$.

Los alcances del estudio fueron conocer, en el municipio de Huixquilucan, la percepción que tenían de su calidad de vida personas adultas mayores que asisten a los clubes de la tercera edad del DIF; estudio que no se había realizado antes. El trabajo puede ser útil como fundamento teórico y empírico para otros estudios de investigación sobre la calidad de vida de las personas adultas mayores mexicanas y como fuente de inspiración para estudios de esta índole en otros países.

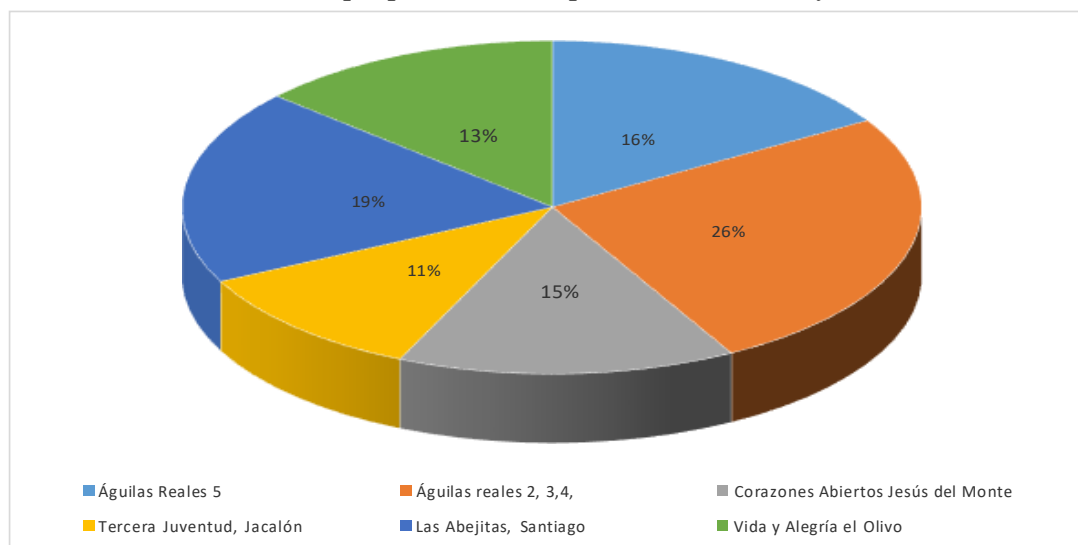
Finalmente, como limitaciones del estudio, se puede plantear que en esta población aún existe analfabetismo. Por tanto, las personas con esta condición no se consideraron para este estudio, lo que trae como consecuencia que muchos no pudieran participar y no se conociera su percepción de calidad de vida. Los resultados dado el tamaño de la muestra no pueden generalizarse para toda la población adulta mayor mexicana.

Resultados

Se estudiaron un total de 6 clubes de la tercera edad de acuerdo con la estructura establecida por el DIF de Huixquilucan. Cada uno compuesto por un número diferente de personas mayores, como se puede apreciar en la gráfica 1.



Gráfica 1. Club al que pertenecen las personas adultas mayores del estudio.



Fuente: Elaboración propia

El cuadro 1 resume las características sociodemográficas generales de las personas adultas mayores que participaron en el estudio.

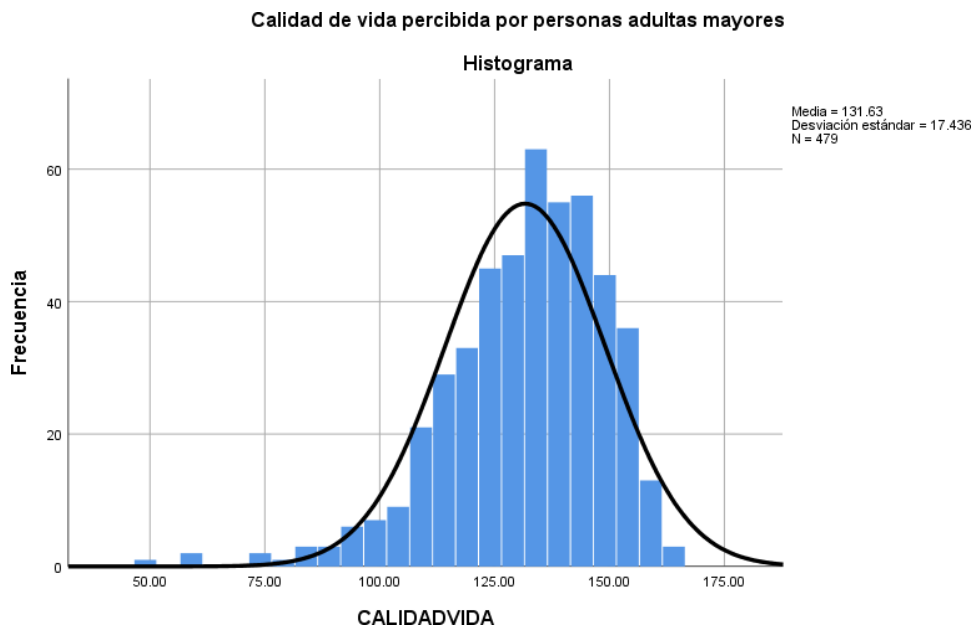
Cuadro 1. Características descriptivas principales de la muestra

Variable	Porcentaje obtenido	Valor de n
Edad media	73 años (Desv. Std= 6.564)	n=479
Ocupación	Ama de casa el 47.2 %	n=226
Tienen asistencia médica	El 77.7 %	n=372
Escolaridad	Primaria 52.4 %, primaria terminada 18 %, noveno grado sin terminar 6.7 %, noveno grado terminado 5.8 %, doceavo grado sin terminar 1.9 %, doceavo grado terminados 6.1 %, universidad sin terminar 8.8 %, universidad terminada 0.4 %	n= 250 n=86 n=32 n=28 n=9 n=29 n=42 n=2
Con quien viven	Pareja el 30.1 %	n=144
Estado civil	Casados el 47.6 %	n=228
Religión	El 90.6 % profesan la católica	n=434
Viven en casa propia	El 77 %	n=369
Ingreso	El 40.9 % reciben 2000.00 mx mensuales	n=196
Cuidadores	No tienen el 86.6 %	n=415
Enfermedades	Hipertensión reportan el 30.1 %	n=144
	Diabetes <i>mellitus</i> reportan el 15.4 %	n=64
	Trastornos circulatorios reportan el 5 %	n=24
Número de hijos	Tener 3 y 4 hijos es la frecuencia más observada 34.2 %	n= 164

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con los criterios de clasificación de calidad de vida mencionados anteriormente en este trabajo, se encontró que las personas estudiadas percibieron su calidad de vida como alta, lo cual es consistente con la hipótesis como se ve en la gráfica 2.

Gráfica 2. Calidad de vida percibida por las personas adultas mayores del estudio.



Fuente: Elaboración de propia

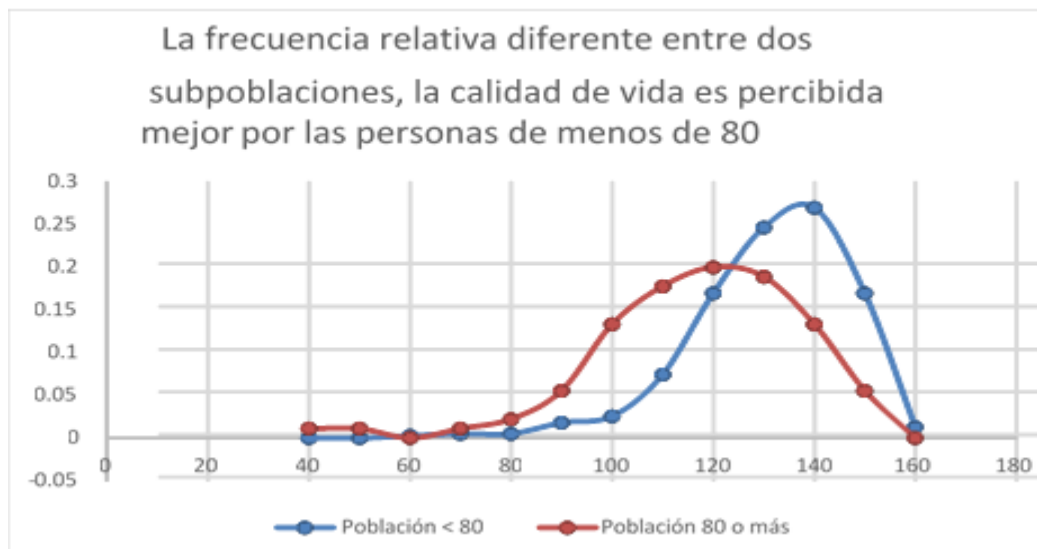
Para dar respuesta al objetivo específico se realizó la prueba de la ji al cuadrado de Pearson para buscar la significancia entre los clubes a los que pertenecían las personas adultas mayores y su percepción de calidad de vida. Se demostró que no hubo una diferencia significativa en la percepción de la calidad de la vida entre los diferentes clubes $\chi^2(X) = 398.046, DF = 390, p = 0.37$.

Se consideraron dos subpoblaciones de edad de la totalidad de personas adultas mayores participantes: los menores a 80 años y los de 81 años o más. Para estas dos subpoblaciones se usó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para dos muestras, que

compara las frecuencias relativas acumuladas de la subpoblación menor a 80 años con la de 81 o más años.

Se observó que los puntajes de la percepción de la calidad de vida de la subpoblación de menos de ochenta años son mejores que los de la subpoblación de 81 años o más $\chi^2 = 30.2, DF = 2, p = 0.0275$), como se ve en la gráfica 3.

Gráfica 3. Subpoblaciones de edad y su percepción de la calidad de vida

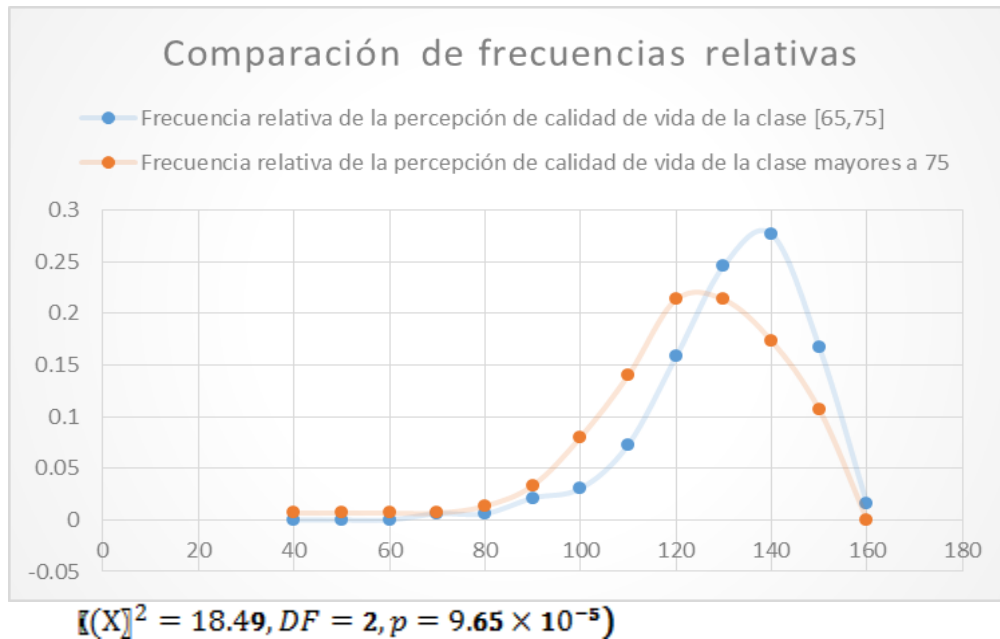


$$\chi^2 = 30.2, DF = 2, p = 0.0275$$

Fuente: Elaboración propia

El mismo resultado se obtuvo para 75 años y más en comparación con las personas menores de 75 años, $\chi^2 = 18.49, DF = 2, p = 9.65 \times 10^{-5}$), tal como puede verse en la gráfica 4.

Gráfica 4. Subpoblaciones de edad y su percepción de la calidad de vida.



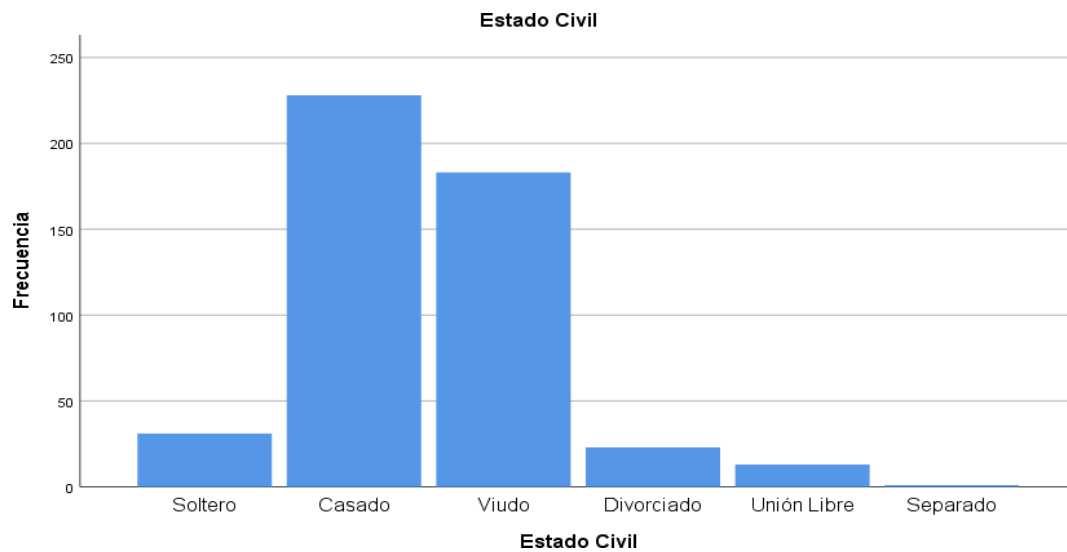
Fuente: Elaboración propia

Se realizó la prueba de la ji al cuadrado de Pearson para buscar la significancia entre el sexo de las personas adultas mayores que participaron y su percepción de calidad de vida. Se encontró que no existe significancia en la relación entre los sexos las personas adultas mayores que participaron en el estudio y su percepción de calidad de vida, $\chi^2 = 78.194, DF = 78, p = 0.47$.

Con respecto al estado civil de la población del estudio y su percepción de la calidad de vida, una prueba de ji al cuadrado de Pearson mostró que hay una diferencia significativa entre las personas casadas y las no casadas

$(\chi^2 = 4.39, DF = 390, p = 0.044)$, quienes sí lo estaban tenían una mejor percepción que quienes no lo estaban. Esto puede observarse en la gráfica 5.

Gráfica 5. Calidad de vida y estado civil.



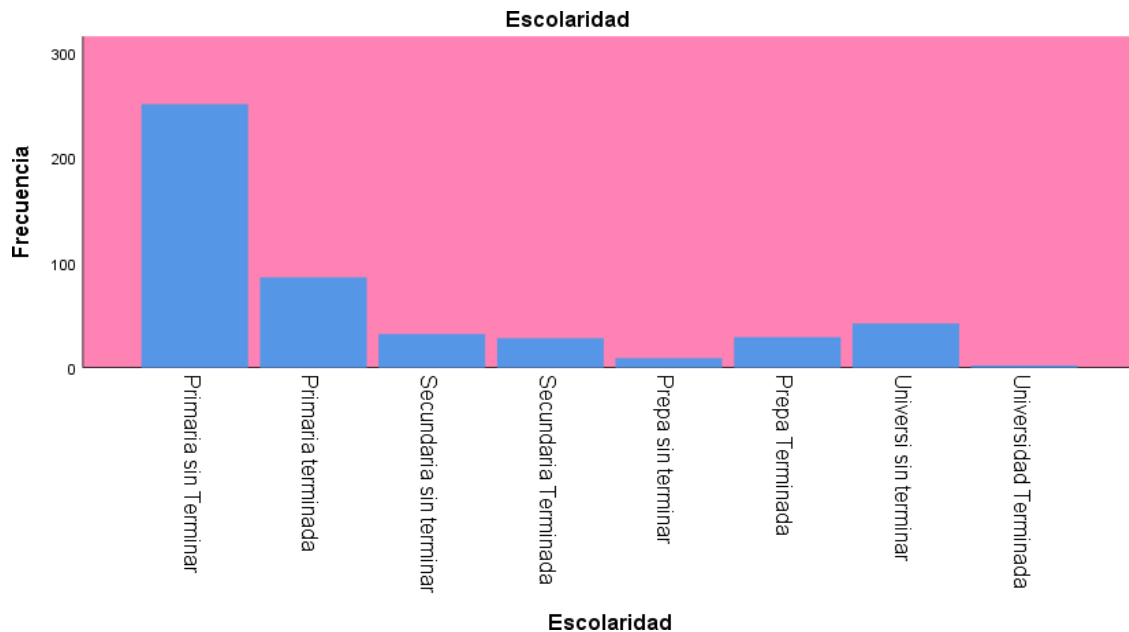
$X^2=4.39$, $DF= 390$, $p=0.044$

Fuente: Elaboración propia

Se realizó una tabla de contingencia sobre el nivel de educación, una prueba de ji al cuadrado de Pearson demostró la dependencia en el nivel de educación y la percepción de la calidad de vida $[(X)^2 = 6.568, DF = 546, p = 0.001]$.

Los puntajes promedio más altos correspondieron a quienes terminaron la escuela primaria, $X=135.17$, y quienes tenían estudios de pregrado, $X=134.7$. El puntaje promedio más bajo correspondió a quienes recién terminaron la escuela secundaria $X=122.9$. Lo anterior, puede verse en la gráfica 6.

Gráfica 6. Calidad de vida y escolaridad de las personas adultas mayores del estudio.



$$X^2=6.568, gl= 546 p \leq .001$$

Fuente: Elaboración propia

Se hizo una prueba de ji al cuadrado para observar si el hecho de tener casa tenía relación con la percepción de calidad de vida y mostró que no hubo significancia en la relación ($X^2= 92.511, gl= 78, p= .125$).

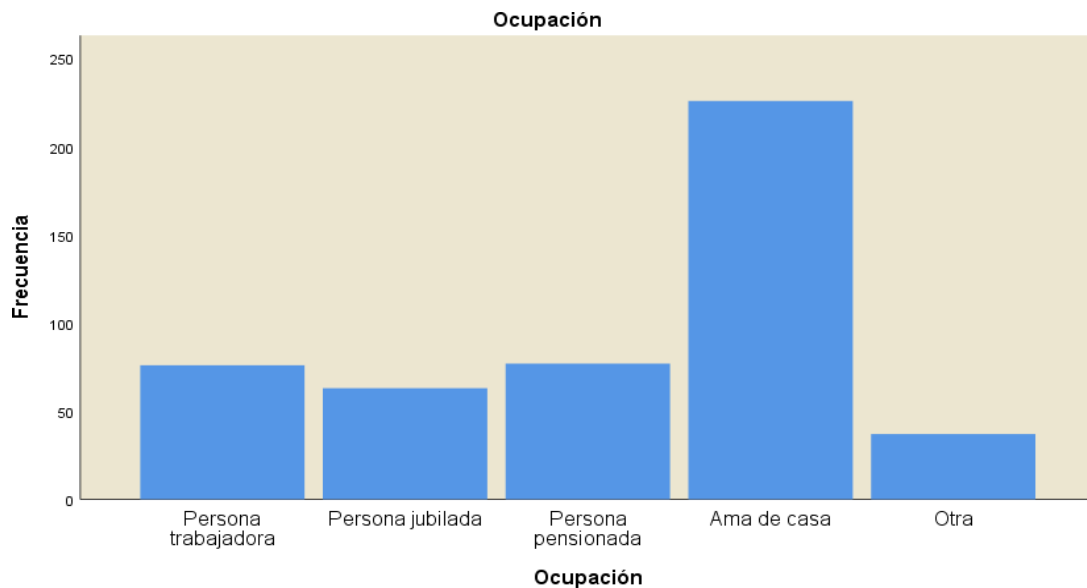
Se hizo un análisis de correlación de Spearman, para buscar la relación entre la percepción de la calidad de vida que tenían las personas adultas mayores del estudio y la cantidad de hijos o hijas. Se obtuvo una $rs= .007$, con un nivel de significancia de $p= .87$, por lo que no hay relación significativa.

Se realizó el test de Kruskal-Wallis para, nuevamente, buscar la existencia de relación entre calidad de vida y enfermedades. Esta prueba muestra una $X^2 = 6.75, gl= 5, p=0.240$, por lo cual no puede afirmarse que haya una diferencia significativa entre calidad de vida y las tres enfermedades que aparecen reportadas.

Con respecto a la ocupación actual de las personas adultas mayores del estudio y la percepción de la calidad de vida, un análisis con la prueba de ji al cuadrado de Pearson mostró que había una dependencia significativa,

$\chi^2 = 349, DF = 312, p = 0.034$ el puntaje promedio más alto correspondió a las amas de casa. Esto puede verse en la gráfica 7.

Gráfica 7. Calidad de vida y ocupación de las personas adultas mayores del estudio.



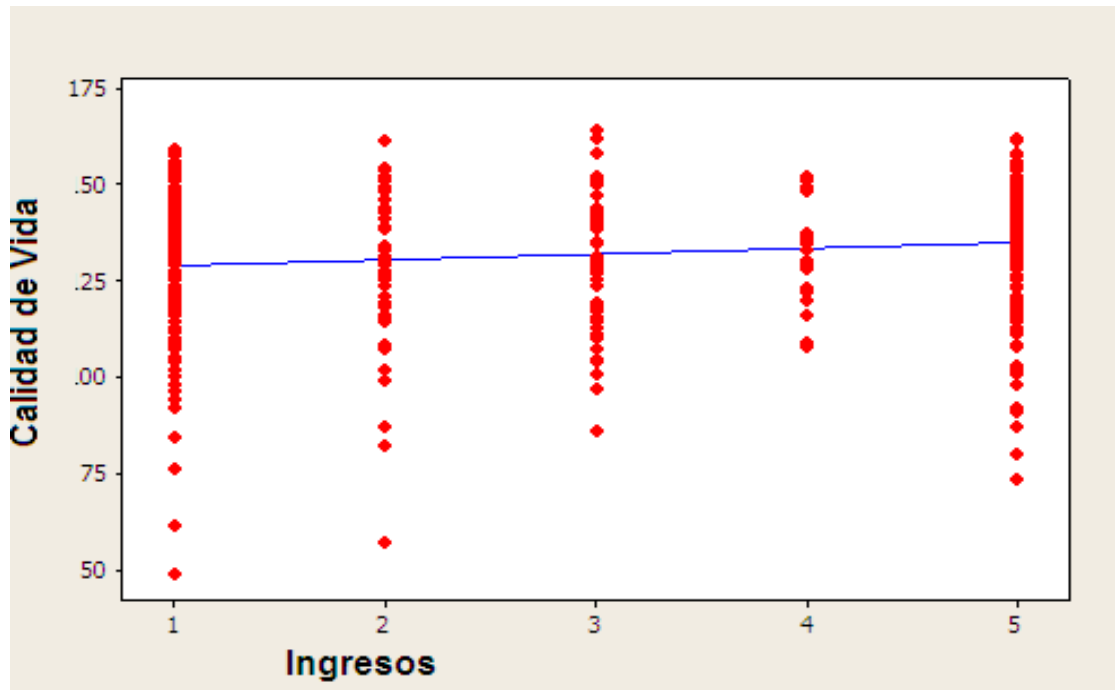
$$\chi^2=349, DF = 312, p = 0.034$$

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la atención médica para las enfermedades y la percepción de calidad de vida, un análisis U Mann-Whitney mostró que el hecho de tener atención médica para las enfermedades no difiere en su percepción de calidad de vida, en comparación con aquellos que no la tienen $U = 78641,0 p = 0,1526$.

Se realizó una prueba de correlación de Spearman para establecer la correlación entre la percepción de la calidad de vida y el ingreso., donde se encontró que existe una baja correlación positiva con $rs = 0.16; p = 0.01$, tal como se ve en la gráfica 8.

Gráfica 8. Calidad de vida e ingresos de las personas adultas mayores del estudio.



$r_s = .16$, $**p \leq .01$

Fuente: Elaboración propia

Sobre la relación entre con quién vive la persona adulta mayor y la percepción de la calidad de vida, una prueba de ji al cuadrado de Pearson de independencia, $\chi^2 = 3.68, DF = 312, p = 0.015$, mostró que hubo una dependencia significativa en la relación. El puntaje promedio más alto correspondió a las personas casadas, $X=135.15$.

Con respecto a la religión practicada por las personas participantes del estudio y su percepción de la calidad de vida, nuevamente, el análisis de independencia de 1 a prueba de ji al cuadrado de Pearson, $\chi^2 = 352.251, DF = 546, p < 10^{-3}$, mostró una dependencia significativa. El puntaje promedio más alto correspondió a las personas católicas.

Al realizar la prueba de U Mann-Whitney, para buscar la significancia de la relación entre tener una persona cuidadora o no, $U = 11268.5; p < 10^{-4}$, se puede concluir que la percepción de la calidad de vida de la población etiquetada con no tener persona cuidadora es significativamente mejor que la que fue etiquetada con tener, tal como se evidencia en el cuadro 2.

Cuadro 2. Calidad de vida y no tener persona cuidadora.

Persona cuidadora $n= 64$	Mediana=126
No persona cuidadora $n=415$	Mediana =135
95.0 % para $\eta_1 - \eta_2$ es (-14.00; -5.00)	
$U = 11268.5$	
Prueba de $\eta_1 = \eta_2$, $\eta_1 < \eta_2$ es significativo al 0.0000	

Fuente: Elaboración propia

Los resultados encontrados en los estudios reportados por Melguizo, Ayala, Grau, Merchán, Montes, Payares y Reyes (2014) en relación con la composición sociodemográfica de la muestra coinciden con las características demográficas y epidemiológicas de las personas adultas mayores de este estudio.

Por otro lado, los participantes respondieron la escala RL de calidad de vida percibida con un puntaje promedio de 131, lo que ubica su percepción de calidad de vida como alta. Diferentes autores (Mouriño y Benítez, 2011) consideran el bienestar subjetivo como el principal indicador para lograr que las personas adultas mayores lleguen a una mayor longevidad sin tenerle miedo a esta y destacan la importancia de promover acciones en esta población que promuevan una longevidad satisfactoria.

La motivación es una de las condicionantes para mantener la calidad de vida en las personas adultas mayores. Como parte de la motivación, las relaciones sociales son un estímulo para esta población y genera más posibilidades de aumentar su esperanza de vida. El crear nuevas amistades en la vejez es importante para evitar la dañina y poco

López, R., et al. Calidad de vida percibida por personas adultas mayores asistentes...
saludable sensación de soledad por la pérdida de familiares y amistades que fallecen por el paso de los años.

De acuerdo con Urzúa y Caqueo-Urizar (2012), en la literatura sobre calidad de vida se ha llegado fundamentalmente a un acuerdo, según el cual esta (a) es subjetiva, (b) el puntaje asignado a cada dimensión es diferente en cada persona y (c) el valor asignado a cada dimensión puede cambiar a través de la vida. Por otra parte, a pesar de los disímiles conceptos que existen de calidad de vida, Corugedo, García, González, Crespo, González y Calderín (2014) señalan la relación que existe entre los factores objetivos externos y los subjetivos, en relación con la valoración que hace el sujeto de sus condiciones de vida y áreas esenciales.

Se confirma, entonces, que el aislamiento en la persona adulta mayor y el no realizar actividades no favorecen su percepción de calidad de vida, por lo que esta se encuentra estrechamente relacionada con la participación social. Los resultados encontrados en el estudio longitudinal realizado en Inglaterra por Shankar, Rafnsson & Steptoe (2015) enfatizan que a medida que sea mayor la interacción de la persona adulta mayor con otras personas de su misma edad y con el equipo que le acompaña, mejor será su percepción sobre la calidad de vida y el bienestar físico, emocional y espiritual. Del mismo modo, la actividad grupal agrega elementos de mucho interés para acrecentar la calidad de vida. El grupo actúa emocionalmente de sostén, de red, aporta interlocutores que escuchan y a los que se aprende a escuchar, donde existen personas que comparten similares condiciones o, a veces, estilos de vida.

A medida que aumenta la edad, disminuye la percepción satisfactoria de la calidad de vida. Con el paso de los años las personas adultas mayores van presentando toda una serie de problemas de salud que les imposibilita realizar toda una serie de

López, R., et al. Calidad de vida percibida por personas adultas mayores asistentes... actividades de la vida cotidiana, lo cual se vio reflejado en los resultados encontrados. Asimismo, disminuye la independencia funcional, se percibe menos apoyo de la familia y menos relaciones sociales. La funcionalidad es fundamental dentro de la evaluación, en este estudio el hecho de no necesitar cuidadores permite definir el nivel de dependencia y plantear los objetivos de tratamiento y rehabilitación, así como instruir medidas de prevención contra un mayor deterioro. Una persona adulta mayor, físicamente activa, que se alimenta balanceadamente, que tenga hábitos de vida regulares, enfermedades mejor controladas y sus relaciones sociales más extensas tendrá una percepción más favorable de su calidad de vida

Los conocimientos y destrezas adquiridos en el sistema de educación formal, de acuerdo con Zúñiga y Vega (2004), refuerzan a los que se obtienen del entorno familiar y comunitario, lo cual posibilita la extensión de las capacidades físicas y mentales, así como las expectativas de bienestar. Con ello, la toma de mejores decisiones sobre eventos y hechos de la vida. La familia ha demostrado ser una fuente de apoyo importante de las personas en edades avanzadas. Asimismo, la vida espiritual es crucial en el mantenimiento de la salud de las personas adultas mayores. En el trabajo de López y Herrera (2009), el subgrupo católico reveló una mejor percepción de la calidad de vida. Cuando se aplica de manera eficiente, el afrontamiento religioso tiene un impacto positivo en la salud.

La mayoría de quienes participaron en el estudio viven actualmente con su pareja y con sus hijos o hijas. Los estudios de Villegas y Montes de Oca (2011), Universidad Miguel Hernández De Elche (UMH, 2016) y Scholz, König, Eicher & Martin (2015) han indicado que las redes informales de apoyo como la familia son el sustento principal para aliviar las necesidades económicas y de salud de la población



López, R., et al. Calidad de vida percibida por personas adultas mayores asistentes... adulta mayor. Específicamente, al analizar el efecto del nivel socioeconómico de la población adulta mayor sobre el tipo de arreglo familiar en el que residen, se encuentra que, conforme se tiene una mejor posición económica, se incrementan las probabilidades de residir en hogares nucleares. Por último, el hecho de estar ocupados actualmente favorece su percepción de calidad de vida.

Conclusiones

Las personas adultas mayores que asistían a los clubes de la tercera edad del DIF de Huixquilucan evaluaron su calidad de vida como alta, respondiendo de esta manera al objetivo general de este estudio. Igualmente, se cumplió la hipótesis de investigación planteada.

El hecho de participar en actividades de tipo social y de asistir a instituciones como la de este estudio favorece altamente la percepción de calidad de vida. Las personas autoras de este estudio consideran que los centros de este tipo deberían aumentarse, para contribuir a la autopercepción positiva de la calidad de vida de las personas adultas mayores.

La percepción de calidad de vida en este estudio se relacionó con las siguientes variables demográficas medidas en la muestra: escolaridad, edad, ocupación, religión, estado civil, con quien vive, si tiene o no persona cuidadora y su nivel de ingresos. Por lo tanto, no se relacionó con las variables sexo, número de hijos, enfermedades que presentan, atención médica, vivienda propia y clubes a los que pertenecen.

Se concluye que la valoración de la calidad de vida es una noción eminentemente humana y subjetiva, que está relacionada con el grado de satisfacción que tiene una persona con su situación física, estado emocional, entorno familiar, relaciones amorosas y vida social, así como con el sentido personal de su vida. Para



López, R., et al. Calidad de vida percibida por personas adultas mayores asistentes...

lograr una vejez sana y feliz, la medicina es solo un factor; otros aspectos como la calidad de la vida social, las condiciones espirituales, psicológicas y materiales deben ser considerados.

La relevancia de este estudio es evidente dada la futura pirámide invertida de la población mexicana. La proporción de población mayor aumentará, por lo que se necesitan más estudios de este tipo. Lo más importante no es solo aumentar la longevidad en las personas adultas mayores, sino mejorar cuantitativa y cualitativamente su calidad de vida.

El envejecimiento se convertirá en un desafío formidable que, de manera conjunta, tendrán que enfrentar sociedad y gobierno. En este siglo será necesario multiplicar esfuerzos sociales para prever consecuencias y ramificaciones del envejecimiento, reconocer los costos y beneficios que acompañan este proceso, diseñar ambiciosas propuestas legislativas y poner en marcha programas institucionales creativos y eficientes. No hay duda de que este complejo asunto merece y debe debatirse con profundidad y amplitud. De las decisiones que se tomen hoy dependerá afrontar con éxito el futuro.

El incremento de las personas adultas mayores demanda su atención, en aspectos de seguridad social, salud, económicos, laborales y de educación, entre otros. Asimismo, será indispensable crear las condiciones necesarias para evitar el deterioro de la calidad de vida durante la vejez. En la ciencia actual, una de las tareas centrales es mantener la vida del ser humano en un cierto nivel estable real, ampliar los lapsos de la vida individual, retrasar el momento en que aparece la incapacidad laboral de la ancianidad y contribuir a mejorar la calidad de vida.

Referencias

- Corugedo, M.C., García, D., González, V.I., Crespo, G.A., González, G. y Calderín, M. (2014). Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(2) Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000200006&lng=es&tlng=es
- Desarrollo Integral de la Familia. [DIF]. (2013). *Programa Trianual de Asistencia Social 2013–2015. DIF Huixquilucan.* Recuperado de https://www.ipomex.org.mx/recursos/ipo/files_ipo/2013/20/10/979a04de7872247761d92ab9989bac94.pdf
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). *Vejez con éxito o vejez competente: un reto para todos.* Ponencias las IV Jornadas de la AMG: Envejecimiento y Prevención. Barcelona.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. y Macías, A. (1997). *Calidad de Vida en la Vejez en los distintos contextos.* Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- Fernández-Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Anuario de psicología* 73, 89-104. Recuperado de <https://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/viewFile/9036/11488>
- González-Celis, A.L. (2010). Calidad de Vida en el Adulto mayor. En Gutiérrez, L.M. y Gutiérrez, J.H. (coord.), *Envejecimiento humano una visión Transdisciplinaria* (pp.365-378). México: Instituto de Geriatria. Recuperado de <https://bit.ly/2IvtA0H>
- Katschnig, H. (2000). Utilidad del concepto de calidad de vida en psiquiatria. En H. Katschnig, H. Freeman y N. Sartorius (Eds.), *Calidad de Vida en los trastornos mentales* (pp. 3-15). Barcelona: Masson.
- Laucirica, C. (2003). Bioética médica. Apuntes sobre calidad de vida. *Revista Médica Electrónica*, 25(3), 187-194. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/rt/printFriendly/101/html>
- López, R. (2016). *Calidad de vida percibida por adultos mayores que asisten a un centro de desarrollo integral de la familia: una visión interdisciplinaria* (tesis doctoral). Universidad Anáhuac, Estado de México, México.



López, R., et al. Calidad de vida percibida por personas adultas mayores asistentes...

López, R. y Herrera, S. (2009). *Religión y Vida en Pareja como factores de la Calidad de Vida en la Vejez*. Trabajo de Seminario de Investigación. Universidad Anáhuac. Campus Norte. México.

Melguizo, E., Ayala, S., Grau, M., Merchán, A., Montes, T., Payares, C. y Reyes, T. (2014). Calidad de vida de adultos mayores en centros de protección social en Cartagena (Colombia). *Aquichan*, 14(3), 537-548. Recuperado de <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2792>

Mouriño, T. M. y Benítez, C. R. (2011). Investigaciones por adultos mayores. Un impacto en su calidad de vida. En C. Bru Ronda (Presidencia), *Aprendizaje a lo largo de la vida, envejecimiento activo y cooperación internacional en los programas universitarios para mayores*. IV Congreso Iberoamericano de Universidades para mayores CIUUMM, Alicante, España.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). Definición de calidad de vida. Recuperado de https://www.ecured.cu/Calidad_de_vida

Quintero, G. (1996). *Aspectos sociopsicológicos del envejecimiento*. La Habana: Centro Iberoamericano de Atención a la Tercera Edad (CITED).

Romero-Márquez, R.S. y Romero-Zepeda, H. (2010). Reflexiones sobre calidad de vida relacionada con la salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(1),91-102. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745506018>

Sánchez-Sosa, J.J. y González-Celis, A.L. (2006). Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. En V.E. Caballo (coord.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: trastornos de la edad adulta e informes psicológicos* (pp. 473-492). Madrid: Editorial Pirámide.

Shankar, A., Rafnsson, S.B. & Steptoe, A. (2015). Longitudinal associations between social connections and subjective wellbeing in the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychology & Health*, 30(6), 686-698. Recuperado de <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08870446.2014.979823?ai=1ij&ui=1joe4>

Scholz, U., König, C., Eicher, S. & Martin, M. (2015). Stabilization of health as the centre point of a health psychology of ageing. *Psychology & Health*, 30(6), 732-749. doi:10.1080/08870446.2014.991733

López, R., et al. Calidad de vida percibida por personas adultas mayores asistentes...

Sofía, M. (1996). *Construcción de un instrumento para medir Calidad de Vida en la Tercera Edad* (tesis de maestría). Facultad de Salud Pública. Ciudad de La Habana. Cuba.

Universidad Miguel Hernández De Elche [UMH]. (2016). *Calidad de vida y participación social de los mayores de la AUNEX*. Recuperado de <https://www.aepumayores.org/es/contenido/calidad-de-vida-y-participacion-social-de-los-mayores-de-la-aunex>

Urzúa, A. y Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida. Una revisión teórica del concepto. *Revista Terapia psicológica*, 30 (1), 61-71.

Villegas, S. y Montes de Oca, V. (2011). La vejez en México: una mirada general sobre la situación socioeconómica y familiar de los hombres y mujeres adultos mayores. *Revista Perspectivas sociales* 13 (1), 143-165.

Zúñiga, E. y Vega, D. (2004). *Envejecimiento de la población mexicana: desafío en el siglo XXI*. CONAPO México. Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Envejecimiento_de_la_poblacion_de_Mexico__reto_del_Siglo_XXI

Artículo recibido: 18 julio, 2018
Artículo aprobado: 13 noviembre, 2020

EFFECTOS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVO “VIVIR MI JUBILACIÓN DE MANERA PLENA: NO A LA DEPRESIÓN Y SÍ AL BIENESTAR” EN LAS EXPERIENCIAS SUBJETIVAS DE DEPRESIÓN EN PERSONAS JUBILADAS

EFFECTS OF THE PSYCHOEDUCATIONAL INTERVENTION PROGRAM "LIVE MY RETIREMENT FULLY: NO TO DEPRESSION AND YES TO WELL-BEING" ON SUBJECTIVE EXPERIENCES OF DEPRESSION IN RETIREES

Constanza Celia Nieto-Marín¹, María de los Ángeles Aguilera Velasco²

RESUMEN

El objetivo del estudio fue analizar los efectos del programa de intervención psicoeducativo “Vivir mi jubilación de manera plena: no a la depresión y sí al bienestar” en las experiencias subjetivas de depresión en jubilados. Estudio Cualitativo. Intervención psicoeducativa, evaluación comprensiva a través de estudio de casos con interpretación fenomenológica. Se incluyeron seis personas adultas mayores jubiladas, mayores de 60 años, dos hombres y cuatro mujeres, que asisten y participan en una casa de día para personas jubiladas. Para la evaluación, se realizó un muestreo teórico no probabilístico por conveniencia. Se usó la entrevista individual a profundidad grabada en audio. Se realizó un análisis de tipo fenomenológico. Los resultados mostraron que gracias a la intervención las personas jubiladas vieron la importancia de realizar actividades y de relacionarse socialmente. Además, obtuvieron conocimiento nuevo, destacaron sentimientos positivos y recalcaron la importancia de seguir preparándose. El resultado de la intervención realizada con las personas jubiladas fue positiva.

PALABRAS CLAVE: Intervención psicoeducativa, personas adultas mayores, depresión, jubilación.

ABSTRACT

The objective of the study was to analyze the effects of the psychoeducational intervention program "Live my retirement fully: no to depression and yes to well-being" on subjective experiences of depression in retirees. Qualitative study. Psychoeducational intervention, comprehensive evaluation through case studies with phenomenological interpretation. Six retired older adults over 60 years old, two men and four women, who attend a day-care home for retirees participated as subjects of the study, they were chosen by a theoretical non-probabilistic and convenience sampling method. In-depth individual interviews recorded in audio were executed. A phenomenological analysis was carried out. The results showed that, thanks to the program intervention, retirees recognized the importance of participating in activities and socialize, they also acquired new knowledge, highlighted positive feelings, and emphasized in the importance to keep learning. The effect of the intervention carried out by the program on retirees was positive.

KEY WORDS: Psychoeducational intervention, older adults, depression, retirement.

¹Maestra en Gerontología, Universidad de Guadalajara. Docente, Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. México. E-mail: constanza.cnm6@gmail.com

²Doctora en Ciencias de la salud en el Trabajo. Profesora Investigadora, Departamento de Salud Pública, Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. México. E-mail: aaguileracd@hotmail.com



Introducción

Entre los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en personas adultas mayores, están la demencia y la depresión. Un 7 % de la población adulta mayor se ve afectada por depresión mayor, esto representa un 5.7 % de los años vividos con una discapacidad entre las personas de más de 60 años. Se estima que más del 50 % de personas adultas mayores permanecen en hospitales psiquiátricos al no existir otras alternativas de tratamiento en su comunidad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2013).

De igual manera, la depresión es un trastorno del estado de ánimo y se considera un problema de salud pública. La persona presenta tristeza, pérdida de interés y capacidad de disfrutar, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y falta de concentración (OMS, 2019). La depresión en población adulta mayor aumenta la percepción de tener mala salud, la utilización de servicios médicos, así como el aumento del costo de asistencia sanitaria (OMS, 2017).

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015), las características asociadas a niveles altos de satisfacción son el no estar en condiciones de pobreza y vulnerabilidad, tener redes sociales, haber tenido un ascenso o aumento del sueldo en el trabajo y confiar en cinco o más amistades. Entre las que se consideran con niveles bajos de satisfacción están en no confiar en la familia, no tener amistades, considerar su nivel de vida inferior al de su niñez, considerar que no se han tomado decisiones importantes en la vida y que haya abuso de sustancias en el hogar.

En una investigación realizada por Henning-Smith (2014), se vio que las personas adultas mayores que viven solas tienen mayor riesgo de sufrir trastornos psicológicos y una peor calidad de vida que quienes viven en pareja. Un factor



importante para el bienestar es la interacción social, como parte de esta, las amistades son recursos importantes para las personas jubiladas porque alientan la interacción social permanente, al igual que los recursos sociales y comunitarios, como las personas vecinas (Loureiro, Mendes, Camarneiro, Silva & Pedreiro, 2016). También, se ha visto que la satisfacción socioeconómica y la resiliencia están estrechamente relacionadas al bienestar en la jubilación (Nalin & França, 2015).

En un estudio realizado por Gewolb (2015), se encontró que la manera de llegar a un retiro y envejecimiento exitoso es el mantenerse ocupado y activo. En una revisión sistemática sobre bienestar en la jubilación, realizada por Amorim & França (2019), se vio un consenso en que la salud, las finanzas y las condiciones sociales influyen en cómo la jubilación puede ser evaluada en términos de bienestar. De igual forma, se vio la importancia de prepararse para la jubilación. Es por ello por lo que se ve la necesidad de realizar intervenciones encaminadas a elevar el bienestar y disminuir la depresión en esta etapa de cambios que es la jubilación.

Las intervenciones psicoeducativas comenzaron a ser una demanda social, a partir de los años setenta las cuales tenían un enfoque más psicotécnico y eran parte de la psicología educativa (Fernández, 2011). Estas intervenciones plantean integrar un enfoque educativo, preventivo y psicológico, con el objetivo de fortalecer las capacidades de afrontamiento de un modo más adaptativo (Cuevas-Cancino y Moreno-Pérez, 2017). En las intervenciones psicoeducativas, se favorece una situación de enseñanza y aprendizaje.

Las principales intervenciones encontradas de personas jubiladas mostraron que, gracias a la intervención, se hicieron conscientes de sus problemas y expresaron el deseo de mejorar (Aguilera et al., 2013). Adquirieron emociones positivas y

conocimientos nuevos (França, Murta, Negreiros, Pedralho y Carvalhedo, 2013). Se logró que desearan seguir preparándose y planificando (Aguilera-Velasco, Pérez-Solís & Pozos-Radillo, 2014). Así mismo, hubo cambios cognitivos, motivacionales y de comportamiento (Leandro-França, Seidl y Giardini, 2015) y se recalcó la importancia de realizar intervenciones psicoeducativas para disminuir el síndrome del retirado (Yektatalab, Zeraati, Hazratti & Najafi, 2017).

Un objetivo de las intervenciones para promover la salud y el bienestar durante la transición a la jubilación no es solo fomentar el ajuste en la jubilación, sino también apoyar un envejecimiento saludable y prevenir, incluso, la fragilidad (Rodríguez-Monforte et al., 2020). Además, promover y apoyar la preparación a la jubilación para un mejor entendimiento de esta (Aguilera et al., 2013; Aguilera-Velasco et al., 2014).

Aunado a lo anterior, las teorías en las que basamos nuestro programa de intervención fueron tres, la teoría de la continuidad, la teoría de la actividad y la teoría de la andragogía.

La teoría de la continuidad fue creada por Robert Atchley en Estados Unidos en 1971. Esta teoría resalta la necesidad de las personas de mantener una conexión entre el pasado y el presente; es decir, la actividad es importante, pero no por sí misma sino en la medida que representa la continuación de un estilo de vida (Papalia, Wendkos y Duskin, 2010).

Una premisa central de la teoría de la continuidad es que, para envejecer con éxito, las personas deben mantener un equilibrio de continuidad y cambio en las estructuras internas y externas existentes. De igual manera, se destaca el hecho de realizar trabajos o actividades similares a los que hicieron en el pasado y de mantener roles hace que se cosechen beneficios a medida que se envejece (Papalia et al., 2010).

Nieto-Marín, C.C., et al. Efecto del programa de intervención psicoeducativo...

Las fases propuestas por Atchley en su modelo son prejubilación, jubilación, desencanto, reorientación y estabilidad (Aymerich, Planes y Gras, 2010).

La teoría de la actividad, propuesta en 1964 por Robert Havighurst, describe que las personas que envejecen mejor son los que tienen buenos niveles en lo emocional, físico y social. Esta teoría explica que conforme la persona envejece vive eventos como la viudez, la pérdida de la salud y el retiro, lo que provoca que se reduzca su participación en la sociedad. Esta pérdida de roles produce menor actividad, lo que lleva a un menor bienestar y declive en las funciones. La teoría habla sobre la sustitución de los roles perdidos por otros para mantener la autovalía, como comprometerse en roles sociales (De Liema & Bengtson, 2015).

Finalmente, la teoría de la andragogía fue popularizada por Malcolm Knowles en los años 70, considerado el padre fundador de la educación de adultos. Es considerada como una teoría basada en la educación y el aprendizaje del adulto. Entre sus premisas están la necesidad de saber, la capacidad de autoaprender, la orientación, la motivación, la disposición para el aprendizaje y, finalmente, el uso de las experiencias como recurso importante para su aprendizaje (Morales y Leguizamón, 2017).

En virtud de lo anterior, el objetivo del presente estudio fue analizar los efectos del programa de intervención psicoeducativo “Vivir mi jubilación de manera plena: no a la depresión y sí al bienestar” en las experiencias subjetivas de depresión en personas jubiladas.

Metodología

Tipo y diseño de estudio

El presente estudio se define como cualitativo. Se realizó una intervención psicoeducativa. La evaluación comprensiva se efectuó a través de estudio de casos con



interpretación fenomenológica. Además, se llevó a cabo con el mismo grupo de personas adultas mayores jubiladas en cuatro etapas: diagnóstico, diseño del programa, implementación y evaluación.

Delimitación espaciotemporal

El estudio fue realizado de abril a mayo del año 2018 en las instalaciones de una casa de día para personas jubiladas.

Participantes

Se incluyeron a seis personas adultas mayores jubiladas, mayores de 60 años. Dos hombres y cuatro mujeres, que asisten y participan en una casa de día para personas jubiladas como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Datos descriptivos sobresalientes de las personas participantes.

No.	Nombre	Edad	Escolaridad	Años jubilado	Puesto de trabajo	Estado civil	Hijos/hijas
1	J.	72	Primaria	15	Operador de autobús	Casado	7
2	Ú.	74	Secretaria	11	Secretaria	Viuda	6
3	B.	65	Medio superior	10	Administración	Soltera	3
4	I.	62	Preparatoria	8	Encargada de procesos técnicos	Viuda	0
5	L.	73	Secundaria y comercio	12	Secretaria	Casada	4
6	O.	81	Primero de secundaria	15	Operador de transportes	Casado	3

Fuente: elaboración propia.

Muestreo teórico

Para el diagnóstico, se realizó un muestreo teórico no probabilístico por bola de nieve gracias a un informante clave, encargado de la casa de personas jubiladas. Para la implementación del programa, se hizo una convocatoria abierta con el apoyo del



encargado del lugar y, para la etapa de evaluación, se realizó un muestreo teórico no probabilístico por conveniencia, ya que se tomó en cuenta los criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión para la implementación del programa de intervención fueron personas adultas mayores de 60 años en adelante, personas jubiladas de la casa de día que asistieron al 80 % de la intervención y que desearon participar de forma voluntaria e informada. Se usaron como criterios de exclusión de la evaluación no tener 60 años o más de edad, actuales trabajadores de la universidad, no desear participar en toda la intervención y no haber asistido mínimo al 80 % de la intervención psicoeducativa.

Técnicas de recolección de información

Se utilizaron cuatro técnicas para recolectar la información, según la etapa del estudio. Para el diagnóstico y la evaluación, se usaron la entrevista individual a profundidad grabada en audio, las notas de campo y el diario de campo. En la implementación de la intervención, se utilizó la observación participante, así como las notas y diario de campo.

Plan de análisis de datos

Se analizaron los datos con el software ATLAS.ti 8. Existen cuatro existenciales básicos para el análisis de tipo fenomenológico; a saber, el espacio vívido, el cuerpo vívido, tiempo vívido y las relaciones humanas vívidas. Así mismo, Lanigan (1997) describe tres fases principales de las cuales se compone el método fenomenológico, que son la descripción, reducción e interpretación.



La descripción consiste en la desestructuración de los hechos de la experiencia por medio de la entrevista a profundidad. En esta fase, se dejan de lado las interpretaciones y se hacen transcripciones originales. La segunda fase, llamada reducción fenomenológica, consiste en hacer una suspensión de juicio, lo que provoca determinar cuáles descripciones son las importantes y, finalmente, la fase de interpretación consiste en ver los significados o sentidos que no aparecen en las dos primeras fases.

En total, son seis fases a través de las cuales se desarrolla el proceso del análisis temático con rigor científico. La primera fase es la de familiarización con los datos, la cual consiste en la transcripción, lectura y anotación de ideas generales sobre el material. La segunda fase es la de generación de categorías o códigos iniciales, la cual consiste en organizar la información en grupos que signifiquen lo mismo. La fase 3 es la búsqueda de temas, es decir, algo importante relacionado con la pregunta de investigación. Posteriormente, la fase 4 consiste en la revisión de temas, en la cual se puede recodificar o descubrir nuevos temas. En la fase 5, se establecen de manera definitiva los temas y se realizan jerarquías. Finalmente, en la fase 6 se redacta el informe final basado en la interpretación de la información (Braun & Clarke, 2006).

Procedimiento metodológico

Primeramente, se hizo la gestión en la casa de día. Se habló previamente con las personas participantes para que estuvieran informadas y de acuerdo con participar voluntariamente en la intervención. Después de tener la autorización de cada uno, en el diagnóstico, se realizaron entrevistas a profundidad con cada participante, grabadas en audio en las instalaciones del lugar.

Con base en este diagnóstico, se realizó el programa de intervención psicoeducativo, el cual está fundamentado en la teoría de la continuidad, la teoría de la actividad y la teoría andragógica. Esta intervención contó con introducción, justificación, propósito, objetivos, actividades y técnicas que se implementaron, además, los recursos que se utilizaron para las actividades. Después, se implementó con las personas participantes del 16 de abril al 14 de mayo de 2018, en 5 sesiones. Las temáticas fueron jubilación, depresión, duelo, bienestar y plan de vida. Cada uno de los temas se enfocaron a la importancia de continuar realizando actividades. En el caso de duelo se vio de manera principal la pérdida del rol, la pérdida laboral y de la salud. Finalizando el programa psicoeducativo, se realizó la evaluación final, donde se les valoró con una entrevista a profundidad, la misma que se realizó en el diagnóstico y, finalmente, se llegó a las conclusiones.

Se realizaron 5 sesiones de aproximadamente 1 hora con personas adultas mayores jubiladas de 60 años en adelante que asistieran a la casa de día para personas jubiladas. Se llevó un control de asistencia por sesión, mediante una lista, y se solicitó el 80 % de asistencia. Así mismo, se evaluó de manera individual la realización de las actividades y el material que correspondía a la temática del día, así como la participación de cada persona durante las sesiones.

Los objetivos específicos del programa fueron promover los beneficios de la jubilación y sus etapas para que tengan una concepción diferente sobre la misma, generar conciencia sobre la depresión en la etapa de jubilación y qué hacer para combatirla; sensibilizar a las personas jubiladas sobre el proceso de duelo; fomentar el bienestar en las personas jubiladas para que tengan una mejor jubilación, e impulsar a

las personas adultas mayores jubiladas a que tengan un plan de vida para una mejor adaptación a la jubilación.

Consideraciones éticas

El presente estudio se apegó a lo reglamentado en la Declaración de Helsinki. Particularmente, en los artículos 22 y 23 sobre la importancia de un correcto protocolo de investigación validado por las autoridades pertinentes. Asimismo, por el artículo 24, que menciona la importancia de la privacidad y confidencialidad, y por el artículo 36, el cual señala la correcta difusión de los resultados de la investigación (American Medical Association, 2013).

De igual manera, se apegó al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud. Principalmente, en el artículo 3°, que rescata la importancia de contribuir al conocimiento en materia de salud y prevención; el artículo 13° que menciona que debe de prevalecer el criterio del respeto a la dignidad y la protección de sus derechos y bienestar de la persona, y el artículo 16 que señala que se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran o lo autorice. Así como también, en el artículo 17, que señala el nivel de riesgo de la presente investigación como mínimo – aunque será sometido a evaluación por el comité evaluador del posgrado–, y los artículos 20, 21, 22, que mencionan que el consentimiento informado debe darse por escrito con una explicación clara y completa sobre lo que se pretende realizar en la investigación (Ley General de Salud, 2016).

Finalmente, se contó con la aprobación de la junta académica de la Maestría en Gerontología, así como del director de tesis del presente estudio.

Resultados

Experiencias subjetivas de depresión

En la familia de las experiencias de depresión se hallaron cinco categorías: actividades, relaciones sociales, sentimientos, conocimientos y opiniones.

Actividades

Después de la intervención, las personas jubiladas señalaron dos tipos de actividades en sus experiencias de depresión. Por un lado, identificaron que la actividad era un apoyo primordial para evitar la depresión y que, por otro lado, la actividad era una medida de adaptación.

Actividad como apoyo principal para evitar la depresión

Algunas personas jubiladas destacaron que la principal forma para no deprimirse era ocuparse, es decir, mantenerse activos. “Hay que ocuparse, es muy sano ocuparse, venir aquí, a otras partes, hasta la iglesia, tener amistades, volverlos a mover, hay que ocuparse, distraerse, hacer un deporte, tener tus mascotas, ha sido muy importante mis mascotas, porque ellos siempre están conmigo ellos me acompañan en todo” (B,65).

De igual manera, señalaron que si no se tiene una actividad y si se tiene pensamientos negativos las consecuencias puede ser malas. “Si no tenemos una actividad en qué desarrollarnos, si estamos pensando en que no servimos para nada obviamente la depresión viene en consecuencia, es muy difícil salir de ella, se necesita de ayuda” (Ú,74). También, recomendaron distintos tipos de actividades para combatir la depresión: “para evitarla hay que buscar otras actividades, hay que tratar de leer, de aprender cosas, ejercicio es bien importante, si estás deprimida y te vas a hacer ejercicio te activa y se te baja un poco la depresión” (L,73).

Actividad como adaptación

Algunas de las personas jubiladas mencionaron que, al haber vivido depresión en su jubilación, la realización de distintas actividades les ayudó a adaptarse a su

jubilación:

“sí me deprimió un poco, pero no para dejarme o sentir que ya no iba a hacer nada, solo lo tuve que readaptar, encontrar lo que más me conviene, experimentado en otros deportes” (I,62). “Al mes que salí de trabajar, dije qué voy a hacer, lloré toda la mañana, y al día siguiente me inscribí en un deporte, nos juntamos todos los amigos” (J,72).

Relaciones sociales

Después de la intervención, las personas jubiladas señalaron dos tipos de experiencias en sus relaciones sociales. Por un lado, experiencias relacionadas a dar apoyo a compañeros o compañeras y, por otro lado, experiencias relacionadas a saber detectar depresión en otras personas.

Experiencias donde ofrecieron apoyo a compañeras o compañeros

Estas experiencias se destacan por ser situaciones en que las personas jubiladas ofrecieron sus consejos, opiniones y puntos de vista a colegas y amistades, que vivían una situación difícil relacionada con su jubilación. “Me dijeron que no estaba a gusto con eso, que duerme todo el tiempo, entonces yo les decía vente a caminar, vente a platicar” (B, 65). “Les sugiero a mis compañeros que si están pensando en cosas negativas más se van a hundir en el proceso, la cosa está en despertar y activarse” (Ú, 74). “De compañeros, de vecinos, amigos entrañables, he sido parte de todo eso, yo trato de hacerlos reaccionar, doy mi punto de vista para que salga de ese estado” (I,62). “Mis amigos son igual que yo, cuando dicen que están cansados o enfadados les digo que salgan”(J,72).

Experiencias de saber detectar depresión en compañeros o compañeras

Estas experiencias se refieren a aquellas situaciones en que las personas jubiladas participantes se dan cuenta o detectan que colegas o amistades están pasando por depresión debido a ciertas características que observan en ellos o ellas. “Sí me he dado cuenta de que están con depresión que ni quieren hacer quehacer, ni se arreglan ni nada” (O,81). “Una amiga que desde que se jubiló se la pasaba dormida, nomás se levantaba para lo indispensable, no se quería ni bañar, otras compañeras que eran enfermeras que estaban acostumbradas al control y no se

hallaban, después quisieron trasladar ese control a los que las rodean y pues chocan” (I,62). “Tengo un compañero que se jubiló un año antes que yo, y se murió, yo siento que fue por depresión, conocí a una compañerita dos años mayor que yo, y la otra vez que la visité a mí me deprimió verla en una casa sucia, descuidada, se volvió acumuladora, y eso me hizo reflexionar, me entristeció, y me hizo no querer caer en eso” (L, 73).

Sentimientos

Posterior a la intervención, las personas jubiladas destacaron dos tipos de sentimientos en sus experiencias de depresión, sentimientos negativos y sentimientos de inutilidad.

Sentimientos negativos

Se destacan sentimientos negativos que lograron identificar que les llegó a provocar su jubilación; por ejemplo, llegar a somatizar, entristecerse, dormir y llorar. “Tenía tiempo de más, me entristecía, somatizaba en mi organismo” (B,65). “Me da mucho sueño, me da por dormir, llorar hasta que me canso” (Ú,74). “Tristeza mucha tristeza, que tú piensas que vas a hacer unas cosas y después no, ojalá hubiéramos tenido toda esa información antes de jubilarnos, nos sirven de todas maneras para reafirmar” (I,62). “Un sentimiento muy triste porque el ingreso no me alcanza para todo lo que quisiera hacer” (J,72).

Sentimiento de inutilidad

Sentir que no se sirve para nada, que estorba, inseguridad, improductividad o inutilidad son los sentimientos que destacaron los jubilados haber identificado, después de la intervención, “Se siente uno que ya no sirve para nada, inseguridad en lo que hace uno” (O,65). “Levemente como el estorbo, el ya no sirvo, pero es momentáneo, son pasajeras” (I,62). “Sentimiento de ya no ser productivo, de ya no ser útil, aunque no sea así”(L,73).

Conocimientos

Después de la intervención, los jubilados destacaron tres tipos de conocimientos de sus experiencias de depresión, conocimiento reafirmado en base a la propia experiencia, conocimiento apropiado para su vida y conocimiento nuevo.

Conocimiento reafirmado en base a la propia experiencia

Este tipo de conocimiento fue reafirmado por las personas jubiladas gracias al programa de intervención, al decir “que no haya aceptado la jubilación, el cambio, porque sí es un cambio fuerte, no estás conforme contigo misma, caes en una tristeza en un abandono, somatizas” (B,65). Se señalaron distintas características relacionadas con depresión y corroboradas en las sesiones del programa de intervención, “como apatía, no dan ganas de levantarse, no dan ganas de hacer quehacer, no dan ganas de cocinar, no dan ganas de meterse a bañar” (L,73).

Conocimiento apropiado para su vida

Expresaron conocimiento apropiado por las personas jubiladas para ponerlo en práctica en su vida. Asociaron la depresión en la jubilación con falta de adaptación, así mismo, destacaron en su definición el hecho de no tener ganas de vivir y afirmaron que son necesarias las pláticas sobre el tema para poner en práctica el conocimiento adquirido en la vida cotidiana. Mencionaron diversas maneras para no tener depresión en su jubilación. “Es cuando te jubilas y no te adaptas, no logras adaptarte al cambio tan drástico, es algo así como no entender la nueva etapa, adaptarte, saber vivirla y aprovecharla” (I,62). “La defino como sin ganas de vivir, si necesitamos de sus pláticas para tomar las cosas de otra manera, porque llega el momento que uno sí se deprime uno” (O,81). “Debemos de salir adelante, ocupar nuestro tiempo en cosas positivas, hacer lo que yo quiera, hacer que me mantenga contento” (J,72).

Conocimiento nuevo

Las personas jubiladas destacaron haber aprendido información nueva relacionada con depresión en jubilación; por ejemplo, que hay distintos tipos de duelo,

una definición más concreta de lo que es depresión en jubilación, las etapas de la jubilación y cómo tener bienestar en cada una de ellas. “No sabía que el duelo no nomas se siente uno triste cuando pierde a una persona, también cuando deja uno de trabajar, pero no he sentido mucha tristeza la verdad, y ahora menos después del taller” (O, 81). “Significa estar sin ánimos de hacer alguna actividad, no tener motivos suficientes para sacar la vida adelante” (Ú,74). “Muy interesante que hay etapas, si las vivimos de esa manera vamos a tener una jubilación de bienestar, que es el objetivo” (I,62).

Opiniones

Las personas jubiladas destacaron tres tipos de opiniones de sus experiencias de depresión, relacionadas con la importancia de la intervención, sugerencias a personas jubiladas y opiniones a personas expertas.

Opiniones relacionadas con la importancia de la intervención

Las personas jubiladas opinaron sobre la importancia de acudir a pláticas o talleres, como los de la intervención, desde antes de jubilarse para así no llegar a presentar depresión y tener más información sobre el tema. “Se da porque nos falta esta asesoría, esta atención, que si se trabajara desde mucho antes de que la persona se vaya a jubilar para que vaya conociendo a lo que se va a enfrentar, sabiendo que es jubilo pero que va a haber cambios, que su entorno, familia y amigos se van a ver afectados” (I,62). “Ojalá que sigan impartiendo estos talleres a otras personas antes de jubilarse, estuvo muy interesante, para mí fueron magníficos los talleres” (O,81). “Es muy importante que los compañeros que se van a jubilar que les de estas pláticas a ellos porque nos ayudaría más para no caer en depresión” (B,65).

Sugerencias a personas jubiladas

Estas sugerencias fueron hechas por las mismas personas jubiladas a otras personas jubiladas en general, después de lo aprendido en la intervención. Resaltan la importancia de buscar actividades en las cuales se aprenda y se sienta a gusto, el apoyarse y la importancia de tener un proyecto de vida. “Que el cambio de estar ocupada todo

el día en una oficina, salir y tener tiempo libre, necesitas ocuparlo, buscar una ocupación que supla estar obligada a un horario” (J, 72). “Debemos de tratar de buscar actividades fuera de la casa, no apegarnos tanto a la familia, porque sí llega un momento que se enfada, buscar actividades que nos hagan sentir a gusto, que aprendamos algo” (L,73). “Yo insisto en que tenemos que apoyarnos los compañeros jubilados” (B,65). “Cuando no se tiene otro proyecto de vida, se puede dar ese caso, pero cuando se tiene un propósito y tomo la palabra como dijeron “jubilado” no hay ni para qué buscarle”(Ú,74).

Opiniones a expertos

Se destacan opiniones dadas por las personas jubiladas a personas expertas. “Yo haría una sugerencia a ustedes los expertos, échenle ganas y haga una labor social que están próximos a jubilarse, ustedes puede hacer una bonita labor para todos los que estén próximos a jubilarse la vivan con júbilo pero con el conocimiento, todos los cambios físicos y emocionales, las nuevas etapas a las que nos vamos a adaptar de acuerdo a nuestra salud, economía, fue muy interesante, ya se nos va a quedar, con toda esta información vamos a actuar y estar mejor” (I,62). “Me gustó cuando dijeron que están haciendo algo para que las personas que están por jubilarse puedan estar aprovechado esa oportunidad para que no vayan a caer en esa situación que definitivamente no tiene razón de ser” (Ú,74).

La intervención tuvo un resultado positivo en las personas jubiladas participantes. Algo que destacaron fue la importancia de realizar actividades, tanto para evitar la depresión como una manera de adaptarse a la jubilación (Papalia et al., 2010; De Liema & Bengtson, 2015; Gewolb, 2015). Igualmente, en las relaciones sociales, se evidenció la importancia de dar apoyo y detectar en otras personas signos de depresión. El contar con un grupo de amistades cercanas con quienes compartir se vio como algo positivo (De Liema & Bengtson, 2015; Loureiro et al., 2016). También, esto significa que lo aprendido en la intervención se externaliza en sus relaciones sociales como una manera de empatizar con las amistades (França et al., 2013).

El vivir en pareja o tener un círculo de amistades para realizar distintas actividades son factores muy importantes para vivir la jubilación con bienestar y

presentar una mejor adaptación. Es decir, la actividad es un factor primordial y necesario para que la persona jubilada se adapte mejor a la nueva etapa, combata la depresión que le pueden generar los diferentes cambios y, así aumente su bienestar. Con todo esto, se observó la importancia de tener redes sociales fuertes e involucrarse en roles sociales, ya sea con amistades, colegas e incluso familia. Es de importancia que el fortalecimiento de las relaciones sociales se dé antes de jubilarse para que el paso de etapa sea lo más placentero posible y el reajuste no sea dificultoso.

En los hallazgos relacionados a sentimientos, se pudo ver que destacaron sentimientos negativos y de inutilidad relacionados con la jubilación. Esto se diferencia de lo planteado por França et al. (2013), quien con su intervención logró que se tuvieran emociones positivas. En el caso de la actual investigación, se buscó que las personas jubiladas identificaran lo aprendido durante la intervención o que aceptaran que la jubilación les había provocado sentimientos negativos.

Esto resalta la importancia del componente emocional en la jubilación como método preventivo de sentimientos negativos y que permite ver esta etapa como lo que es en verdad: una etapa de júbilo y de libertad.

En relación con los conocimientos de las personas jubiladas, después de la intervención obtuvieron conocimiento nuevo que incorporaron a su vida al igual que conocimiento que reafirmaron. La cuestión del aprendizaje es mencionada por Aguilera et al. (2013), quien señala la importancia de continuar con la preparación en esta etapa. También, los cambios cognitivos y la creación de conocimiento, resultados de esta investigación, son similares a los reportados por las intervenciones de diversos autores (França et al., 2013; Aguilera-Velasco et al., 2014; Leandro-França et al., 2015).

Otro hallazgo está relacionado con las opiniones en las experiencias de depresión. En este caso, después de la intervención, las personas jubiladas puntuaron la importancia de tener espacios para seguir preparándose o abordando temas que les beneficien. Así mismo, señalaron la sugerencia más precisa de ayudar a personas jubiladas que pasen por depresión. Aunado a lo anterior, agradecieron la intervención y alentaron a las personas expertas a seguir enfocándose en esta población (Aguilera et al., 2013; Aguilera-Velasco et al, 2014; Yektatalab et al., 2017; Amorim & França, 2019).

La importancia de realizar intervenciones en esta etapa de la vida se vio reflejada no solo en el conocimiento nuevo que adquirieron las personas participantes, sino en la puesta en práctica de ese conocimiento. La promoción del bienestar, el ajuste y entendimiento de esta etapa son los motivos principales de este tipo de intervenciones (Aguilera et al., 2013; Aguilera- Velasco et al., 2014; Rodríguez-Monforte et al., 2020), además de promover la adaptación y prevención (Cuevas-Cancino y Moreno-Pérez, 2017).

Basar la intervención en las teorías correctas fue de suma importancia para obtener resultados positivos. Integrar la teoría andragógica nos hizo darnos cuenta del valor de realizar intervenciones adaptadas al grupo poblacional. Observamos que la experiencia de las personas jubiladas en torno a la temática fue muy importante para el aprendizaje, así como la disposición y motivación por conocer más sobre un tema que aporta para su bienestar (Morales y Leguizamón, 2017).

La integración de la teoría de la continuidad y actividad también fue acertada, ya que el dirigir la intervención a la importancia de seguir activo, ya sea realizando nuevas actividades o continuar con actividades de disfrute personal, así como a la importancia

de las relaciones sociales implicó que las personas jubiladas vieran sus beneficios y priorizaran la participación. Asimismo, otro acierto fue el uso de las etapas de la jubilación propuestas por Atchley, ya que estas aportaron a que las personas jubiladas se identificaran y comprendieran más su proceso personal (Papalia et al., 2010; Aymerich et al., 2010; De Liema & Bengtson, 2015).

Por lo anterior, es fundamental adaptar los programas de intervención a la población que se pretende intervenir y a los objetivos que se pretenden alcanzar, es decir, basarse en las teorías correctas lleva a que la intervención tenga éxito.

Conclusiones

El efecto de la intervención realizada en las personas jubiladas fue positivo, lo cual se observó en el aumento de los conocimientos sobre depresión y bienestar en jubilación, en la importancia de realizar actividades y relacionarse socialmente, en el hecho de seguir preparándose o informándose sobre la etapa por la que están pasando y en el de tener sentimientos más positivos sobre esta.

Los elementos destacados a considerar son la necesidad de seguir realizando actividades como parte de la rutina diaria, ya sea yendo a grupos de *personas* adultas mayores, a la casa de la *persona* jubilada o a algún otro lugar donde se realicen actividades agradables. Asimismo, el relacionarse con los demás y entablar amistades es de importancia para adaptarse mejor a la jubilación, no presentar depresión o para que el paso a la jubilación sea lo más placentero posible y la etapa de reajuste no sea dificultosa.

De igual manera, es necesario que las instituciones o los lugares de trabajo impartan programas similares de preparación para la jubilación y motiven a las personas a asistir a ellos. Lo anterior, con la intención de que tengan conocimiento sobre la etapa

en la que están o van a iniciar y que utilicen las herramientas que se les brindan en estos espacios como una manera de prevención y adaptación.

Vemos como importante el realizar más intervenciones con personas jubiladas enfocadas principalmente al bienestar en la jubilación para que así tengan las herramientas necesarias para su mejor adaptación, mejorar ciertos aspectos de su vida e incluso ampliar su manera de ver ciertas situaciones.

Referencias

- Aguilera, M.A., Pérez, J.J., Delgado, D., Contreras, M., Acosta, M., & Pozos, B.E. (2013). Educational preparation of older adults and their families for retirement. *Advances in Applied Sociology*, 3(6), 237- 245.
- Aguilera-Velasco, M.A., Pérez-Solís, J.J., & Pozos-Radillo, B.E. (2014). Educational intervention to sensitize future retirees and work colleagues about retirement form work. *Social Science*, 3 (4), 1-9.
- American Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *Clinical Review & Education*, 310 (20), 2191- 2194.
- Amorim, S.M., & França, L.H.F.P. (2019). Retirement well-being: a systematic review of the literature. *Trends in psychology*, 27(1), 155-172.
- Aymerich, M., Planes, M., y Gras, M.E. (2010). La adaptación a la jubilación y sus fases: Afectación de los niveles de satisfacción y duración del proceso adaptativo. *Anales de Psicología*, 26(1), 80-88.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Cuevas-Cancino, J. J., y Moreno-Pérez, N. E. (2017). Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Enfermería universitaria*, 1-12.
- De Liema, M., & Bengtson, V. (2015). *Activity theory, disengagement theory and succesful aging*. Enciclopedia of Geropsychology, 1-6.
- Fernández, A. (2011). Evolución y desarrollo de los modelos de intervención psicoeducativa en España. *Psicología Educativa*, 17(1), 27-37.
- França, C.L., Murta, S.G., Negreiros, J.L., Pedralho, M., y Carvalhedo, R. (2013). Intervención Breve en la Preparación para la Jubilación. *Rev. bras. orientac. Prof*, 14(1), 99-110.
- Gewolb, S.J. (2015). Working towards successful retirement: older workers and retirees speaking about ageing, change and later life. *Working with older people*, 19(1), 25- 32.



Nieto-Marín, C.C., et al. Efecto del programa de intervención psicoeducativo...

- Henning- Smith, C. (2014). Quality of life and psychological distress among older adults: the role of living arrangements. *Journal of applied gerontology*, 1-23.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2015). *Indicadores de bienestar subjetivo de la población adulta en México*. México: Mitofsky. Recuperado de <http://www.consulta.mx/index.php/encuestas-e-investigaciones/mexico-opina/item/751-inegi-indicadores-de-bienestar-subjetivo-de-la-poblacion-adulta-en-mexico>
- Lanigan, R. (1997). Capta versus data: método e evidencia em comunicologia. *Psicología. Reflexao e Crítica*, 10(1), 17-45.
- Leandro-França, C., Seidl, J., y Giardini, S. (2015). Intervención breve como estrategia de planeamiento para la jubilación: transformando intenciones en acciones. *Psicol. Estud*, 20(4), 543-553.
- Ley General de Salud (2016). Ley General de Salud. México. Recuperado de http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.p df
- Loureiro, H.M.A.M., Mendes, A.M.C., Camarneiro, AP.F., Silva, M.A.M., & Pedreiro, A.T.M. (2016). Perceptions about the transition to retirement: a qualitative study . *Texto contexto enferm*, 25(1), 1-8.
- Morales, O.S., y Leguizamón, M.C. (2017). Teoría andragógica: aciertos y desaciertos en la formación docente en TIC. *Praxis & saber revista de investigación y pedagogía*, 9(19), 161-181.
- Nalin, C.P., & França, L.H.F.P. (2015). The importance of resilience and well- being in retirement. *Paidéia*, 25(61), 191-199
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017). La salud mental y los adultos mayores. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019). Trastornos mentales. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>



Nieto-Marín, C.C., et al. Efecto del programa de intervención psicoeducativo...

- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2013). Depresión y demencias son los trastornos mentales que más afectan a los mayores de 60 años en el mundo. Washington D.C. U.S.A: OPS Argentina. Recuperado de http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1248&Itemid=269
- Papalia, D.E., Wendkos, S., y Duskin, R. (2010). *Desarrollo humano*. CDMX, México: McGrawHill.
- Rodríguez- Monforte, M., Fernandez- Jané, C.F., Martin- Arribas, A., Costa- Tutusaus, L., Sitja-Rabert, M., Ramírez- García, I., Canet, O.C., Kopp, J., Vilaró, J., & Carrillo- Alvarez, E. (2020). Interventions across the retirement transition for improving well-being: a scoping review. *Int. J. Enviro. Res. Public Health*, 17, 1- 20.
- Yektatalab, S., Zeraati, S., Hazratti, M., & Najafi, S.S. (2017). The Effect of Psychoeducational Intervention on Retirement Syndrome Among Retired Nurses: A Field Trial. *Online J Health Allied Scs*, 16(4), 1-6.

Artículo recibido: 05 agosto, 2020
Artículo aprobado: 25 noviembre, 2020



DERECHOS Y LIBERTADES EN LA VEJEZ: PATERNALISMOS EXPLÍCITOS Y VIEJISMOS IMPLÍCITOS DE LA PANDEMIA

RIGHTS AND FREEDOMS IN OLD AGE: EXPLICIT PATERNALISMS AND IMPLIED OLD AGES OF THE PANDEMIC

María Isolina Dabove¹, Rosana G. Di Tullio Budassi², Ingrid Breier³, Juan Pablo
Tevini⁴

RESUMEN

Propósito: Este trabajo tiene como fin analizar un emblemático fallo en torno a los derechos y libertades de las personas mayores en el marco de la emergencia provocada por el virus COVID-19 (Lanzieri, S. c/ GCBA s/ amparo – otros, 20/04/2020).

Introducción: En el caso estudiado se cuestionó una norma dictada por la Ciudad de Buenos Aires, que obligaba a las personas de 70 y más años a solicitar un permiso especial a la autoridad de aplicación para realizar actividades consideradas esenciales para todas las personas. El fundamento central fue la genérica categorización de las personas adultas mayores como población de riesgo. Pero, con ello se puso en cuestión su derecho a ejercer las libertades en igualdad de condiciones que las demás personas.

Desarrollo: Conforme a una perspectiva trialista del derecho de la vejez, en este trabajo se analizan los hechos, las normas en juego y los criterios de justicia imperantes en la pandemia al momento de dictarse la sentencia.

Conclusiones: Desde este enfoque, a nuestro entender, el fallo hizo visible el carácter discriminatorio de la normativa objetada, sus aristas paternalistas innecesarias y la ilegítima intromisión y sobreprotección de las personas mayores, cuyas consecuencias no son otras que el reforzamiento de los prejuicios viejistas que los desempoderan aún más.

PALABRAS CLAVE: Vejez, Prejuicio, Libre Circulación, Administración Pública, Sentencia Judicial.

¹Doctora en Derecho, Universidad Carlos III de Madrid. Investigadora Independiente, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Directora de la Maestría en Derecho de la Vejez, Universidad Nacional de Córdoba. Argentina. E-mail: isolinadabove@gmail.com

² Directora Ejecutiva del Centro de Investigaciones en Derecho de la Vejez, Docente de Derecho de la Vejez y de Derecho de la Familia, Universidad Nacional de Rosario. Argentina. E-mail: rosanadt@yahoo.com.ar

³ Integrante y docente del Seminario Permanente de Investigación en Derecho de la Vejez, Instituto Ambrosio L. Gjoja, Universidad de Buenos Aires, Argentina. E-mail: isolinadabove@gmail.com

⁴ Integrante y docente del Seminario Permanente de Investigación en Derecho de la Vejez. Argentina. E-mail: juanpablotevini@hotmail.com



ABSTRACT

Purpose: This research paper aims to analyze an emblematic sentence regarding the rights and freedoms of the elderly in the context of the emergency caused by COVID-19 (Lanzieri, S. c / GCBA s / amparo - others, 04/20/2020).

Introduction: The studied case questioned a regulation settled by Buenos Aires City, which obliged people aged 70 years and over to request special permission from the local authority to carry out activities considered essential for everyone. The main argument was the generic categorization of the elderly as a population at risk, but that regulation restricted their right to exercise freedoms on equal terms as others.

Development: From a trialist perspective of Elder Law, this paper analyzes the facts, rules and judicial criteria prevailing at the time of the verdict during the pandemic.

Conclusions: According to the investigation approach, the sentence shows the discriminatory nature of the objected regulation, its unnecessary paternalistic edges, the unlawful interference, and overprotection of the elderly, whose consequences reinforced ageism and disempower older persons

KEY WORDS: Aging, Prejudice, Freedom, Public Administration, Judicial Sentence.



Introducción

Según los estudios demográficos de la actualidad, la centuria pasada legó a la humanidad la posibilidad de perdurar. A punto tal que hoy, siglo XXI, el envejecimiento es considerado tanto un fenómeno global, como multigeneracional y está caracterizado por varios rasgos (Dabove, 2008; 2013). Algunos de estos son poblacionales, otros, económicos; mas también los hay de tipo cultural.

Desde el punto de vista poblacional se destaca, en particular, el aumento generalizado y sostenido de la expectativa de vida en todo el mundo. Asimismo, la feminización de la vejez, por la menor mortalidad de las mujeres de edad avanzada y la ampliación cronológica de la vejez como último estadio de la vida, con una duración promedio de 20 años para cada persona.

Otro rasgo para señalar lo constituye la existencia simultánea y en expansión de dos generaciones envejecidas, no siempre vinculadas por lazos de parentesco. Junto a la coexistencia de tres o cuatro generaciones de personas partícipes de una misma familia: bisabuelos, abuelos, padres e hijos. La convivencia de dos generaciones sucesivas de personas envejecidas y vinculadas por lazos de familia: hijos o hijas de sesenta y tantos años, con madres o padres que han superado los ochenta. Así como la coincidencia de *dos generaciones* alternas de familia: abuelos o abuelas y nietas o nietos (Dabove, 2008a).

En el plano económico, el envejecimiento multigeneracional se desenvuelve simultáneamente como un proceso de progresiva dependencia. Al respecto, señala Bellina Yrigoyen (2004) que

una de las pérdidas que los ancianos deben afrontar se vincula con el cese de sus actividades laborales lucrativas. No solamente las personas hoy están obligadas a



Dabove, M.I., et al. Derechos y libertades en la vejez: Paternalismos explícitos y ... jubilarse, sino que un gran porcentaje percibe un beneficio previsional que no llega a cubrir sus requerimientos (p. 59-78).

En este contexto, poco a poco las generaciones concurrentes tejen entre ellas una compleja red distributiva de recursos, que suele trasladar en la más joven el papel proveedor.

La perspectiva cultural muestra, además, que el envejecimiento multigeneracional bien puede ser entendido como una variante del multiculturalismo, del pluralismo político y del plurijuridismo (Briones, 1998, Geertz, 2006, Kymlica, 1995, Prieto Sanchis, 1994, Sartori, 2001, Taylor, 1993, Yturbe, 2008). Cada generación esgrime en su haber una forma de entender la vida, códigos de convivencia y prácticas discursivas que le son propios, experiencias políticas diversas, memorias colectivas diferenciables entre sí y valores específicos.

Desde el plano jurídico, esta longevidad global y multigeneracional ha habilitado el sostenimiento cultural del paradigma de la autonomía personal para esta etapa de la vida. Además, permitió dos reconocimientos internacionales importantes: la capacidad como atributo ineludible de la persona y la adopción concomitante de los sistemas de apoyo y salvaguardas. Remedios de las situaciones puntuales y precisas en las cuales sean necesarias restricciones judiciales para el caso.

En suma, el envejecimiento multigeneracional es un fenómeno complejo. Nace con los cambios demográficos de la segunda mitad del siglo XX. Se alimenta del aumento de la esperanza de vida, que permite la convivencia simultánea de varias generaciones. Sin embargo, también se consolida –como dice Bobbio (1991)– “con el devenir del tiempo de los derechos” (p. 63-84) y la creciente conciencia del pluralismo jurídico. Es, en suma, un fenómeno social, multitemporal, plurieconómico y



Dabove, M.I., et al. Derechos y libertades en la vejez: Paternalismos explícitos y ... multicultural. Ahora bien, a pesar del auspicioso escenario sociodemográfico actual, las personas mayores siguen siendo objeto de consideraciones ambivalentes que dan lugar a prácticas infantilizantes, sobreprotectoras, discriminadoras o abusivas, que en nada contribuyen al reconocimiento jurídico pleno de su dignidad (Dabove, 2002).

Este trabajo tiene el propósito de analizar un caso referido a estos escenarios, resuelto en un emblemático fallo dictado por el Juzgado de Primera instancia en lo Contencioso Administrativo y Tributario (Lanzieri, S. c/ GCBA s/ amparo – otros, 20/04/2020). Esta sentencia declaró la inconstitucionalidad parcial de la Resolución conjunta N.º 16/2020 del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), por considerarla violatoria de derechos y libertades fundamentales previstos en la Constitución Nacional, en la Constitución de Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos.

En el caso se cuestionó la norma dictada por la Ciudad de Buenos Aires en el marco de la emergencia provocada por el virus COVID-19, por entrañar una subestimación de la capacidad de las personas mayores para tomar decisiones libres y autónomas y por establecer un mecanismo de control y autorizaciones que infantilizaba a este sector de la población. A nuestro entender, con buen criterio el fallo consideró que la norma objetada resultaba discriminatoria, tenía aristas paternalistas innecesarias y supuso una intromisión y sobreprotección de las personas mayores que no hacen más que reforzar los instalados prejuicios viejistas.

Para el desarrollo de este estudio, se tomó en consideración la perspectiva del derecho de la vejez y la metodología jurídica trialista.

El derecho de la vejez es una rama jurídica transversal que estudia la condición jurídica de las personas mayores (de 60 y más años), expresadas en las prácticas



Dabove, M.I., et al. Derechos y libertades en la vejez: Paternalismos explícitos y ... sociales, las normatividades y las valoraciones jurídicas que se desarrollan en torno a esta etapa de la vida. Está compuesto por cinco ejes principales: la persona mayor y sus atributos (nombre, domicilio, estado, capacidad), los derechos humanos de autonomía; los derechos humanos de inclusión y participación, y los derechos humanos de protección, asistencia y cuidados y los remedios procesales para el acceso a la justicia (Dabove, 1996; 2001-2002; 2002; 2008b; 2016; 2017; 2018; Dabove y Prunotto Laborde, 2006). El caso que motiva nuestro trabajo atraviesa todos los planos del derecho de la vejez.

Por otro lado, la metodología empleada tiene su base en las dimensiones y categorías conceptuales que plantea la teoría trialista del mundo jurídico.

Cabe recordar que, para este enfoque, el derecho es un fenómeno complejo, constituido por adjudicaciones, descritas por normas, que atienden a la realización de la justicia. Las adjudicaciones forman parte de la dimensión sociológica del derecho y constituyen los hechos que resultan relevantes para el mundo jurídico, por su afectación a la vida del hombre. Pueden constituirse como repartos o relaciones intersubjetivas; o bien, derivarse de las situaciones adjudicatarias de la naturaleza, el azar o las influencias humanas difusas. Como veremos, el fallo elegido ilustra la compleja trama de decisiones y adjudicaciones referidas a las personas mayores. El plano normativo está referido a las fuentes formales (reglas o principios) del ámbito estudiado. En el caso a abordar, se ponen en juego los derechos y libertades reconocidos en la Constitución Nacional y en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Por último, es necesario realizar un análisis de los criterios valorativos tensionados en el caso y de los medios requeridos para la construcción de un derecho humanista que garantice que las personas mayores puedan



Dabove, M.I., et al. Derechos y libertades en la vejez: Paternalismos explícitos y ... ejercer sus derechos fundamentales en igualdad de condiciones que todos los demás (Goldschmidt, 1987; Ciuro Caldani, 2011; 2020).

Así, pues, los párrafos que siguen analizan los hechos, la normativa aplicable y los criterios de justicia imperantes al momento de dictarse la sentencia.

Distinciones sospechosas, discriminaciones manifiestas.

Los hechos del caso y de la decisión judicial

El Sr. Silvano Lanzieri se comunicó con la línea 0800 y requirió la habilitación del turno judicial a fin de iniciar acción de amparo contra el Gobierno de CABA. Su pretensión estuvo dirigida a obtener la declaración de inconstitucionalidad de la Resolución conjunta del Ministro de Salud y el Jefe de Gabinete de Ministros de CABA, N°16/2020 de fecha 19 de abril de 2020. En esta normativa, se estableció que las personas mayores de 70 años debían contactarse con la línea telefónica 147 –servicio de atención ciudadana del gobierno de CABA–, donde serían informadas y asistidas, a fin de evitar que esta población etaria saliera innecesariamente de su domicilio o del lugar donde cumpla el aislamiento preventivo social obligatorio. Estableció, además, que el aviso efectuado por parte de la persona mayor que necesite salir de su domicilio estaría vigente solo durante 48 horas.

El poder judicial aceptó el pedido de habilitación del turno, recibió la demanda y su documentación por soporte electrónico y estableció la difusión pública de este juicio para que las personas interesadas en la cuestión debatida puedan ejercer su derecho a ser oídos, de modo de poder dictar una resolución útil y en tiempo. Asimismo, ordenó el traslado de la medida cautelar al Gobierno de CABA y vistas al Ministerio Público de CABA. También, requirió la comunicación a la Defensoría de la Tercer Edad de la Ciudad. Como resultado de la difusión del planteo y los traslados respectivos, el

Tribunal recibió presentaciones de particulares mayores de 70 años que se adhirieron al pedido de inconstitucionalidad. Además, recibió un escrito del sr. Asesor Tutelar en turno, otro del Sr. Defensor de primera instancia en turno y la contestación del traslado de la medida cautelar de parte del Gobierno de la Ciudad.

El Sr. Defensor expresó que, si bien la existencia de la emergencia sanitaria establecida justifica el dictado de medidas excepcionales, en todo momento esas medidas adoptadas deben ser razonables, proporcionadas y debe evitar cualquier discriminación debido a la edad. Por ello, entendió que

nos encontramos ante una disposición restrictiva de la libertad ambulatoria que no tiene sustento legal, sino que se establece mediante una Resolución conjunta suscripta por el Sr. Jefe de Gabinete y el Sr. Ministro de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (...) los arts. 2 y 3 de la Resolución Conjunta 16/MJGGC/20, en cuanto establecen la obligación de aviso y comunicación con el número 147 de las personas mayores de 70 años, previa a la salida de su domicilio, no resultan compatibles con las normas constitucionales, y así debe ser declarado (Lanzieri, S. c/ GCBA s/ amparo – otros., 20/04/2020, p. 2).

Por su parte, el Gobierno de CABA, contestó el traslado esgrimiendo cuestionamientos procesales que no son el punto neurálgico del tema analizado. Respecto de la cuestión de fondo, arguyó que la medida atacada tenía la intención de brindar contención a las personas de 70 años o más años, identificando aquellas situaciones que puedan ser resueltas con la colaboración de la sociedad para evitar la salida a la vía pública de la población de riesgo. Por lo tanto, solicitó el rechazo de la pretensión de inconstitucionalidad en traslado.

Los actores demandaron la declaración de inconstitucionalidad de esta resolución por considerar que es violatoria de garantías constitucionales –artículos 14, 14 bis, 16, 17, 18, 28,29, 31, 43 y 75, inc. 22 de la Constitución Nacional–. Entendieron que, si bien “es cierto que en situaciones de emergencia como la generada por la pandemia del COVID-19, los derechos pueden sufrir limitaciones, éstas deben ser razonables y nunca pueden realizarse en base a recortes arbitrarios a un segmento poblacional a partir de meros relatos especulativos” (Lanzieri, S. c/ GCBA s/ amparo – otros., 20/04/2020, p. 2). El mecanismo implementado en esta Resolución presumía de manera acrítica y prejuiciosa que, a partir de los 70 años, la persona es débil o incompetente para comprender la realidad y tomar decisiones consistentes con esta. “Aquí aparece –dice la demanda textualmente– la primera irrespetuosidad del seudo legislador, al confundir adulto mayor con débil. El riesgo no lo da exclusivamente la edad” (Lanzieri, S. c/ GCBA s/ amparo – otros., 20/04/2020, p. 2).

Las partes señalaron también que, mediante la voluntad del Jefe de Gobierno, “como en la Roma antigua, se había decretado una nueva clase de personas con la *capitis diminutio* y se le ha declarado una verdadera muerte civil que es lo mismo” [...] pues “generar una norma que arbitrariamente estigmatice a un ser humano por la edad atenta contra la dignidad de las personas” [...]. Finalmente, expresaron que, “esta norma, lejos de cuidar al adulto mayor producía un impacto psicológico negativo y tóxico en el cerebro de este sector poblacional” (Lanzieri, S. c/ GCBA s/ amparo – otros., 20/04/2020, p. 2).

Por otro lado, en los párrafos iniciales de su decisión el juez de la causa aclaró que el control recaería “exclusivamente sobre la legalidad de la medida, a la luz de las normas convencionales y constitucionales citadas, ya que tanto su oportunidad, mérito y

Dabove, M.I., et al. Derechos y libertades en la vejez: Paternalismos explícitos y ...
conveniencia, son aspectos de resorte exclusivo de la rama ejecutiva” (Lanzieri, S. c/
GCBA s/ amparo – otros., 20/04/2020, p. 2).

Así, luego de analizar los argumentos de las partes y las normas en juego, el juez concluyó que “asiste razón en su planteo al demandante, a poco que se repare en la lectura del bloque conformado por las diversas normas de rango constitucional (art. 75, inc. 22), y de rango superior a las leyes, por el otro lado, en el caso específico de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las personas Mayores, y se efectúe con aquel el debido contraste de los arts. 2 y 3 de la resolución cuestionada” (Lanzieri, S. c/ GCBA s/ amparo – otros., 20/04/2020, p. 2).

Consideró además que “la imposición a todo adulto mayor de 70 años de la necesidad de comunicarse con el servicio previamente para hacer uso de la posibilidad de realizar desplazamientos mínimos e indispensables para aprovisionarse de artículos de limpieza, medicamentos y alimentos, tal como lo prevé el DNU 297/2020, resulta una exigencia más gravosa para ese colectivo de personas, que para el resto de la población, que extralimita los contornos de las medidas de aislamiento del conjunto de los habitantes. Como tal, debe ser analizada bajo lo que la doctrina y la jurisprudencia han llamado “categorías sospechosas”. Junto a ello señalo que “la medida –más allá de sus buenas intenciones- importaba una discriminación en razón de edad, que vulnera los derechos y las garantías del grupo etario, al imponer una exigencia mayor y distintiva del resto de la población” (Lanzieri, S. c/ GCBA s/ amparo – otros., 20/04/2020, p. 2).

En base a todo ello, el juez resolvió “hacer parcialmente lugar a la medida cautelar solicitada en el escrito de inicio a través de las diversas adhesiones enviadas y, en consecuencia, declarar la inconstitucionalidad de los arts. 2° y 3° de la Resolución



Dabove, M.I., et al. Derechos y libertades en la vejez: Paternalismos explícitos y ...
conjunta MSJGM N° 16/2020” (Lanzieri, S. c/ GCBA s/ amparo – otros., 20/04/2020, p. 2).

Igualdad en las condiciones de ejercicio de derechos.

Las normas en juego

El Decreto de Necesidad y Urgencia del Presidente de la Nación (DNU) N.º 297/2020, estableció medidas de restricción de circulación y el aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO) debido a la pandemia producida por el virus COVID-19 y la emergencia sanitaria ampliada por el DNU N.º 260/20. En el artículo 2º dispone que las personas deberán permanecer en sus residencias, que deberán abstenerse de concurrir en sus lugares de trabajo, que no podrán desplazarse por rutas, vías y espacios públicos y que quienes se encuentren cumpliendo el aislamiento dispuesto en su artículo 1º solo podrán realizar desplazamientos mínimos e indispensables para aprovisionarse de artículos de limpieza, medicamentos y alimentos. En el art. 6º, se prevén excepciones al cumplimiento del ASPO –personas afectadas a las actividades y servicios declarados esenciales en la emergencia–.

Las medidas de este DNU fueron prorrogadas –a la fecha de la sentencia–, por sendos DNU N.º 325/2020 y 355/2020.

Las restricciones y excepciones previstas en la normativa nacional rigen para todas las personas que habiten el país o se encuentren en él temporariamente, al igual que los desplazamientos permitidos.

Ahora bien, el día 19 de abril se dictó la Resolución conjunta N.º 16/2020 del ministro de Salud y del jefe de gabinete de ministros de CABA. La Resolución establece en el artículo 1º, que personal del Gobierno de la ciudad “deberá contactarse con las personas mayores de 70 años, a efectos de brindar asistencia e información a



Dabove, M.I., et al. Derechos y libertades en la vejez: Paternalismos explícitos y ... quienes lo necesiten, a fin de evitar situaciones que los expongan al riesgo de contagio y afectación del sistema de salud. La actuación del personal convocado consistirá en concientizar acerca de los riesgos de contagio, escuchar a las personas, identificar las necesidades que se planteen y brindar la orientación y/o posterior derivación y resolución de las mismas”. Veremos en el desarrollo de este trabajo que, si bien este artículo no fue declarado inconstitucional por el juez que intervino en la causa, desde la perspectiva del derecho de la vejez, una medida de esta naturaleza resulta altamente arbitraria, discriminatoria y violatoria del derecho a la intimidad y privacidad familiar. Pues, al arrogarse el Estado el poder de intromisión en esa esfera de reserva asume un rol paternalista y viejista (Dabove, 2018, p. 39), infiriendo que las personas mayores de setenta años necesitan *per se* la ayuda del Estado para tomar decisiones sobre cuestiones de la vida diaria –desplazarse para realizar compras de alimentos, elementos de higiene, entre otras.

En los artículos 2° y 3°, la Resolución cuestionada prevé que las personas mayores de setenta años deberán contactarse con la línea telefónica 147 –servicio de atención ciudadana del gobierno de CABA–, donde serán informadas y asistidas, a fin de evitar que esta población etaria saliera innecesariamente de su domicilio o lugar donde cumpla el aislamiento preventivo social obligatorio. Dispone, además, que el aviso efectuado por parte de la persona mayor que necesite salir de su domicilio estará vigente durante 48 horas. Ambos artículos fueron declarados inconstitucionales por el juzgado de la causa. Por último, el artículo 4° establece el grupo de personas mayores de setenta años que quedarían exceptuadas del cumplimiento de lo previsto en el artículo segundo.



A fin de establecer si la Resolución interministerial 16/20 adolece de inconstitucionalidad, deberemos confrontarla con las normas constitucionales, tratados de derechos humanos con jerarquía constitucional y convenciones supralegales referentes a los derechos de libertad e igualdad, con una especial referencia a la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (CIDHPM) de la OEA, aprobada luego en nuestro país por Ley 27.360, en el año 2017.

Respecto de la Constitución Nacional, observamos que la Resolución 16/20, riñe con el artículo 16 que dispone que “Todos [los] habitantes son iguales ante la ley”. En este sentido, compartimos argumento con el magistrado de la causa, al referir que si bien esta norma no establece una equiparación rígida, como sí lo hace el art. 20 de la Constitución Nacional, sino que impone un principio genérico (igualdad ante la ley de todos los habitantes) que no impide la existencia de diferencias legítimas. La igualdad así establecida no es otra cosa que el derecho a que no se establezcan excepciones o privilegios que excluyan a unos de lo que en iguales circunstancias se concede a otros. También se encuentran comprometidas las garantías de los artículos 14, 14 bis, 17, 18, 28, 29, 31, 43 y los tratados de derechos humanos del art. 75 inc. 22, en las normas vinculadas a los derechos de libertad, igualdad y no discriminación vulnerados por la Resolución objetada.

Pasaremos ahora a señalar los tratados de derechos humanos que gozan de jerarquía constitucional y que consideramos se encuentran conculcados por la Resolución 16/20.

- Declaración Universal de Derechos Humanos. Artículo 2.1. “Toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza,

- Dabove, M.I., et al. Derechos y libertades en la vejez: Paternalismos explícitos y ...
- color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición”.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Artículo 2, al referir que los Estados parte “, se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social”.
 - Convención Americana de Derechos Humanos. Artículo 1.1, que prohíbe “...toda discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social”.

Sin embargo, junto a los tratados mencionados, la Resolución cuestionada viola también que la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de la Personas Mayores (CIDHPM), aprobada por nuestro país en el año 2017 como Ley Nacional 27.360, que tiene una jerarquía suprallegal.

La CIDHPM establece en el artículo 1º, que “los Estados Parte solo podrán establecer restricciones y limitaciones al goce y ejercicio de los derechos establecidos en la presente Convención mediante leyes promulgadas con el objeto de preservar el bienestar general dentro de una sociedad democrática, en la medida en que no contradigan el propósito y razón de los mismos. Las disposiciones de la presente Convención se aplicarán a todas las partes de los Estados federales sin limitaciones ni excepciones”.

A continuación, define a la discriminación como “cualquier distinción, exclusión, restricción que tenga como objetivo o efecto anular o restringir el

Dabove, M.I., et al. Derechos y libertades en la vejez: Paternalismos explícitos y ...
reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones de los derechos humanos y las libertades fundamentales en la esfera política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública y privada” (CIDHPM, art. 1).

La discriminación por edad en la vejez se configura cuando existe “cualquier distinción, exclusión o restricción basada en la edad que tenga como objetivo o efecto anular o restringir el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones de los derechos humanos y libertades fundamentales en la esfera política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública y privada” (CIDHPM, art. 2). Es decir, establece la prohibición de la discriminación por edad en la vejez. En este sentido, prevé que “los Estados Parte desarrollarán enfoques específicos en sus políticas, planes y legislaciones sobre envejecimiento y vejez” (CIDHPM, art. 5). Y que los Estados deberán adoptar “todas las medidas necesarias para garantizar a la persona mayor el goce efectivo del derecho a la vida y el derecho a vivir con dignidad en la vejez hasta el fin de sus días, en igualdad de condiciones con otros sectores de la población” (CIDHPM, art. 6).

También se reconoce el “derecho de la persona mayor a tomar decisiones, a la definición de su plan de vida, a desarrollar una vida autónoma e independiente, conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones y a disponer de mecanismos para poder ejercer sus derechos [...] En especial, asegurarán: a) El respeto a la autonomía de la persona mayor en la toma de sus decisiones, así como a su independencia en la realización de sus actos” (CIDHPM, art. 7). Lo propio ocurre con el derecho de la persona mayor “a la libertad y seguridad personal, independientemente del ámbito en el que se desenvuelva” (CIDHPM, art. 13).

Respecto de las situaciones de riesgo y emergencias humanitarias, el artículo 29 establece que “los Estados Parte tomarán todas las medidas específicas que sean necesarias para garantizar la integridad y los derechos de la persona mayor en situaciones de riesgo, incluidas situaciones de conflicto armado, emergencias humanitarias y desastres, de conformidad con las normas de derecho internacional, en particular del derecho internacional de los derechos humanos y del derecho internacional humanitario. Los Estados Parte adoptarán medidas de atención específicas a las necesidades de la persona mayor en la preparación, prevención, reconstrucción y recuperación en situaciones de emergencias, desastres o conflictos. Los Estados Parte propiciarán que la persona mayor interesada participe en los protocolos de protección civil en caso de desastres naturales”. Este artículo debe interpretarse con una mirada amplia de los derechos de las personas mayores y no como una autorización a restringir derechos que en la misma situación le son respetados al resto de la sociedad.

Junto a todo ello, en el art. 32 los Estados parte acuerdan “b) Fomentar una actitud positiva hacia la vejez y un trato digno, respetuoso y considerado hacia la persona mayor y, sobre la base de una cultura de paz, impulsar acciones de divulgación, promoción de los derechos y empoderamiento de la persona mayor, así como evitar el lenguaje e imágenes estereotipadas sobre la vejez (...) e) Promover el reconocimiento de la experiencia, la sabiduría, la productividad y la contribución al desarrollo que la persona mayor brinda a la sociedad en su conjunto” (CIDHPM).

La última colisión se produce con la propia Constitución de CABA cuando afirma que “todas las personas tienen idéntica dignidad y son iguales ante la ley”. Reconoce y garantiza “el derecho a ser diferente, no admitiéndose discriminaciones que tiendan a la segregación por razones o con pretexto de raza, etnia, género, orientación

Dabove, M.I., et al. Derechos y libertades en la vejez: Paternalismos explícitos y ... sexual, edad, religión, ideología, opinión, nacionalidad, caracteres físicos, condición psicofísica, social, económica o cualquier circunstancia que implique distinción, exclusión, restricción o menoscabo”.

Para ello, obliga a la ciudad a promover “la remoción de los obstáculos de cualquier orden que, limitando de hecho la igualdad y la libertad, impidan el pleno desarrollo de la persona y la efectiva participación en la vida política, económica o social de la comunidad” (Constitución de CABA, art. 11). Finalmente, esta es también contradictoria con el artículo 41 del mismo ordenamiento legal, que prevé que “la Ciudad garantiza a las personas mayores la igualdad de oportunidades y trato y el pleno goce de sus derechos. Vela por su protección y por su integración económica y sociocultural, y promueve la potencialidad de sus habilidades y experiencias”.

Los prejuicios y estereotipos negativos sobre la vejez que circulan en el imaginario colectivo dan lugar a prácticas sociales que son lesivas de los derechos y libertades de las personas mayores. Estas creencias e imágenes definen lo real desde enfoques reduccionistas y tendenciosos, que derivan en situaciones de falseamiento de las complejidades de los conceptos o grupos de personas a los que se dirigen.

En el caso que nos ocupa, se dieron todas las condiciones normativas para declarar a esta distinción como una categoría sospechosa de discriminación. En primer lugar, se trató de una situación que violó el principio de igualdad respecto de las condiciones de ejercicio de un sector de la población. Por otro lado, generó efectos negativos sobre la vida cotidiana de las personas mayores, agravando con un paternalismo innecesario la situación de aislamiento social preventivo y obligatorio para todos. Por último, la decisión del Gobierno de la ciudad se basó en prejuicios viejistas



Dabove, M.I., et al. Derechos y libertades en la vejez: Paternalismos explícitos y ... en torno a las personas que transitan esta etapa de la vida (Dabove, 2018). Afortunadamente, así lo entendió el juez de la causa y en ese sentido fundó su decisión. **El fallo en clave del derecho de la vejez.**

Los criterios de justicia.

Como adelantamos en la introducción, nuestro análisis de la sentencia gira en torno a un pilar fundante de esta nueva rama jurídica que es el derecho de la vejez (Dabove, 2018); a saber, la igualdad y no discriminación de las personas mayores. Por ello, desde este enfoque nos preguntamos si vieron cercenados sus derechos de autonomía por la Resolución 16/20 y si el criterio de justicia que inspira a la misma se ve libre de todo prejuicio negativo en torno a la ancianidad. Práctica social discriminatoria denominada por Robert Butler (1969) *viejismo*.

La tradición jurisprudencial del sistema interamericano ha sido constante en considerar que “el principio de igualdad se desprende directamente de la naturaleza humana y es inseparable de la dignidad esencial de la persona, razón por la cual es incompatible toda situación que, por considerar superior a un determinado grupo, conduzca a tratarlo con privilegio; o que, a la inversa, por considerarlo inferior, lo trate con hostilidad o de cualquier forma lo discrimine del goce de derechos que sí se reconocen a quienes no se consideran incursos en tal situación de inferioridad” (Corte Interamericana de Derechos humanos [CORTEIDH], 2002, párr. 45; 2003, párr. 87; 2019, p. 6).

Respecto del concepto de discriminación, si bien la Convención Americana y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos no contienen una definición de este término, la Comisión, la Corte, y el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas “han tomado como base las definiciones contenidas en la Convención



Dabove, M.I., et al. Derechos y libertades en la vejez: Paternalismos explícitos y ... Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial [...] y en la CEDAW para establecer que la discriminación constituye: [...] toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que se basen en determinados motivos, como la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional o social, la posición económica, el nacimiento o cualquier otra condición social, y que tengan por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas” (Comisión Interamericana de Derechos humanos [CIDH], 2019, p. 3).

Por su parte, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos se ha ocupado de resaltar las diferentes concepciones del derecho a la igualdad y la no discriminación y, en este sentido, ha dicho que una concepción se relaciona a la prohibición de diferencia de trato arbitraria –entendiendo por diferencia de trato toda distinción, exclusión, restricción o preferencia– y otra es la relacionada con la obligación de crear condiciones de igualdad real frente a grupos que han sido históricamente excluidos y se encuentran en mayor riesgo de ser discriminados (CORTEIDH, 2019).

De lo anterior, se desprende concretamente que los Estados deben dar respuestas a ambos requerimientos. Por un lado, están obligados a abstenerse de realizar acciones que estén dirigidas, directa o indirectamente, a crear situaciones de discriminación y, por el otro, deben adoptar medidas positivas para revertir o cambiar situaciones discriminatorias existentes en sus sociedades, con fundamento en la noción de igualdad y el principio de no discriminación (CORTEIDH, 2019). En consecuencia, para analizar cuáles situaciones constituyen alguna forma de discriminación, debemos observar el

listado de categorías prohibidas contenidas en la Convención Interamericana de Derechos Humanos.

Así, ante una situación que se plantea como discriminatoria, en primer lugar, debe observarse si la cláusula, práctica, norma, acción u omisión estatal que se analiza establece directa o indirectamente diferenciaciones o distinciones basadas en algunas de las categorías vedadas por la Convención. Ahora bien, en el caso de la discriminación por edad nada dice la Convención. Sin embargo, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha expresado, en referencia a un caso de vulneración de derechos de una persona mayor – el caso *Poblete Vilches*–, que “el Estado está obligado a garantizar un trato igualitario a todas las personas que accedan a los servicios de salud, por lo que de conformidad con el artículo 1.1 de la Convención Americana no son permitidos tratos discriminatorios por motivos de raza, color, sexo, [...] posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social” (CORTEIDH, 2018, p. 41).

Los criterios específicos en virtud de los cuales está prohibido discriminar, según el artículo 1.1 de la Convención Americana, no son un listado taxativo o limitativo sino meramente enunciativo. Por el contrario, la redacción de dicho artículo deja abiertos los criterios con la inclusión del término “otra condición social” para incorporar así a otras categorías que no hubiesen sido explícitamente indicadas. Sucede lo mismo en el caso de la aplicación de la Convención sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que no menciona de forma explícita la condición de la edad como factor de discriminación. En este sentido, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales entendió que “la discriminación basada en ‘cualquier otra condición social’ podría interpretarse en el sentido que se aplica a la edad” (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [DESC], 1995, p. 2).

La CIDHPM ha venido a saldar la orfandad en materia de instrumentos vinculantes que aborden los derechos de las personas mayores de forma explícita e integral. Así, desde su aprobación, la discriminación por edad pasó de ser una categoría de discriminación implícita en “cualquier otra condición social” a ser una categoría explícita por considerar a la hora del análisis de prácticas, actos, normas u omisiones del Estado que se consideren viejistas. En este sentido, ya mencionamos que este instrumento regional define en primer término la discriminación en general para luego especificar la discriminación múltiple y el vejeísmo o discriminación por edad (CIDHPM, art. 2°).

En este punto, es claro que la Resolución 16/20 es violatoria de diversas normas de derechos humanos, en especial la CIDHPM, más allá de las buenas razones alegadas por el Gobierno de la ciudad, sobre las que volveremos al final del trabajo.

Si bien el contexto de la pandemia provocada por COVID-19 amerita la toma de decisiones por parte de los Estados en sus tres niveles, esas medidas no pueden ir en desmedro de los derechos fundamentales reconocidos a las personas. En ocasión de presentar el Informe de la ONU sobre el impacto que está teniendo el COVID-19 en las personas mayores, el secretario general sostuvo que la respuesta a esta emergencia “debe respetar los derechos y la dignidad de las personas de edad [...] Las personas mayores no deben ser tratadas como personas invisibles o impotentes, sino reconocidas por sus diversas experiencias y las múltiples formas en que están contribuyendo a superar esta crisis” (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2020, p. 8).

En el Informe se señalan algunos de los derechos humanos que se han visto afectados por la pandemia, como el derecho a la vida, a la salud, a la autonomía personal, a la atención sanitaria, a los cuidados paliativos, a la seguridad y a disfrutar de

Dabove, M.I., et al. Derechos y libertades en la vejez: Paternalismos explícitos y ... una vida libre de violencias, abusos o negligencias. Este informe presenta una serie de recomendaciones en estas áreas y supone un recurso muy importante para responder a los efectos de la pandemia (ONU, 2020).

La Resolución 16/20 impone a las personas de setenta años o más el deber de solicitar un “permiso” a fin de poder salir de la residencia donde cumple el ASPO. Permiso que otorgará personal de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, luego de intentar “disuadir” a la persona mayor, para que se quede en su lugar de residencia y resuelva la necesidad desde su hogar. Esta resolución interministerial no hace más que reforzar viejismos (Dabove, 2018) tales como la imposibilidad de las personas ancianas de tomar sus propias decisiones de forma responsable para su bien y el de la comunidad. La resolución ministerial conjunta, como bien lo señala el juez de la causa, colisiona con normas constitucionales y convencionales al exigir a las personas mayores de setenta años requisitos más gravosos a fin de circular durante el ASPO, respecto de los que se requiere que cumpla el resto de la población. Con lo anterior, se vulnera el principio de igualdad y no discriminación.

Las normas de mayor jerarquía a la cuestionada, que al inicio de este trabajo hemos profundizado, imponen la igualdad en las condiciones de ejercicio de los derechos, dando por tierra la posibilidad de distingos basados en categorías sospechosas, entre las cuales se ubica la edad (Dabove, 2018).

Respecto de la inconstitucionalidad parcial de la norma resuelta en la sentencia, no concordamos puesto que deja vigente el artículo 1°. Se asume con lo anterior una actitud paternalista y refuerza un criterio que consideramos discriminatorio y viejista, pues, a pesar de la buena fe con que el juez valora la medida, se ignora que la persona adulta mayor goza de autonomía y esta no debe ser invadida su intimidad. Al dejar

Dabove, M.I., et al. Derechos y libertades en la vejez: Paternalismos explícitos y ...
vigente el artículo 1º, se naturaliza un trato protector-paternalista y de control, que no cuestiona las llamadas del Gobierno de la Ciudad a las personas mayores de setenta años. El mantenimiento de esta norma, claramente, viola la CIDHPM que en su art. 7, donde dice que “los Estados Parte en la presente Convención reconocen el derecho de la persona mayor a tomar decisiones, a la definición de su plan de vida, a desarrollar una vida autónoma e independiente, conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones y a disponer de mecanismos para poder ejercer sus derechos”.

Las personas adultas mayores gozan plenamente de la presunción de capacidad y, por tanto, pueden tomar sus decisiones. Si requieren asistencia del Estado, ellos mismos la pueden solicitar. La actitud del Estado que infiere que quienes tienen más de setenta años requieren *per se* de asistencia, implica presumir que la mayor edad trae como consecuencia una debilidad, la pérdida de autonomía y la imposibilidad de comprensión de la realidad (Dabove, 2018).

El magistrado argumenta que “de la mera lectura de los artículos 1º, 4º y 5º, se desprende que no generan prima facie lesión alguna a los derechos ya citados, por lo que superan sin demasiado inconveniente el test de su constitucionalidad. Es que, más allá de las molestias que pudiera generar en algún habitante porteño el recibir un llamado de parte de trabajadores de la Ciudad, con esta herramienta la administración intenta brindar asistencia e información a quienes lo necesiten [...] busca concientizar acerca de los riesgos de contagio, escuchar a las personas, identificar las necesidades que se planteen y brindar la orientación y/o posterior derivación y resolución de las mismas” (Lanzieri, S. c/ GCBA s/ amparo – otros., 20/04/2020, p. 2).

No concordamos con esta fundamentación del juez, puesto que aquello que el magistrado considera una simple “molestia”, no se aplica a todos los y las habitantes por

Dabove, M.I., et al. Derechos y libertades en la vejez: Paternalismos explícitos y ...
igual. Entiéndase que consideramos un deber del Estado brindar políticas públicas en favor de los derechos de las personas mayores. Ahora bien, eso no autoriza la intromisión del Estado en aquellos casos en donde su presencia no es requerida por las personas destinatarias de dichas políticas –a menos que se encuentre realmente en imposibilidad de decidir–, lo contrario implicaría el cercenamiento de la autonomía e intimidad de la persona, a la vez que entrañaría una mirada asistencialista.

Respecto del no avasallamiento a las libertades de las personas, más allá de lo estrictamente razonable atento al contexto de pandemia actual, podemos recurrir a las recomendaciones de los organismos internacionales. En este sentido, se dijo que “los Estados deberán garantizar que se cumplan plenamente los derechos de las personas mayores, poniendo especial énfasis en el derecho a la salud, la dignidad y la participación de las propias personas sobre los diferentes aspectos y medidas a tomar sobre su vida [...] Se deberán tener en cuenta todas las acciones que sean necesarias para que en ningún caso el derecho a la salud se imponga sobre la dignidad de las personas [...] Las medidas de distanciamiento físico o social de ninguna forma pueden producir aislamiento social, privación de libertad ambulatoria y restricciones de comunicación con terceros, hechos todos que se deberán prohibir” (Organización de los Estados Americanos [OEA], 2020, p. 23, Comisión Interamericana de Derechos Humanos [CIDH], p. 15).

En idéntico sentido se manifestó la Corte Interamericana de Derechos Humanos, al señalar que “todas aquellas medidas que los Estados adopten para hacer frente a esta pandemia y puedan afectar o restringir el goce y ejercicio de derechos humanos deben ser limitadas temporalmente, legales, ajustadas a los objetivos definidos conforme a criterios científicos, razonables, estrictamente necesarias y proporcionales, y acordes



Dabove, M.I., et al. Derechos y libertades en la vejez: Paternalismos explícitos y ... con los demás requisitos desarrollados en el derecho interamericano de los derechos humanos” (CORTEIDH , 2020, p. 41).

Lo que la pandemia develó

La pandemia provocada por el virus COVID-19 visibilizó la discriminación hacia las personas mayores; pues, a fuerza de difundirse por medios masivos y redes que son “grupos de riesgo” por la edad, se ha generado la falsa idea de que todas las personas mayores, incluso aquellas que viven una vejez robusta, son totalmente propensas a contraer la enfermedad (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2020) y, por lo tanto, posibles agentes de contagio. Sumado a esto, asistimos al dictado de normas como la hoy cuestionada, que contribuyen a reforzar los prejuicios en torno a la vejez.

En cuanto al hecho de que la resolución de los conflictos incluya a personas adultas mayores, estamos convencidos de la necesidad de una innovadora justicia distributiva, que nos interroga acerca de la posibilidad de establecer instituciones jurídicas basadas en una desigualdad de trato que resulte legítima. Desde este plano se advierte entonces que “la vejez exige ser considerada una etapa vital específica y diversa, a la hora de decidir qué es preciso adjudicarle a la persona mayor en relación con los demás integrantes de una comunidad. Impone la necesidad de respetar a los sujetos mayores intervinientes en cuanto seres diferentes, de modo tal que se haga aplicable la regla de justicia de Aristóteles que indica que, ‘si las personas no son iguales, no tendrán cosas iguales’” (Dabove, 2018, pp. 75-94). También exige desarrollos jurídicos basados en criterios humanistas no asistencialistas, que tomen en consideración la autonomía de las personas mayores en la máxima extensión posible, aun cuando estemos frente a personas atravesadas por alguna situación de dependencia.



En este contexto cabe recordar que el asistencialismo no es discriminación positiva. Es viejismo. La sobreprotección no refuerza la igualdad de oportunidades. Es viejismo. Las políticas de cuidado que no distinguen la diversidad de los procesos de envejecimiento, que no respetan la capacidad de comprensión, de decisión y autocuidado, que no empoderan a las personas mayores, ni mejoran sus condiciones para el ejercicio digno de sus derechos, son lisa y llanamente viejismos o edadismos. En suma, son prácticas degradantes, descalificantes y de subestimación de una persona por el solo hecho de ser mayor (Dabove, 2018, p. 62).

El marco teórico trialista del derecho (Ciuro Caldani, 2000; 2007; Goldschmidt, 1987) nos ofrece la posibilidad de sustentar un parámetro dikelógico nuevo, articulado en torno a la vejez. La justicia se configura como aquel mandato de optimización que exige asegurar a cada persona mayor, en cuanto tal, el espacio de libertad que necesita para continuar personalizándose e interactuar con los demás en igualdad de condiciones (Goldschmidt, 1987). A la par, aparece la necesidad de “respetar otros criterios orientadores en calidad de complementos valorativos del sistema jurídico. En este marco se requiere integrar el principio de ‘igual consideración y respeto’ que cada uno tiene en cuanto persona” (Dabove, 2018, p. 72).

En síntesis, reafirmamos que todas las personas mayores tienen el mismo derecho que los demás “a una distribución igual de oportunidades, recursos o cargas, y del derecho a ser tratado como igual, a recibir la misma consideración y respeto que le correspondería a cualquiera. También de ello se deriva el deber de garantizar que los intereses de las personas mayores sean tratados tan extensamente como los de cualquier otro” (Dabove, 2018, p. 73).

Referencias

- Bellina Yrigoyen, J. (2004). *La economía política de los fondos de pensiones*. Rosario: UCEL.
- Bobbio, N. (1991). *El tiempo de los derechos*. Madrid: Sistema.
- Briones, C. (1998). *La alteridad del cuarto mundo*. Buenos Aires: Colihue.
- Butler, R. (1969). Age-ism: another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9 (4), 243-246. doi https://doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243
- Ciuro Caldani, M. A. (2000). *La conjetura del funcionamiento de las normas jurídicas. Metodología jurídica*. Rosario: Fundación para las Investigaciones Jurídicas.
- Ciuro Caldani, M. A. (2007). *Metodología jurídica y Lecciones de Historia de la Filosofía del Derecho*. Rosario: Zeus.
- Ciuro Caldani, M. A. (2011). *Estrategia Jurídica*. Rosario: UNR Editora.
- Ciuro Caldani, M. A. (2020). *Una teoría trialista del derecho*. Buenos Aires: Astrea.
- Comisión Interamericana de los Derechos Humanos (2019). *Compendio Igualdad y No Discriminación. Estándares interamericanos*. Recuperado de <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/Compendio-IgualdadNoDiscriminacion.pdf>
- Comisión Interamericana de los Derechos Humanos (2020) Resolución n° 1/2020: Pandemia y derechos humanos en las Américas (Adoptado por la CIDH el 10 de abril de 2020). Recuperado de <http://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-1-20-es.pdf>
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (1995). *Observación General N.º 6* Recuperado de <http://www.defensoria.org.ar/wp-content/uploads/2017/01/observaci%C3%B3n-general-6-personas-mayores.pdf>
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2020). *Covid-19 y Derechos Humanos: Los problemas y desafíos deben ser abordados con perspectiva de derechos humanos y respetando las obligaciones internacionales*. Declaración N.º 1/20. Recuperado de https://www.corteidh.or.cr/tablas/alerta/comunicado/declaracion_1_20_ESP.pdf

- Dabove, M.I., et al. Derechos y libertades en la vejez: Paternalismos explícitos y ...
- Corte Interamericana de los Derechos Humanos. (2019). Igualdad y No Discriminación . *Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos*, 14. Recuperado de <https://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/cuadernillo14.pdf>
- Corte Interamericana de los Derechos Humanos. (2003). *Condición jurídica y derechos de los migrantes indocumentados. Opinión Consultiva OC-18/03 Serie A No. 18*. Recuperado de <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2003/2351.pdf>
- Corte Interamericana de los Derechos Humanos. (2002). *Condición jurídica y derechos humanos del niño. Opinión Consultiva OC-17/02 Serie A No. 17*. Recuperado de https://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_17_esp.pdf
- Corte Interamericana de los Derechos Humanos (CORTEIDH) (2018). Poblete Vilches y otros vs. Chile. Fondo, reparaciones y costas. Serie C No. 34949 122. Recuperado de https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_349_esp.pdf
- Dabove, M. I. (1996). Comprensión jusfilosófica del derecho de la ancianidad. *Boletín del Centro de Investigaciones de Filosofía Jurídica y Filosofía Social*, 21, p. 11.
- Dabove, M. I. (2001-2002). Las fuentes formales del derecho de la ancianidad. Aportes de los derechos humanos y la bioética a la construcción de su autonomía formal. *Revista de la Facultad de Derecho de la UNR* , 16, 75.
- Dabove, M. I. (2002). *Los derechos de los ancianos*. Buenos Aires: Ciudad Argentina.
- Dabove, M. I. (2008a). Derecho y multigeneracionismo: o los nuevos desafíos de la responsabilidad jurídica familiar en la vejez. *Revista de Derecho de Familia*, 40, 39-54.
- Dabove, M. I. (2008b). La problemática de la vejez en el derecho argentino: razones para la construcción del derecho de la ancianidad. *Estudios Interdisciplinarios sobre o Envelhecimento*, 13 (1), 7.
- Dabove, M. I. (2013). Elder Law: A Need that emerges in the course of life. *Ageing International*. September. doi: 10.1007/s12126-013-9193-4.
- Dabove, M. I. (2016). Derechos humanos de las personas mayores en la nueva Convención Americana y sus implicancias bioéticas. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 16 (30-1), 38.



- Dabove, M.I., et al. Derechos y libertades en la vejez: Paternalismos explícitos y ...
- Dabove, M. I. (2017). *Derechos humanos de las personas mayores. Acceso a la justicia y protección internacional*, (2º ed.). Buenos Aires: Astrea.
- Dabove, M. I. (2018). *Derecho de la vejez. Fundamentos y alcance*. Buenos Aires: Astrea.
- Dabove, M. I. y Prunotto Laborde, A. (dirs.) (2006). *Derecho de la ancianidad*. Rosario: Juris.
- Geertz, C. (2006). *Los usos de la diversidad*. Barcelona: Paidós.
- Goldschmidt, W. (1987). *Introducción filosófica al Derecho. La teoría trialista del mundo jurídico y sus horizontes*. Buenos Aires: Depalma.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2012). Recuperado de <https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/encaviam.pdf>
- Kymlica, W. (1995). *Ciudadanía multicultural*. Barcelona: Paidós.
- Lanzieri, S. c/ GCBA s/ amparo – otros. N° Exp. 3045/2020-0 CUIJ. Exp. J-01- 00020842-2/2020-0 Actuación N° 14570412/2020. Poder Judicial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Fuero Contencioso, Administrativo y Tributario. Juzgado 1º Inst. Cont., Adm. y Trib. N° 14 Secr. 27. (20 de abril de 2020). Recuperado de http://www.saij.gob.ar/FA20370011?utm_source=newsletter-semanal&utm_medium=email&utm_term=semanal&utm_campaign=jurisprudenci_a-provincial
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (31 de mayo de 2020). Información Epidemiológica. Sala de Situación Coronavirus online. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/sala-situacion>
- Organización de las Naciones Unidas (2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, 8 a 12 de abril*. Recuperado de <https://undocs.org/es/A/CONF.197/9>;
- Organización de las Naciones Unidas. (2020). *Informe El impacto del COVID-19 en las personas mayores*. Recuperado de <https://www.un.org/es/coronavirus/un-secretary-general>.



Dabove, M.I., et al. Derechos y libertades en la vejez: Paternalismos explícitos y ...

Organización de los Estados Americanos. (2020). *Guía práctica de respuestas inclusivas y con enfoque de derechos ante el COVID-19 en las Américas*. Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos (SG/OEA). Recuperado de http://www.oas.org/es/sadye/publicaciones/GUIA_SPA.pdf

Prieto Sanchís, L. (1994). Minorías, respeto a la disidencia e igualdad sustancial . *Doxa*, 15-16, 367-387.

Sartori, G. (2001). *La sociedad multiétnica. Pluralismo, multiculturalismo y extranjeros*. Madrid: Taurus.

Taylor, Ch. (1993). *Multiculturalismo y la política del reconocimiento*. México: Fondo de Cultura Económica.

Yturbe; C. de. (2008). *Multiculturalismo y derechos*. México, D.F.: Instituto Federal Electoral. Recuperado de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/1/490/1.pdf>

Artículo recibido: 03 julio, 2020
Artículo aprobado: 01 diciembre, 2020



CONDICIONANTES DE LA PARTICIPACIÓN Y USO DEL ESPACIO PÚBLICO DE PERSONAS MAYORES EN EL CERRO DEL CUATRO, JALISCO MÉXICO

DETERMINING FACTORS IN THE PARTICIPATION AND USE OF PUBLIC SPACE BY OLDER PEOPLE IN CERRO DEL CUATRO, JALISCO MEXICO

Yolanda de Jesús Hernández Delgado¹

RESUMEN

La relación entre entorno y personas mayores ha sido un tema de suma importancia para la gerontología ambiental. El objetivo de este artículo es analizar cómo han sido erigidas las estructurantes físicas y sociales que hoy conforman el espacio público que usan y en el que participan las personas adultas mayores en el Cerro del Cuatro, Jalisco. Se llevó a cabo una investigación cualitativa a través del método etnográfico, por medio de entrevistas semiestructuradas y observación participante con ocho casos seleccionados. Se hizo un análisis temático bajo el marco de la teoría de campos sociales de Bourdieu. Se identificó que el espacio público en el que participan ha sido construido desde una perspectiva de vulnerabilidad, evidente en las características deficientes de los espacios y servicios con los que cuentan.

PALABRAS CLAVE: espacio público, participación social, vejez, entorno urbano, gerontología ambiental

ABSTRACT

The relation between the environment and the elderly has been a very important issue for environmental gerontology. The objective of this article is to analyze how the physical and social structures that today constitute the public space used by and in which the elderly participates in Cerro del Cuatro, Jalisco, have been erected. A qualitative research was executed through the ethnographic method, semi-structured interviews, and participant observation of 8 selected cases. A thematic analysis, under the framework of Bourdieu's theory of social fields, was carried out. It was identified that the public space in which elderly participate has been constructed from a perspective of vulnerability, evident in the deficient characteristics of the spaces and services they have.

KEY WORDS: public space, social participation, old age, urban environment, environmental gerontology.

¹Doctora en Ciencias Sociales, Colegio de Jalisco. Docente, Maestría en Gerontología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud. México. E-mail: yolandageronto@gmail.com



Introducción

El envejecimiento poblacional, y por ende el alargamiento de la vida, trae consigo una necesidad creciente de comprender y construir una sociedad pensada más allá de un perfil único de habitante. Así como, entender las distinciones y particularidades de la diversidad de las etapas de la vida y su funcionalidad, para que, así, se haga tangible en el entorno físico y social compartido.

Desde los sesenta, el interés por entender la relación entre el entorno y la persona se pone de manifiesto con el surgimiento de la psicología ambiental, la influencia de la escuela de sociología urbana de Chicago y el nacimiento de la gerontología ambiental, a partir del libro *Handbook of Aging and the Individual: Psychological and Biological Aspects* de James E. Birren (Hans & Weisman, 2003), centrando su interés en el proceso de institucionalización de las personas adultas mayores.

La gerontología ambiental, como subdisciplina de la gerontología, describe, explica, modifica y optimiza la relación entre las personas mayores y su entorno físico-social (García-Valdez, Sánchez-González y Román-Pérez, 2019). De manera general, da mayor énfasis al entorno. Hans & Oswald (2016) destacan que se basa en tres principios fundamentales, uno con mayor relación a la estrategia de investigación y dos a nivel de concepto: “(a) importancia de la transacción P – E y la coconstrucción del desarrollo; (b) importancia de considerar explícitamente el medio ambiente, con énfasis en la dimensión físico-espacial; y (c) importancia de optimizar la validez ecológica en la investigación” (p. 624).

Diversos han sido los temas que integran el bagaje de la gerontología ambiental. Las investigaciones han partido de diversas escalas de análisis como son por agregación

Hernández, Y. Condicionantes de la participación y uso del espacio público de ... social (del hogar al vecindario, la ciudad o una región), a nivel grupal, personal o de organización, familiar o comunitario y, de diversos procesos como afectivos, cognitivos o perceptivos (Hans & Weisman, 2003).

Asimismo, los temas que se han investigado respecto a la relación entre el entorno y las personas mayores son variados. Destacan aquellos que se centran en la vivienda, los arreglos residenciales, la satisfacción con el hogar, las barreras en el exterior e interior y su asociación con la mortalidad (Rantakokko, Törmäkangas, Rantanen, Haak & Iwarsson, 2013). Además, aquellos que tienen que ver con espacios de atención especializada a este sector de la población, como en instituciones de cuidado de largo plazo y el diseño de entornos para personas con demencia (Kristen, Carreon & Stump, 2000) (Quesada-García y Valero-Flores, 2017). Por otra parte, están aquellos trabajos que analizan el papel de los vecindarios o entornos más cercanos a las personas adultas mayores y su condición como limitante o sugerente para la realización de actividades de la vida diaria (Vaughan, LaValley, AlHeresh & Keysor, 2016). Otros temas son la segregación socioespacial de las personas adultas mayores (Garrocho y Campos, 2016), las trayectorias de movilidad de esta población (Clarke & Ambrose, 2013) y el análisis de factores a nivel individual y de vecindario en relación con los niveles de participación en actividades sociales y preferidas de personas adultas mayores en condición de vulnerabilidad económica (Kim & Clarke, 2015).

Entre los marcos teóricos utilizados para explicar la relación entre el entorno físico-social y las personas adultas mayores, de acuerdo con García-Valdez et al. (2019), se encuentran los modelos ecológicos del envejecimiento propuestos por Lawton y Nahemow en 1973, que relaciona las capacidades funcionales de las personas adultas mayores con las presiones del ambiente. M. Powell Lawton, psicólogo del

Hernández, Y. Condicionantes de la participación y uso del espacio público de ... comportamiento y gerontólogo, propuso el modelo ecológico de la competencia, donde enuncia que el comportamiento de la persona adulta mayor está determinado por la presión del entorno y el grado de competencia del sujeto. Dicho modelo considera que a medida que las personas envejecen presentan mayores limitaciones funcionales, relacionadas con la dependencia y discapacidad, lo cual complica su capacidad de adaptación para enfrentar las crecientes presiones ambientales, como el tráfico, la inseguridad o las barreras arquitectónicas. Dicho modelo es el más citado y se utiliza con frecuencia en estudios que analizan la relación de la salud con la interacción entre la capacidad de la persona y las demandas del medio ambiente (Slaug, Iwarsson & Björk, 2019).

Izal y Fernández-Ballesteros (1990) proponen el modelo de congruencia que plantea que la persona adulta mayor tiene la capacidad de desarrollar comportamientos que se ajustan a los cambios que viven en su entorno. Para 1986 y 1989 Lawton propone el modelo de proactividad ambiental, que enfatiza las distintas capacidades de las personas adultas mayores para adaptarse a diversos entornos, a través de modificarlos o participar en su transformación. Reconoce que la persona mayor puede establecer estrategias para adaptarse al ambiente y es un agente de cambio con una relación bidireccional con el entorno (García-Valdez, et al., 2019).

También, se identifica el modelo de efectos ambientales directos e indirectos, a partir del cual Carp & Carp (1984) postulan que la interacción entre las personas y el ambiente puede ser afectada por características personales y sucesos vitales recientes.

Otro de los marcos utilizados para la investigación respecto a la relación entre el entorno y las personas mayores es la vulnerabilidad, específicamente, vulnerabilidad ambiental, que atañe al contexto ambiental, la vivienda y el barrio; la vulnerabilidad

Hernández, Y. Condicionantes de la participación y uso del espacio público de ... física, que implica el riesgo de discapacidad con relación al envejecimiento biológico, y la vulnerabilidad social, asociada al riesgo de dependencia, explicada por el contexto social y familiar (Sánchez, 2009).

Aunado al anterior, está el modelo de Oswald y Wahl, según el cual existen dos procesos fundamentales que ayudan a comprender la integración entre entorno y persona a medida que envejece; a saber, la pertenencia impulsada por la experiencia y la agencia impulsada por el comportamiento. La primera refleja la conexión principalmente positiva con el entorno físico-social y la segunda el proceso de convertirse en agente de cambio, a través de conductas intencionales y proactivas sobre el entorno (Hans & Oswald, 2016).

Otro de los modelos es el At-Oneness, propuesto por Walsh, Rowles y Scharf (2014), que considera que el fenómeno socioespacial en el que el hogar evoluciona es producto de una construcción individual y comunitaria. Considera, para lo anterior, seis dimensiones del hogar en el tiempo y espacio, además, entendida como una identidad en evolución: lugar de origen, significado heredado, ritmo y rutina, armonía relacional, paisaje funcional estético y esfuerzo invertido (Hans & Oswald, 2016).

Para el caso de América Latina, Sánchez (2015) declara que la urbanización no planeada y la desigualdad social generan procesos desadaptativos que limitan el envejecimiento en el lugar, o reducen la calidad del envejecimiento en el lugar al verse limitados el contacto y participación con su entorno más cercano, como es el barrio o la colonia. Para este grupo etario también se ha puesto en evidencia que tienden a reducir su espacio cotidiano al ámbito de su barrio y su vivienda, lo que conlleva a la limitación de sus recorridos y a un aumento en el tiempo que pasan en casa (García-Valdez, et al., 2019; Rantakokko, et al., 2013).

Desde 1982, en el Plan de Acción Internacional de la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en Viena, se reconoce la importancia de la vivienda y el medioambiente para el bienestar y calidad de vida de las personas. Posteriormente, se vuelve a hacer latente en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en España en 2012, en donde una de las orientaciones prioritarias es la creación de un entorno propicio y saludable para las personas adultas mayores, en busca de promover el envejecimiento en la comunidad en que se ha vivido. Ya específicamente para la región de América Latina y el Caribe la Estrategia Regional (2013) establece como meta que las personas adultas mayores gocen de entornos físico, sociales y culturales que potencien su desarrollo y favorezcan el ejercicio de sus derechos y deberes. Todo ello se concreta con la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007) respecto a las Age Friendly Cities, que buscan impulsar el envejecimiento activo al optimizar las oportunidades para la salud, la participación y la seguridad, con el fin de elevar la vida de la población conforme envejece, a través de adaptar estructuras y servicios para que sean accesibles, asequibles, utilizables e incluyentes.

A este proceso de ciudades para todas las edades, se viene a sumar la Década del Envejecimiento Saludable, aprobada por los Estados miembros de la OMS en el 2016 con el fin de impulsar la inclusión del envejecimiento saludable en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Lo anterior, en relación con el objetivo 11 que busca lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles, y con la Década del Envejecimiento Saludable que indica que los entornos adaptados a las personas mayores son mejores lugares para crecer, vivir, trabajar, jugar y envejecer. Para ello es necesario eliminar obstáculos físicos y sociales (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020).

El estudio de la relación entre el entorno y las personas adultas mayores, o el envejecimiento poblacional, además de ser un tema de gran interés para la elaboración de futuras políticas públicas, se ha justificado en la identificación de la forma en que influye en la salud de las personas adultas mayores (Salas-Cardenas & Sánchez-González, 2017); su centralidad en el envejecimiento activo que implica seguridad, participación y salud (García-Valdez et. al, 2019); su determinación en la dependencia y exclusión social de este sector de la población al condicionar su vulnerabilidad física y social (Sánchez, 2009), y, por supuesto, en la restricción o potencialización del compromiso social, la participación comunitaria y el aislamiento social.

Se puede observar que el interés por explicar la relación que existe entre la persona y el entorno, específicamente entre para las personas adultas mayores a partir de los diversos modelos teóricos, es explicar como ciertas condiciones personales que tienen que ver con la capacidad funcional y de independencia limitan el uso del espacio público o como las características, diseños y actitudes del entorno físico-social determinan la participación y movilidad de las personas para el cumplimiento de las actividades diarias y el compromiso con sus redes y ámbitos de participación. Sin embargo, se considera necesario ir un nivel más y analizar cómo han sido erigidas las estructurantes físicas y sociales que hoy conforman el espacio público que usan y en el que participan las personas adultas mayores.

Los resultados que hoy se presentan son parte de mi investigación doctoral sobre la construcción social de la vejez en personas indígenas y no indígenas que habitan en las colonias Buenos Aires y Francisco I. Madero en el Cerro del Cuatro, Jalisco México. El Cerro del Cuatro es un espacio que abarca quince colonias que se han conformado desde finales de los años sesenta. Tiene una altitud de 1770 metros de sobre el nivel del

Hernández, Y. Condicionantes de la participación y uso del espacio público de ...
mar. En este espacio se superponen las fronteras entre Tlaquepaque y el sur de Guadalajara y, en un principio, fueron tierras de la comunidad indígena de Santa María Tequepexpan.

La investigación se llevó a cabo bajo la propuesta teórica de Bourdieu, específicamente, la teoría de campos que permite fragmentar la compleja realidad de los sujetos envejecidos y entender las estructuras que lo erigen y permiten su reproducción. Este enmarque teórico es una herramienta teórico-metodológica para entender o tratar de explicar aquellas condiciones que tienen un papel dentro de la construcción de la vejez. Esto significó identificar los microespacios de los que las personas adultas mayores son parte y en los que mantienen diversas posiciones sociales envueltas por significados y capitales. La categoría teórica de campo social fue el modelo de análisis utilizado. Un *campo social* es

una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones están objetivamente definidas, en su existencia y en las determinaciones que imponen sobre sus ocupantes, agentes o instituciones, por su situación presente y potencial (*situs*) en la estructura de distribución de especies del poder (o capital) cuya posesión ordena el acceso a ventajas específicas que están en juego en el campo, así como por su relación objetiva con otras posiciones (dominación, subordinación, homología, etcétera) (Bourdieu y Wacquant, 2008, p. 135).

Un campo implica un espacio de lucha diferido por los intereses en juego y la escasez que se engendra por las especies de capital implicadas. Para Bourdieu y Wacquant (2008), el campo es entendido como una estructura de relaciones objetivas que se dan entre diversas posiciones de puganza. Estas dirigen las estrategias de los

Hernández, Y. Condicionantes de la participación y uso del espacio público de ... agentes que participan y ocupan esas posiciones, ya sea de manera individual o colectiva, quienes, además, buscan imponer y mantener su posición y seguir reproduciendo un principio de jerarquización que les favorezca. Un campo es ese espacio social donde los agentes viven su vida, un microcosmo dentro del macrocosmo. Está integrado por agentes e instituciones, posee reglas específicas que responden a un objetivo central y tiene límites que los vuelve relativamente autónomos con respecto a otros campos. Asimismo, se juegan diversas especies de capital que tienen una lógica de distribución y reconocimiento, cada integrante del campo posee en mayor o menor grado cierto tipo de capital que lo lleva a una asimetría en su distribución (dominados-dominantes).

En él se precisa un sentido y lógica de ser que es reproducido por quienes lo conforman. Se sabe qué hacer, cómo pasan las cosas y el lugar que ocupan dentro del campo y, por tanto, sus funciones. Los campos funcionan a partir de mecanismos inexorables que imputan sus necesidades a los agentes que en ellos participan, “lo que permite que los detentadores de los medios para dominar esos mecanismos y apropiarse de los beneficios materiales o simbólicos producidos por su funcionamiento, puedan ahorrarse unas estrategias orientadas expresa y directamente hacia la dominación de las personas” (Bourdieu, 2007, p. 220).

Cada campo implica un acumulado de relaciones objetivas e históricas de posiciones que llevan enclavadas formas de poder. Cada uno tiene sus propios valores y principios reguladores que limitan un espacio socialmente estructurado, en que los agentes lidian, de acuerdo con la posición que ocupan dentro de esos espacios, para cambiar o preservar su demarcación. Es necesario considerar que los efectos surgidos dentro de los campos sociales van más allá de consecuencias o agregación mecánica, es

Hernández, Y. Condicionantes de la participación y uso del espacio público de ...
una estructura de un juego significativo para los agentes, que lo que se encuentra en la base de la trascendencia, revelada por casos de inversión de intenciones, del efecto objetivo y colectivo de acciones acumuladas (Bourdieu y Wacquant, 2008).

A partir de la investigación empírica y desde este marco teórico, se analizaron los diversos microcosmos en que las personas envejecidas del Cerro del Cuatro participan, considerando que cada ser humano es parte de diferentes campos, que conocemos y de los que obtenemos distintos recursos. Se reconocieron como campos sociales la familia, la economía y el espacio público. Este último es en el que se centra este documento.

Entender los campos como espacios estructurados de posiciones implica identificar el lugar que ocupan los agentes en determinado campo. Bajo esa premisa, se puede advertir que la población adulta mayor del Cerro del Cuatro ocupa posiciones distintas en relación con el campo analizado.

A partir de las prácticas y narrativas de las personas, se logró conocer los requerimientos y organización del espacio público como campo social, para el cual los actuantes de este campo poseen las propiedades necesarias para ser efectivos en los diversos campos. Considerando que, como afirman Bourdieu y Wacquant (2008), es en el conocimiento del campo mismo en el que participan las personas adultas mayores lo que nos permite captar los bulbos de su singularidad, el punto de vista o posición desde el cual se construye su particular visión del mundo.

Cada campo del que forman parte las personas envejecidas requiere de sujetos que dominen las regularidades específicas que implican los beneficios y estrategias de optimización que en él se juegan y que ellos asumen conforme la posición que van ocupando a lo largo de su vida. La pertenencia a un campo implica pensarlo entonces

Hernández, Y. Condicionantes de la participación y uso del espacio público de ... como “algo sensato, es decir, dotado de sentido y objetivamente orientado a una dirección juiciosa” (Bourdieu, 2007, p. 115). No únicamente nacemos en un campo social, creemos en él y, por tanto, pertenecemos a él bajo una fe práctica.

Conceptualizar el espacio público, ha resultado difícil a pesar de su uso continuo en la academia y vida cotidiana, pero en primer lugar se debe pensar más allá de una cuestión jurídica o de planeación urbana. Hay que entender el espacio público como un lugar físico, simbólico, político, cultural y de apropiación que favorece la construcción de ciudadanía, según indica Borja (2003). De acuerdo con Filardo, Aguiar, Barbero, Dansilio y Malan, (2009) es un lugar de encuentro entre personas ciudadanas, en el que no se interactúa únicamente con otros, sino desde diversos significados, a partir de “uno mismo” posicionado y ubicado en el espacio social. Aunado a lo anterior, Castillo (2018) expresa que es el conjunto de estructuras básicas para la vida en sociedad, con un ordenamiento territorial que satisface las necesidades primordiales.

El espacio público otorga significado social, sentido a las cosas a través del uso, elementos simbólicos, físicos e intangibles, sumado a las condiciones sociales, culturales, políticas, económicas. En él se expresan diferencias culturales, sociales y políticas que llevan al desarrollo de formas distintas de apropiación del lugar.

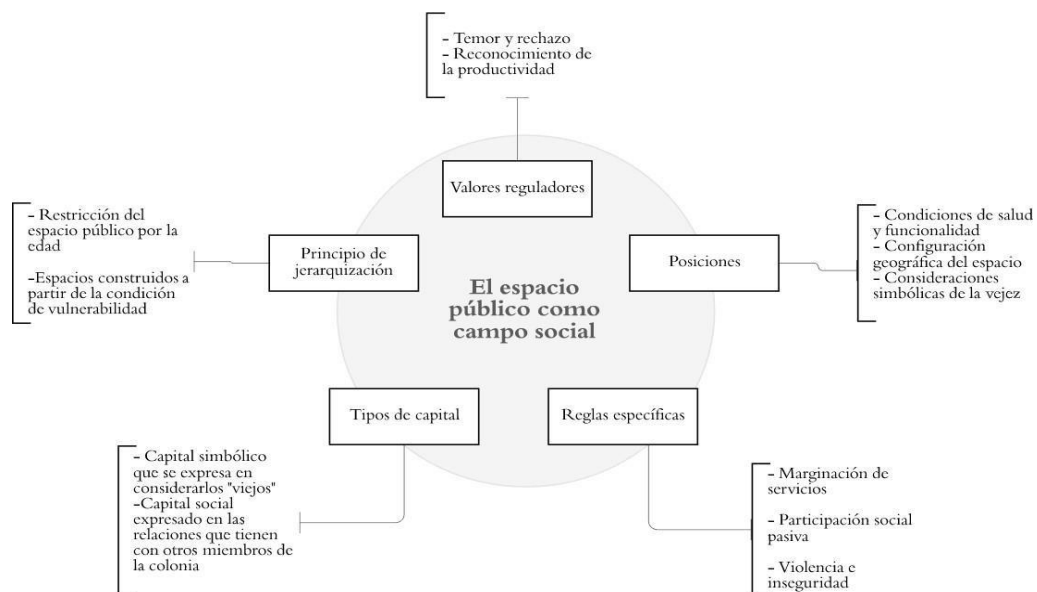
Desde la posición de Castillo (2018), el espacio público es un lugar más allá del ambiente individual y privado, es el escenario en el que se puede incluir la plaza, las calles, parques, el centro comercial o un café y todos aquellos lugares que se constituyen como escenarios por y para la ciudadanía, pues los espacios públicos (calles, plazas, jardines, equipamientos cívicos, centros culturales y deportivos) son lugares de encuentro y de relación entre personas. Es, por tanto, lugar de convivencia y sociabilidad (García y Jiménez, 2016). Además, es el espacio comunitario dentro de los

Hernández, Y. Condicionantes de la participación y uso del espacio público de ... ámbitos privados y facilita la apropiación colectiva, identificación con el lugar y la socialización de la vida (Bamba, 2016).

De esa forma, se identifica que el espacio público tiene un componente físico que lo vuelve tangible y usable, así como un componente social que versa en tres procesos: el de la construcción del espacio público, las interacciones que en él se desarrollan y los efectos a nivel relacional y personal de quienes lo usan. Debe considerarse en constante construcción, a partir de una serie de principios jerarquizadores que distinguen por centralidad, periferia y situación socioeconómica, como la marginación.

A partir de la teoría de campos sociales de Bourdieu y los datos empíricos recolectados, se va a entender el espacio público de las personas adultas mayores como aquel entorno físico más cercano, su colonia, producto de un proceso histórico de construcción y distinción, en el que se desenvuelven y participan conforme a una serie de reglas específicas, posiciones sociales, tipos de capital y valores reguladores que reconocen y reproducen. Todo ello organizado a partir de un principio de jerarquización, que los coloca en una situación de dominados frente a otras etapas de vida. En la figura 1 se presentan los componentes del espacio público como campo social que surgieron a partir de los datos recolectados en campo bajo la propuesta teórica de Bourdieu.

Figura 1. *El espacio público como campo social*



Fuente: Elaboración propia, a partir del análisis de los datos empíricos y la propuesta teórica de Bourdieu

Metodología

Se realizó una investigación cualitativa, bajo los criterios del método etnográfico que Guber (2011) define como “el conjunto de actividades que suele designarse como trabajo de campo, y cuyo resultado se emplea como evidencia para la descripción” (p. 78). Para este, los actores deben ser los privilegiados para expresar sus prácticas y palabras. Este método permitió analizar las condiciones estructurantes de la participación y uso de las personas adultas mayores en el entorno físico-social en que viven, a través de la observación participante y las entrevistas semiestructuradas.

El contexto de la investigación es la colonia Buenos Aires y Francisco I. Madero en el Cerro del Cuatro ubicado en Tlaquepaque, Jalisco. El acceso al campo fue a través del grupo de persona adultas mayores que acuden una vez a la semana al Centro de

Desarrollo Comunitario. Del grupo integrado por 30 personas adultas mayores, en su mayoría mujeres, tenía edades que oscilaban entre los 57 y 81 años, poseían un bajo nivel educativo y habían migrado de otros estados de la república mexicana o municipios de Jalisco hace varios años. Este grupo se seleccionó a partir de un muestreo teórico a ocho personas que cumplieran con los siguientes criterios: personas de más de 60 años, tener más de 10 años de vivir en las colonias seleccionadas, pertenecer o no a una comunidad indígena, participar en el grupo de personas adultas mayores y, por supuesto, aceptar participar de manera voluntaria en la investigación. Se trató de tener representatividad entre hombres y mujeres.

La investigación se realizó en el período 2017-2019. Se usaron como técnicas de recolección las entrevistas semiestructuradas, que permiten llevar una conversación focalizada respecto a un tema, pero dando espacio y oportunidad a las personas entrevistadas de profundizar y dirigirse a los temas que consideran centrales. Además, se utilizaron entrevistas etnográficas que se desprenden de esos momentos de participación dentro de la vida de las personas adultas mayores y permiten una conversación más cercana en diversos ámbitos de participación: calle, su vivienda, el transporte público y su centro comunitario.

A continuación, se presenta un cuadro con los datos condensados de las personas participantes en la investigación:

Tabla 1. Datos generales de las personas participantes principales de la investigación

Nombre	Edad	Género	Estado civil	Nivel educativo	Lugar de origen	Tiempo de residir en la ciudad	Pertenencia étnica	Lengua que habla
T	83	Masculino	Viudo	Primaria incompleta	Veracruz	21 años	Sí	Totonaco
C	73	Femenino	Casada	Primaria completa	Los Altos de Jalisco	52 años	No	--
I	80	Femenino	Viuda	No acudió a la escuela	Veracruz	22 años	Si	Totonaco
I	62	Femenino	Viuda	No acudió a la escuela	Los Altos de Jalisco	--	No	--

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos recabados durante el trabajo de campo.

Para el análisis de la información, se realizó un análisis temático, mediante el programa *Atlas.ti*, en el cual se realizaron distintos ciclos de codificación. En primer lugar, se hizo una lectura vertical de los datos registrados y sistematizados, a partir de la cual se da un primer ciclo de codificación en el que se identifican los campos sociales de participación de las personas adultas mayores, entre los que se encuentra el espacio público.

Ya con la selección de aquellos códigos que integran este campo social, se llevó a cabo una lectura horizontal que permitió identificar los valores reguladores, posiciones sociales, reglas específicas y principios de jerarquización que determinan y regulan la participación y uso de las personas adultas mayores en este campo social, que se integran como categorías de análisis.

La investigación fue enmarcada éticamente en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, que en su artículo 9 habla sobre los principios de *Privacidad* y *Confidencialidad* de las personas participantes en la investigación. Al

Hernández, Y. Condicionantes de la participación y uso del espacio público de ...
respecto, las personas participantes fueron informadas verbalmente sobre los objetivos de la investigación y se les preguntó si querían participar, consentimiento que fue otorgado tácitamente. Por otra parte, se les pidió autorización para grabar las entrevistas cuando era requerido y, finalmente, se les indicó que su identidad estaba protegida y que la información otorgada es confidencial, por lo que únicamente puede ser utilizada para fines de investigación científica.

Resultados

El Cerro del Cuatro, específicamente las colonias Buenos Aires y Francisco I. Madero, es el espacio donde habitan las personas adultas mayores de esta investigación. Este está ubicado en el sur de la Zona Metropolitana de Guadalajara. Esa área geográfica tiene una configuración física y simbólica que lo ha colocado en el pensamiento general como un lugar marginado, violento y pobre. La colonia Buenos Aires ha sido catalogada dentro de las Zonas de Atención Prioritaria debido a que se caracteriza por un ambiente propicio para el inicio y mantenimiento de drogas como; a saber, la alta frecuencia de problemas familiares, problemáticas escolares, deterioro de la calidad de vida, falta de seguridad pública y su falta de accesibilidad (Municipio de San Pedro Tlaquepaque, 2018).

El Cerro del Cuatro, según James Cuenca Morales (2008), se comenzó a poblar desde finales de los años setenta como consecuencia de la migración interna motivada por el proceso de industrialización en el país, la descapitalización del campo mexicano y la búsqueda de una oportunidad en la ciudad. Esto representó un desafío para las autoridades locales de satisfacer las necesidades urbanas (Shefner, 2008). Incluso, ya para la década de los setenta, Enrique Dau Flores reconoce por vez primera la existencia de ese asentamiento irregular en la ciudad.



En la década de los noventa, la mancha urbana se extendió al sur sobre el municipio de San Pedro Tlaquepaque, en las colonias Buenos Aires, La Mezquitera y España. Dichos asentamientos fueron ocupados por migrantes que llegaron a Guadalajara en busca de empleo, provenientes de pequeños poblados de zonas rurales y que significaban mano de obra para el trabajo artesanal, comercio y agricultura. Además, se insertaron a las pequeñas empresas, actividades comerciales, trabajadores domiciliarios y la construcción.

El proceso de conformación de las colonias del Cerro del Cuatro se identifica con lo que en ciencias sociales se conoce como urbanismo popular o también llamado “hábitat popular”. Este término alude a un tipo de urbanización que irrumpe en las ciudades latinoamericanas en la primera mitad del siglo pasado, de una forma abrupta y desorganizada, que ha sido denominada de diversas formas, como villa miseria, callampas, barriadas, pueblos jóvenes, favelas, barrios o colonias populares, lotificaciones irregulares (o humanos irregulares), populares, urbanizaciones informales, lotificaciones y fraccionamientos clandestinos o piratas, entre otros. Estas denominaciones ponen en imagen aquellas tantas casitas a medio hacer, apiladas en los cerros, barrancas o cualquier espacio que no es vendible para otros usos (Quiroz, 2014). El Cerro del Cuatro se identifica como una zona de alto riesgo al configurarse como una pendiente. Este lugar no es adecuado para la urbanización, pues el suelo no es adecuado para la construcción de vivienda. A eso se le suman los problemas de drenaje y servicio de agua (El informador, 2013).

La urbanización del país configuró a las ciudades, a partir del crecimiento poblacional y la necesidad de un suelo para vivir. Se incentivó la creación de un mercado inmobiliario ilegal ante la creciente demanda y la baja oportunidad de acceso a

Hernández, Y. Condicionantes de la participación y uso del espacio público de ... un crédito, que trajo consigo una urbanización informal. Bajo ese proceso de construcción del espacio público en el que hoy en día viven su vejez estas personas, se hizo presente una restricción de servicios básicos, como alumbrado público, agua potable, drenaje, pavimentación, servicios educativos y de salud. A lo largo de más de 45 años de historia, se han obtenido a cuentagotas algunos de ellos.

Las condiciones materiales y físicas que se observan y utilizan en el espacio público del Cerro del Cuatro se pueden explicar a partir del principio de jerarquización que ha acompañado el proceso de urbanización en una situación de capitales reducidos con diferencia a otros espacios territoriales del municipio y que definimos como la condición de vulnerabilidad. En otras palabras, la construcción del espacio público en el que habitan responde al perfil de personas que en él habitan (migrantes del ámbito rural e indígenas) y, por ende, los capitales culturales y sociales que representan, expresado en las condiciones deficientes de infraestructura y servicios, que se enraíza con la estigmatización territorial del Cerro del Cuatro.

Lo anterior, se hace evidente, por una parte, en las condiciones físicas de este espacio territorial y que delatan las calles en su mayoría sin pavimentación, únicamente la calle principal, mientras que las demás son empedradas o de tierra, con una irregularidad en las banquetas por la altura y ancho o su inexistencia. Las calles son el prototipo de los servicios que se tienen en el Cerro del Cuatro: alumbrado público a medio funcionar y por secciones, abastecimiento de agua y drenaje deficiente, para algunos la clandestinidad del servicio eléctrico y la persistente irregularidad de la propiedad. Al parecer nada está cubierto al cien por ciento. Esta distinción con el ideario de Guadalajara se hace evidente en las palabras de I (62 años) cuando se le dice: “No,



Hernández, Y. Condicionantes de la participación y uso del espacio público de ...
está muy feo para ser Guadalajara”; a lo que ella le responde “es que vivimos a las orillas de Guadalajara”.

Por otra parte, respecto a los servicios, el Centro de Salud y las instalaciones del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF Tlaquepaque)² son de los pocos que se tienen en el Cerro del Cuatro por parte del gobierno. En ambas instituciones hay escasez de recursos que limitan sus actividades diarias y, por tanto, el cumplimiento de sus objetivos. Esto tiene que ver tanto con la infraestructura del lugar (espacios pequeños, mal planeados, sin ventilación) como con los insumos materiales, económicos y humanos necesarios para cumplir con sus funciones. El siguiente fragmento da cuenta de las condiciones restrictivas que tienen los servicios:

“el servicio de odontología está funcionando, aunque dijo -ya lleva algo de tiempo sin el material necesario, así que no puede atender, pero sí puede hacer revisiones, eso es lo único que puede hacer-. [...] la enfermera, quien reiteró la importancia de llevar a los niños a vacunar, [...] Pero también dijo que no tenía todas las vacunas, se descompuso su refrigerador y pues no tiene todas las vacunas” (Nota etnográfica 29 de agosto de 2018).

En la atención otorgada por DIF Tlaquepaque, institución encargada de la asistencia social en México, a través del funcionamiento de Centros de Desarrollo Comunitario donde participan grupos de personas adultas mayores, se identificó que los responsables del trabajo con esta población en el Cerro del Cuatro son servidores públicos que no tienen la preparación necesaria para un trabajo gerontológico, lo cual no es su culpa. Responde al proceso de selección y definición de perfiles que realiza la institución y lo que sucede es que estos puestos son cubiertos por personas que

² Se centra la atención en este tipo de servicios porque son de los que hacen uso las personas adultas mayores. Dejamos de lado las escuelas primarias o secundarias, ya que son espacios que no están dirigidos a este sector de la población.

Hernández, Y. Condicionantes de la participación y uso del espacio público de ... apoyaron durante la campaña de la actual presidencia –una práctica común en el hacer política en México. Junto a eso, las actividades planificadas que aparentemente se encuentran formalizadas parecen una especie de cumplimiento con datos estadísticos, es decir, mucho papeleo y no una intervención sistematizada que busque cambios cualitativos en la vida de las personas que participan de estas instituciones. Así se observa en la siguiente viñeta:

“pues tenían que participar en dos actividades, pero como no quisieron hacer una tabla rítmica, y se debe cumplir con los objetivos Ana tuvo que buscar quien la apoyara. [...] Ana ha indicado que estos grupos (los del Cerro del Cuatro) siempre son los más olvidados, además de que los psicólogos, maestros de danza no quieren acudir, dicen que está muy lejos y que es muy peligroso” (Nota etnográfica 11 de julio de 2018).

El análisis de los datos obtenidos permite indicar que los servicios por parte del gobierno en este contexto son limitados, tanto para las personas adultas mayores como para habitantes de otras edades. Esto coincide con lo que ha indicado Montes de Oca (2001): “los grupos sociales más pobres y vulnerables no se encuentran cubiertos por institución alguna, ni siquiera para la atención básica a su salud, como es el caso específico de la población con 60 años y más” (p.586).

Entonces, se hace evidente que, para el caso de la infraestructura y servicios, las personas adultas mayores han quedado excluidas en un primer momento no por el hecho de ser personas mayores, si no por las condiciones propias del contexto en el que viven y que responde a una inversión restringida de diversos capitales que se reparten a partir de una configuración social de quienes habitan ese lugar. Resultado de la falta de inversión económica por parte del Estado en materia de infraestructura y calidad de los servicios es que este tipo de contextos se vislumbran desde una imagen de irregularidad y vulnerabilidad y que, por tanto, no atiende sus necesidades de manera tajante.

Lo anterior pone en evidencia que el espacio público, como el territorio, es un escenario de relaciones sociales en el que se intrinca el poder, la gestión y el dominio del Estado y otros agentes, como diversas organizaciones privadas y de la sociedad civil. Además, resalta el hecho de que las etapas de vida participan en su construcción social. En esta la actividad espacial de los actores es diferencial y, por lo tanto, su capacidad real y potencial de crear, recrear y apropiar territorio es desigual (Montañez y Delgado, 1998).

Por otra parte, dentro del espacio público del que son parte las personas adultas mayores, se consideran aquellos lugares que permiten su socialización y participación. Hay que tener en cuenta que la participación de este grupo de población en cualquier tipo de asociación tiene implicaciones positivas sobre la satisfacción con la vida (Herrera, Elgueta & Lorca, 2014). Sin embargo, aquí lo que se busca exponer es cómo es la estructuración de estos ámbitos de participación, pues permite conocer la forma en que se comprende la vejez y cómo se mira y valoriza a las personas adultas mayores.

Entre los espacios de participación, además del grupo del Centro de Desarrollo Comunitario, se logró identificar a las iglesias. En ellas acuden a la misa dominical o la que organizan al mes para las personas enfermas, así como a la comida de navidad o la entrega de despensas. Otro espacio es una asociación civil que brinda diversos talleres, realiza juntas y gestiona apoyos con otras instituciones. Tiene más de cuatro años funcionando y, según lo que señala C, “ya son más de 150 viejitas alborotadas” las que participan en un predio que han ido acondicionando para sus juntas y actividades y que muchas veces se ve rebasado por el número de asistentes. Otro espacio más es el salón contiguo de una iglesia a donde van a recoger una despensa de manera mensual que les entrega otra fundación.

La siguiente narrativa es un claro ejemplo de la forma en que se estructuran estos espacios de participación de las personas adultas mayores, en los que ellos juegan el papel de personas pasivas y sujetas a las condiciones que les son asignadas para su participación. Lo anterior, se evidencia durante la entrega de despensas en la que únicamente se escucha un mensaje y una oración. Después deben las personas adultas mayores que asisten estar atentas al pase de lista para poder recoger su despensa: *“Después de los regaños, más que avisos, empezó la señora del pantalón verde a decir nombres, su voz era bajita además estaba sentada, pues poco se alcanzaba a escuchar, aun así por allí perdidos entre las gentes salían unos “Presentes” y la gente se comenzaba a mover, pues tenían que ir a hacer fila para pasar ahí con ella”* (Nota etnográfica 13 de febrero 2019).

En su colonia, estos son los espacios públicos donde pueden participar desde su condición de personas adultas mayores. Se constituyen como un segmento de la colonia que padece ciertos tipos particulares de exclusión, exacerbando su situación de pobreza y reduciendo su capacidad para mejorar sus condiciones de vida en el mediano y largo plazo (Portales, 2014, p.3).

Como se observa, hay una limitada variedad de servicios destinados a este grupo de población. Además, dichos servicios tienen una serie de características que las definen. La primera es su ubicación geográfica. Al estar dentro del diámetro correspondiente al Cerro del Cuatro, son direccionados, es decir, los espacios antes mencionados son los espacios que en la lógica social estas personas viejas y pobres necesitan, espacios pensados desde la vulnerabilidad del ser viejo y, por tanto, sus acciones están encaminadas a otorgar bienes básicos para hacer menos pesada su carga (alimentación, resignación y ocupación del tiempo libre), lo cual se desprende de la concepción que tienen sobre la vejez como pobreza, dependencia y vulnerabilidad. Otra de las reglas del espacio público para este grupo etario fue la identificación de una

Hernández, Y. Condicionantes de la participación y uso del espacio público de ... participación pasiva. Esta situación coloca a unas personas como benefactores y otras como beneficiarias, lo que los envuelve en una relación de dominación, producto de la desigualdad disfrazada de buen corazón, y una imagen negativa de la vejez.

Restricción de la movilidad de las personas adultas mayores en el espacio público

En el contexto del Cerro del Cuatro otra de las características que estructuran la participación del espacio público de las personas adultas mayores en su colonia es la dificultad de movilidad, la cual se presenta a partir de dos factores. El primero, las limitaciones que su propio cuerpo les va imponiendo a estas personas. El cuerpo sobrelleva los cambios físicos del envejecimiento, en él se muestran aquellos signos que dan cuenta del paso del tiempo (arrugas, canas y manchas hepáticas que un tinte o algún maquillaje ayudan a disimular). Sin embargo, aunque son los más evidentes, la materialización de los rastros que el paso del tiempo deja en el cuerpo no es lo que posiciona como “viejos” a la población mayor del Cerro del Cuatro, sino el dolor que su cuerpo experimenta, especialmente, en sus extremidades inferiores y la pérdida de fuerza en comparación con etapas anteriores de sus vidas, que limita o vuelve más complejas las actividades cotidianas.

El dolor del cuerpo es lo que hace que la gente se sienta vieja, *los achaques de viejita*, como diría la hija de una informante, son las señales de que la vejez acompaña sus vidas y, sin importar la edad, el dolor de rodillas o la pérdida de fuerza están socialmente relacionadas con la vejez. T (83 años, indígena totonaca) nos lo señala: “Pues ya con la edad que tiene uno pues ya cambia verdad, ya no es igual a como cuando estaba uno joven y todo eso, pues ya poco a poco va rebajando como pues las

fuerzas, las fuerzas para andar, para trabajar, todo eso, sí todo eso, ya no es igual cuando uno está joven verdad, ya no, entonces de esa manera vivo”.

No se puede negar que existe un deterioro del cuerpo, a partir de procesos fisiológicos que acompañan el envejecimiento. Este es un proceso universal, natural e irreversible que todos los seres vivos experimentan con el paso del tiempo y que implica el descenso gradual de capacidades físicas y biológicas que contribuyen a aumentar el riesgo de enfermedad. Pero esos cambios biológicos no son lineales ni uniformes y no se encuentran completamente vinculados con la edad de las personas, sino con su posición social y su contexto. Sánchez (2000) afirma que experimentar una disminución de la salud y la estela de esta, depende del nivel de educación, recursos económicos, dieta y nutrición, edad, género, conceptos culturales acerca de la enfermedad y los sistemas de apoyo, entre otras.

El proceso de deterioro físico del cuerpo, evidente en limitaciones funcionales, dependencia o discapacidad, se ha relacionado con la aparición de la vulnerabilidad socioespacial de las personas mayores (Sánchez, 2009) y se ha señalado su incidencia negativa en las relaciones sociales y participación en diversas actividades de las personas adultas mayores. Por su parte, Chudyk, McKay, Winters, Sims & Ashe (2017) enfatizan que los factores a nivel personal que contribuyen en la capacidad de las personas adultas mayores a ser activas en su vecindario son aspectos físicos, psicosociales, cognitivos y financieros. Además, Kim y Clarke (2015) señalan que a mayor limitación funcional, mayor riesgo de retraimiento y aislamiento social.

Sin embargo, estas condiciones personales y físicas que limitan la movilidad de las personas adultas mayores se anclan no solo con las condiciones estructurales de su colonia y las diversas barreras arquitectónicas que deben enfrentar,

Hernández, Y. Condicionantes de la participación y uso del espacio público de ...

sino con las condiciones simbólicas de la vejez que persiste en ese lugar. Estas condiciones físicas no solamente las experimentan ellos en sus cuerpos, también las comparten con los otros, con quienes están envejeciendo. No se puede pasar por alto que “la vejez no es una experiencia individual, sino social. Los cambios biológicos solamente toman sentido en función de una sociedad determinada” (Ramos, Meza, Maldonado, Ortega y Hernández, 2009, p. 53). Así, esos dolores y limitaciones físicas que sufren sus cuerpos no son reconocidos únicamente por ellos, sino que la sociedad en general les hace saber que su cuerpo ya no podría aguantar. Así lo ejemplifica el caso de C (73 años), quien se cayó y contó su experiencia en el grupo de personas adultas mayores, señalando que sus hijos le hacían burla:

“dicen - ¿para qué se anda subiendo a la silla? ¿no pensó que se podía caer? -, ella dice que -pues uno que es terco y cree que puede seguir haciendo las cosas-, L (otra integrante del grupo) dice – es que ya no, ya no se puede hacer lo mismo, yo antes me subía a la azotea, a las sillas, todo, pero ahora ya no, me vaya a caer y no, ya no aguanto, además los huesos ya me duelen-” (Nota etnográfica 23 de enero de 2019).

Este conocimiento común sobre las limitaciones físicas del cuerpo o los dolores que “forman parte” de la vejez no son únicamente conocidos y reproducidos por sus familiares, coetáneos o vecinos, sino también por los profesionales de la salud. “Le pregunté cómo seguía de sus pies, me dijo -que mala, ya me duelen los dos pies-. Y, ¿qué le dijo el doctor? Pues dice que es la edad que por eso me duelen, y nomás me dio paracetamol.” (Nota etnográfica 6 de febrero de 2019).

No hay duda de que fisiológicamente el cuerpo es la cárcel perfecta para la humanidad y que el inevitable paso del tiempo conlleva un proceso de deterioro biológico progresivo. Sin embargo, de esa condición personal y natural se desprenden una serie de preceptos que colocan, en este caso a las personas adultas mayores, en una

Hernández, Y. Condicionantes de la participación y uso del espacio público de ...
condición de debilidad o vulnerabilidad que estructura su participación en el espacio público de forma limitada y reducida a ciertas prácticas que atentan contra su condición de personas envejecidas.

El otro factor es la construcción del entorno físico y social. Para la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, la accesibilidad y movilidad son un derecho; sin embargo, como se ha visto, el espacio público está restringido para este sector de la población, pues las condiciones de infraestructura se vuelven barreras. Al llegar a la vejez, dice Urroz (2002), las personas se enfrentan a barreras físicas del entorno que le imposibilitan o dificultan un normal desempeño dentro su entorno. Estas se presentan como barreras arquitectónicas, urbanísticas, en el transporte y en la comunicación. Vega (2014) agrega que esto dificulta o modifica el cumplimiento de sus necesidades diarias y hace presente el riesgo de aislamiento, institucionalización e incluso la muerte (Clarke & Ambrose, 2013).

El espacio construido en el que habitan estas personas mayores también responde al principio de jerarquización que ha organizado el espacio público bajo una lógica de restricción por edad. Se observa que las ciudades, en general, y sus espacios marginados, en particular, no están pensados para las personas adultas mayores, como tampoco para los niños o las mujeres. El espacio público le ha pertenecido al hombre productor históricamente, pues era quien hacía uso de él y lo planificaba. Además, se edificaba sobre una imagen homogénea de salud y funcionalidad generalizada.

Ante este principio, la lógica de caminos, transporte, organización, accesos y condiciones del espacio público, sumado a la condición de marginación en la que se ubica su espacio público más cercano, rebasa las capacidades latentes de las personas mayores. No únicamente por las condiciones de su cuerpo, sino por las creencias al

respecto, lo que ha propagado una condición de miedo a seguir viviendo el espacio público.

Dicho miedo lo experimentan de manera constante, al andar con temor de caer en la calle, al tener que hacer uso del transporte público y enfrentar el servicio que se les presta –quizá no les van a hacer la parada porque van a pagar con *Bienevales*³ o porque seguramente tardarán más tiempo en subir–, saber que el tiempo que el semáforo tiene programado no es el suficiente para poder cruzar la avenida 8 de Julio o no tener la certeza de un asiento en el camión –más por seguridad que por descanso. A continuación, se presenta una situación a la que muchas de las personas de este grupo se han enfrentado:

“Vamos en el camión por el lado de Buenos Aires. Es difícil subirse y mantener el equilibrio, se suben dos señoras ya grandes, y una le reclama al chofer de que avanza y todavía no termina de subirse, el chofer de manera grosera le contesta que “a poco quiere que la suba de la mano”, las señoras se quedan calladas y ya no dicen nada. [...], Le reclamó a un señor que le iba a pagar con un *bienevale* pues solo estaban aceptando hasta el 31 de agosto y ya había pasado el día” (Nota etnográfica 1 de agosto de 2018).

Los escenarios presentados dan cuenta de la norma bajo la cual se estructura la participación de los viejos en el espacio público. Si bien el cuerpo es el referente principal que les indica ciertas limitaciones producto del deterioro biológico, la sociedad a través de sus prácticas, sus dichos, sus normas, ha producido y reproducido la exclusión de la población adulta mayor del espacio público.

³ Programa del gobierno de Jalisco, a través de la Secretaría de Desarrollo y Previsión Social, consistente en el subsidio de dos pasajes diarios, haciendo entrega cada semestre. Cuenta con un tope máximo de 365 *bienevales*. <https://sedis.jalisco.gob.mx/content/programa-bienevales-adulto-mayor-y-personas-con-discapacidad>



El espacio público le pertenece a quien produce, el capital simbólico les pertenece a los hombres maduros. Los adultos mayores han perdido su capital simbólico como productores y, por tanto, ahora se les ve como una carga. Bajo esa idea se despliega toda una serie de prácticas que van a reproducir la dominación simbólica entre los productores y los improductivos, la que ha sido punta de lanza en la construcción de ciudades, la planeación y el ejercicio de la política pública, el hacer en el camión, la calle, el trabajo.

A esta condición de exclusión del espacio público se viene a sumar la violencia producto del narcotráfico que ha ido en aumento en su contexto inmediato y, por tanto, una situación que genera miedo a salir o hacer uso del espacio público. Este miedo se hace evidente en la reconfiguración de sus prácticas diarias:

“están pasando muchas cosas”, también la semana pasada -dijo su sobrina- mataron a un muchacho más abajo, y seguro se pone peor. [...] Dice la sobrina de I que por eso le dijo a su mamá (una mujer de 83 años) que no viniera, que estaba muy feo acá, que para qué se exponía, que a la mejor no le hacían nada, pero cualquier cosa ella no iba a poder correr o el simple susto, así que mejor que ni venga, mejor yo voy a verla (I 80 años, Veracruz, indígena totonaca).

Ahora la restricción en el uso del espacio público no solo tiene que ver con el miedo a transgredir la lógica de vida que se piensa del espacio público, sino a la violencia que hoy en día en todo Guadalajara se está experimentando y que se ha incrementado, según las personas entrevistadas, por la ineficacia y corrupción del Estado en el enfrentamiento al narcotráfico y la generación de estrategias de seguridad y vigilancia en su colonia. Existe una constante percepción de inseguridad por parte de la población adulta mayor respecto a su colonia, lo cual trae consigo la disminución en la participación comunitaria y cohesión social, ya que, como indica Skogan citado en

Jasso (2013), puede estimular y acelerar la decadencia de los barrios y hacer que las personas se retiren física y psicológicamente de la vida comunitaria.

A continuación, se ejemplifica la percepción de inseguridad que prima entre las personas adultas mayores del Cerro del Cuatro y que los hace tener miedo respecto a su persona y familia:

“Sí, y yo de tener tanto hijo y todos regados, los que están aquí, dos que están trabajando, el otro vive allá en la esquina, también se va a trabajar, se van que vuelva sabrá, y Dios quiera y vuelva. [...] Sí, ya le digo son cinco hombres y los cinco pues salen a trabajar, pero como le digo que vuelvan, hasta uno mismo, sale y que vuelva quien sabe” (C, 73 años).

El sentirse inseguras ha generado la modificación de ciertas prácticas, como los horarios para salir de casa, no usar el servicio de taxi, evitar dejar salir a las personas menores a la calle y estar preocupados por sus hijos, hijas o familiares que salen de casa. Esto concuerda con las conclusiones planteadas por Jasso (2013), quien señala que las personas se “sienten inseguras en la entidad en la que habitan, y esto ha repercutido en que las personas dejen de realizar actividades cotidianas que inciden en limitar el esparcimiento social, e inhiben la posibilidad de generar cohesión social, y en algunos casos genera otros problemas públicos de mayor envergadura” (p.28).

Esta condición de inseguridad ha venido creciendo en los últimos años, porque, aunque el Cerro del Cuatro tiene una larga tradición simbólica de inseguridad, la violencia ha ido en aumento y, como indican sus habitantes, en crueldad. El narcotráfico ha reconfigurado la violencia que estaba ligada a problemas entre pandillas hacia el conflicto por el territorio entre los cárteles.

De esa manera, en el análisis de las estructuras que han erigido el espacio público en el que participan estas personas mayores es necesario considerar, además de la constante ineficiencia por parte del Estado para cubrir las demandas de infraestructura

Hernández, Y. Condicionantes de la participación y uso del espacio público de ...
y servicios destinados a este espacio social, la infructuosa estrategia de seguridad que ha
dejado estos espacios en manos de los criminales.

Conclusiones

Desde la perspectiva de Bourdieu, el espacio social y esos microcosmos de los que son parte las personas adultas mayores, específicamente el espacio público, tienen una organización particular de interacciones complejas, regulada por posiciones sociales y estructuras que les dan forma. El espacio social que ocupan las personas adultas mayores del Cerro del Cuatro es físicamente realizado, objetivado y se ha estructurado bajo una distribución de diferentes especies de bienes y servicios entre los agentes diversos que han participado en él. Lo anterior, bajo una distribución desigual en valor de las diferentes zonas de interés, que, como se ha identificado aquí, se divide en zonas centrales y zonas residenciales en distinción de las colonias populares o irregulares. Bourdieu (2013) comenta al respecto que el poder que se tiene sobre el espacio, dado por la posesión de diversos capitales, se manifiesta en el espacio físico “apropiado en la forma de determinada relación entre la estructura espacial de los agentes y la estructura espacial de la distribución de los bienes o servicios, privados o públicos” (p.120). De esa forma, la posición de un agente en el espacio social se expresa en el lugar del espacio físico en el que está situado, la posición relativa de sus localizaciones temporarias y, principalmente, por aquellas permanentes como su domicilio personal y de propiedad.

Bajo esas consideraciones se establece que, por un lado, el espacio público que usan y en el que participan las personas adultas mayores es producto de un proceso de larga data forjado a partir de los siguientes atributos: la informalidad, la pobreza y vulnerabilidad social. Estos se han ido configurando con la participación de diferentes

Hernández, Y. Condicionantes de la participación y uso del espacio público de ... agentes, que han formado parte de la construcción de este campo. Se les puede ubicar, a partir de los datos empíricos, en los habitantes de la colonia, en especial los primeros pobladores y líderes comunitarios, los brazos activos de ciertos partidos que fraccionaron y vendieron los terrenos en el Cerro del Cuatro, servidores públicos responsables de otorgar servicios a nivel municipal y estatal que van cambiando como cambian las administraciones públicas, así como el mercado inmobiliario privado y público.

Por otra parte, su espacio público es tratado y pensado desde la ideación como un espacio marginado, lo que determina la forma en que actúan sobre él las autoridades municipales y estatales en la dotación de servicios y recursos materiales. Esa distribución y asignación de recursos obedece a un nivel más amplio, la ciudad o el municipio, que da cuenta de la desigualdad territorial a partir de la cantidad, calidad y tipo de recursos destinados a estas personas, bajo una jerarquización entre centro-periferia. El atributo físico del espacio público es producto e imagen de la concepción social que se comparte, pero esta también conforma una idea respecto a las condiciones de vida y participación de las personas adultas mayores que viven ahí, lo que trae consigo un cierto tipo de servicios y apoyos. Respecto a los servicios que otorga la administración pública se puede decir que hay escasos recursos materiales para prestarlos, perfiles no profesionales, así como una infraestructura y calidad de los servicios caracterizados por la irregularidad. Al respecto, desde la investigación de la gerontología ambiental se ha indicado la importancia que tiene la disponibilidad de servicios médicos en la salud de la población. Por ejemplo, Liu (2007) encontró que las personas adultas mayores que viven en una zona de escasez de proveedores de salud



Hernández, Y. Condicionantes de la participación y uso del espacio público de ...
tienen más probabilidad de tener una percepción mala de su salud y menor probabilidad de tener un lugar habitual para la atención médica.

Además, lo encontrado en esta investigación fortalece el análisis de García-Valdez, et al. (2019), quienes señalan que el estatus social del barrio, o en este caso de la colonia, condicionan la calidad de vida de las personas adultas mayores. Al respecto, Feldman & Steptoe (2004) exponen que un estatus bajo del barrio se asocia con menor inversión en el espacio público, lo cual se hace evidente en la desatención, el deterioro del mobiliario urbano, la presencia de barreras arquitectónicas y la ausencia de áreas verdes. También, en otras investigaciones se ha puesto en evidencia la relación entre las características geográficas del ambiente, la salud y el estrato social, considerando que la salud de la población no puede entenderse sin considerar el contexto ambiental y las condiciones sociales en las que viven (Salas-Cardenas y Sánchez-González, 2017).

Respecto a los que otorga la sociedad civil, son espacios religiosos o espacios particulares, en donde el papel de las personas adultas mayores es pasivo y sujeto a los requisitos establecidos para ser atendidos o beneficiados. Y aunque se ha evidenciado que el apoyo social, como el que otorgan estas instituciones, puede ser particularmente importante para la salud de quienes viven en vecindarios de bajos recursos (Eschbach, Ostir, Patel, Markides, & Goodwin, 2004) al motivar su movilización, es necesario identificar el tipo de apoyos que otorgan y la perspectiva que tienen respecto a las personas adultas mayores. Esto permitiría que estas personas sean vistas desde otro lugar, uno que les sume a los procesos de participación y contribución en su comunidad. Los servicios que conforman el espacio público de este sector de la población en este territorio son limitados y construidos desde la perspectiva de la vejez como vulnerabilidad, pobreza y dependencia. Por tanto, sus acciones están encaminadas a

Hernández, Y. Condicionantes de la participación y uso del espacio público de ...

otorgar bienes básicos que aligeren esa situación, como alimentación, resignación y ocupación del tiempo libre. Esto se entiende al comprender que el espacio social está inscripto no solamente en estructuras espaciales y tangibles, sino en las estructuras mentales desde las que se construye lo físico y son producto de la incorporación de las primeras. Bourdieu (2013) afirma que el espacio es un lugar donde se ejerce y afirma el poder de manera sutil, en él se pone de manifiesto la violencia simbólica, una violencia inadvertida, considerando que los espacios arquitectónicos en cuyas conminaciones mudas se interpelan directamente el cuerpo, es en él donde el poder simbólico y distribución de capitales es casi invisibles.

De esa forma se identifica que los principios de jerarquización que estructuran el espacio público en el que participan y usan las personas adultas mayores son la edificación de ese espacio desde una condición de vulnerabilidad y una restricción del espacio según la edad, que se ha estructurado y construido físicamente desde una idea generalizada de un único tipo de usuario, joven y con independencia funcional. Esto fortalece lo expuesto por Vega (2014), cuando dice que las ciudades que habitamos no están planificadas y ordenadas para todas las edades y, si se hace, es desde esta perspectiva deficitaria, que se limita a hacer funcional y accesible los espacios urbanos, desconociendo a la persona adulta mayor como sujeto activo, autónomo y participativo.

Al respecto Urroz (2002) indica que, al llegar la vejez, las personas se enfrentan a las barreras físicas del entorno que le imposibilitan o dificultan un desempeño normal dentro su entorno y en mayor medida dentro de la sociedad. Estas barreras se han identificado en las condiciones del transporte, la comunicación, aceras discontinuas o irregulares, bordillos e iluminación inadecuada, condiciones de la calle y el tránsito vehicular (Clarke & Ambrose, 2013).



Asimismo, las reglas que regulan la participación y uso del espacio público por parte de las personas adultas mayores son la marginación de los servicios que les son otorgados, una participación pasiva que responde a la forma en que se comprende la vejez y la condición de violencia e inseguridad que se ha exacerbado en su colonia, modificando sus prácticas cotidianas.

Se pone en evidencia que la posición que ocupan las personas adultas mayores dentro del entramado del espacio público es de exclusión frente a otros grupos de edad. Esto se pone en evidencia en la restricción para su uso e inversión de recursos. Lo anterior, es el resultado de tres causas. Primero, de las consideraciones simbólicas que se tiene sobre la vejez: una creencia reiterada de que deben permanecer en casa y que necesitan recursos básicos de subsistencia, así como la repercusión de estas creencias en la evaluación que hacen las propias personas mayores sobre el grado en que el entorno restringe y contribuye a la satisfacción de sus metas, a través de la autoimagen, motivación, presión social y expectativas (Iwarsson & Stahal, 2003). Segundo, la configuración geográfica del espacio que se vuelve una barrera de participación por ser un lugar difícil de recorrer, por causa de sus características geomorfológicas y la poca inversión pública para equipamiento urbano. Y, tercero, las condiciones de salud y funcionalidad de las personas adultas mayores que se relacionan con el proceso de envejecimiento patológico que han vivido y que se ha agravado con una restricción continua de servicios de salud.

Es necesario entender que las restricciones y problemáticas que enfrentan las personas adultas mayores respecto a la participación y uso del espacio público tienen que ver con las desigualdades socioespaciales –un proceso de urbanización no planeado, acceso desigual a equipamientos y servicios básicos (educación y salud) (Sánchez,

Hernández, Y. Condicionantes de la participación y uso del espacio público de ... (2007)– en las que fueron envejeciendo. Estas situaciones se recrudecen en la etapa de la vejez porque ante los cambios fisiológicos naturales del envejecimiento, la presencia de enfermedades y reducción de funcionalidad el espacio público se vuelve restrictivo para la realización de las actividades esenciales de la vida, la participación y mantenimiento de relaciones sociales, lo cual trae consigo problemáticas como la soledad y aislamiento social, inseguridad, dependencia y exclusión social (Salas-Cardenas & Sánchez-González, 2017).

Para cerrar, se retoma a Vega (2014) quien desde el planteamiento de Lynch, indica que las personas mayores como actores en un espacio público son sujetos históricamente posicionados y que están expuestos desde el lugar que ocupan en la estructura social a múltiples y variados discursos sobre la realidad (ciudad) que van introyectando mediante esquemas de percepción, valoración y acción. El paso del tiempo no solamente se refleja en la parte tangible de la colonia, como espacio público más cercano, sino en el sentido que le damos a ese lugar a partir de nuestra experiencia. La colonia, en sus calles, plazas públicas o instalaciones abiertas que se suelen recorrer en la niñez, juventud o adultez ya no están, no son lo que nos significaron para ese entonces, podría pensarse que ya no se usan o que ahora tienen funciones distintas.



Referencias

- Bamba, J. C. (2016). La vivienda social en Guayaquil (1940-1970): Procesos de transformación en los espacios colectivos. *Arquitecturas del sur*, 34(49), 66-79. Recuperado de <http://revistas.ubiobio.cl/index.php/AS/article/view/2284>
- Borja, J. (2003) *La ciudad conquistada*. Madrid: Alianza Editorial.
- Bourdieu, P. (2007) *El sentido práctico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bourdieu, P. y Wacquant, L. (2008) *Una invitación a la sociología reflexiva* -2ª ed.- Argentina: Siglo XXI.
- Bourdieu, P. (2013) *La miseria del mundo*, 1ª ed. 5ª reimp. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Carp, F.M. & Carp, A. (1984). A complementary/congruence model of well-being or mental health for the community elderly. En I. Altman, J. Wohlwill and M.P. Lawton (Eds.): *Elderly people and the environment*. Nueva York, Plenum.
- Castillo, M. (2018). El rol “accesible” del espacio público. *Revistarquis*, 8(1), 52-60. Recuperado de DOI [10.15517/ra.v8i1.35797](https://doi.org/10.15517/ra.v8i1.35797)
- Chudyk, A., McKay, H.A., Winters, M., Sims-Gould, J. & Ashe, M. (2017) Neighborhood walkability, physical activity, and walking for transportation: A cross-sectional study of older adults living on low income. *BMC Geriatr*, 17(82). Recuperado de <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0469-5>
- Clarke, P. & Ambrose, N. (2013) Optimizing Mobility in Later Life: The Role of the Urban Built Environment for Older Adults Aging in Place. *J Urban Health* 90, 997–1009. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s11524-013-9800-4>
- Cuenca, J. (2008) *Jóvenes que viven en una colonia popular: prácticas sociales que caracterizan su vida cotidiana* (Tesis de doctorado). Recuperado de <http://repositorio.ciesas.edu.mx/bitstream/handle/123456789/27/D138.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Carreño, L. (9 de febrero de 2020). La disputa gremial por los aranceles a las prendas de vestir. *El Espectador*. Recuperado de <https://www.elespectador.com/economia/la-disputagremial-por-los-aranceles-las-prendas-de-vestir-articulo-903768>



- El informador. (18 de marzo de 2013). *El Cerro del Cuatro es inviable para la urbanización: experto*. Recuperado de <https://www.informador.mx/Jalisco/El-Cerro-del-Cuatro-es-inviable-para-la-urbanizacion-experto-20130318-0234.html>
- Eschbach, K., Ostir, G., Patel, K., Markides, K. & Goodwin, J. (2004) Neighborhood Context and Mortality Among Older Mexican Americans: Is There a Barrio Advantage?. *American Journal of Public Health*, 94, 1807-1812, <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.10.1807>
- Feldman, P., & Steptoe, A. (2004) How neighborhoods and physical functioning are related: The roles of neighborhood socioeconomic status, perceived neighborhood strain, and individual health risk factors, *Annals of Behavioral Medicine*, 27(2), 91–99. Recuperado de https://doi.org/10.1207/s15324796abm2702_3
- Filardo, V., Aguiar, S., Barbero, M., Dansilio, F. y Malan, I. (2009) Usos y apropiaciones de espacios públicos de Montevideo según las posiciones en las relaciones económicas, de edad, de género y geográficas. Recuperado de <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00869227/document>
- García, A., y Jiménez, B. (2016). Envejecimiento y urbanización: implicaciones de dos procesos coincidentes. *Investigaciones Geográficas*, (89), 58-73. Recuperado de <https://doi.org/10.14350/rig.47362>
- García-Valdez, M. T., Sánchez-González, D., y Román-Pérez, R. (2019). Envejecimiento y estrategias de adaptación a los entornos urbanos desde la gerontología ambiental. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 34(1), 101-128. Recuperado de <https://doi.org/10.24201/edu.v34i1.1810>
- Garrocho, C. y Campos, J. (2016). *Segregación socioespacial de la población mayor: La dimensión desconocida del envejecimiento*. Estado de México: El Colegio Mexiquense.
- Guber, R. (2011) *La etnografía: método, campo y reflexividad*. México, DF.: Siglo XXI Editores.
- Hans, W. & Oswald, F. (2016) Theories of Environmental Gerontology: Old and New Avenues for Person–Environmental Views of Aging en Bengtson, V. & Settersten, R. (Ed.), *Handbook of Theories of Aging* (pp.621-641). Springer Publishing Company, LLC.

- Hans, W. & Weisman, G. (2003) Environmental Gerontology at the Beginning of the New Millennium: Reflections on Its Historical, Empirical, and Theoretical Development, *The Gerontologist*, 43(5), Pages 616-627. Recuperado de <https://doi.org/10.1093/geront/43.5.616>
- Herrera, M., Elgueta, R. & Lorca, Ma. B. (2014). Social capital, social participation and life satisfaction among Chilean older adults. *Revista de Saúde Pública*, 48(5),739- 749. Recuperado de Doi: [10.1590/S0034-8910.2014048004759](https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004759)
- Iwarsson, S. & Stahal, A. (2003) Accessibility, usability and universal design—positioning and definition of concepts describing person-environment relationships, *Disability and Rehabilitation*, 25(2), 57-66. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/dre.25.2.57.66>
- Izal, M. y Fernández-Ballesteros (1990). Modelos ambientales sobre la vejez. *Anales de Psicología*, 6(2), 181-198. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v06/v06_2/07-06_2.pdf
- Jasso, C. (2013). Percepción de inseguridad. Revista Mexicana de Opinión Pública. *Revista Mexicana de Opinión Pública*, (15), 12-29. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S1870-7300\(13\)72319-6](https://doi.org/10.1016/S1870-7300(13)72319-6)
- Kim, M. & Clarke, P. (2015) Urban Social and Built Environments and Trajectories of Decline in Social Engagement in Vulnerable Elders: Findings From Detroit's Medicaid Home and Community-Based Waiver Population. *Research on Aging*, 37(4):413-435. <https://doi.org/10.1177/0164027514540687>
- Kristen, D., Carreon, D. & Stump, C. (2000) The Therapeutic Design of Environments for People With Dementia: A Review of the Empirical Research. *The Gerontologist*, 40(4), 397–416. Recuperado de <https://doi.org/10.1093/geront/40.4.397>
- Liu, J. (2007) Health Professional Shortage and Health Status and Health Care Access. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 18(3), 590-598. Recuperado de [10.1353/hpu.2007.0062](https://doi.org/10.1353/hpu.2007.0062)
- Montañez, G. y Delgado, O. (1998) Espacio, territorio y región: conceptos básicos para un proyecto nacional. *Cuadernos de Geografía* 1-2(VII), 120-134. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/rcg/article/view/70838>



Hernández, Y. Condicionantes de la participación y uso del espacio público de ...

Montes de Oca, V. (2001) Desigualdad estructural entre la población anciana en México. Factores que han condicionado el apoyo institucional entre la población con 60 años y más en México. *Estudios demográficos y urbanos*, 16, 585-613. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.24201/edu.v16i3.1110>

Municipio de San Pedro Tlaquepaque (2018) *Plan Municipal de Desarrollo de San Pedro Tlaquepaque 2018-2021*. Recuperado de <https://transparencia.tlaquepaque.gob.mx/wp-content/uploads/2018/12/PMD-18-21-v-3.0..pdf>

Naciones Unidas (2019) *Objetivos y metas de desarrollo sostenible. Desarrollo Sostenible*. Recuperado de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2002) *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid.

Organización de las Naciones Unidas. (2005) *Resolución 33 C/15. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. Recuperado de https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000142825_spa.page=85

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2007) *Ciudades Globales Amigables con los Mayores: Una Guía*. Suiza: Ediciones de la OMS. Recuperado de https://www.who.int/ageing/age_friendly_cities_guide/es/

Organización Mundial de la Salud. (2015) *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra: OMS. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2020) *Década de Envejecimiento Saludable (2020-2030)* Recuperado de <https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-2020-2030>

Portales, L. (2014). Los pobres como agentes de su desarrollo, la lucha contra la pobreza y la exclusión desde lo local. *Revue Interventions économiques. Papers in Political Economy*, (50). Recuperado de <https://doi.org/10.4000/interventionseconomiques.2172>

Hernández, Y. Condicionantes de la participación y uso del espacio público de ...

Quesada-García, S., y Valero-Flores, P. (2017). Proyectar espacios para habitantes con alzhéimer, una visión desde la arquitectura. *Arte, Individuo y Sociedad*, 29(Esp.). Recuperado de <https://doi.org/10.5209/aris.54602>

Quiroz, H. (2014) Aproximación a la historia del urbanismo popular. Una mirada desde México. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Ramos, J., Meza, A., Maldonado, I., Ortega, M., y Hernández, Ma. T. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*, 11, 47-56. Recuperado de http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/11/011_Ramos.pdf

Rantakokko, M., Törmäkangas, T., Rantanen, T., Haak, M. & Iwarsson, S. (2013). Environmental barriers, person-environment fit and mortality among community-dwelling very old people. *BMC Public Health*, 13(783). Recuperado de <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-783>

Salas-Cardenas y Sánchez-González, D. (2017). Envejecimiento de la población, salud y ambiente urbano en América Latina. Retos del Urbanismo gerontológico. *CONTEXTO. Revista de La Facultad de Arquitectura de La Universidad Autónoma de Nuevo León*, 8(9). Recuperado de <http://contexto.uanl.mx/index.php/contexto/article/view/26>

Sánchez, C. (2000). Gerontología Social. Argentina: Espacio.

Sánchez, D. (2015). Ambiente físico-social y envejecimiento de la población desde la gerontología ambiental y la geografía. Implicaciones socioespaciales en América Latina. *Revista de Geografía Norte Grande*, 60, 97-114. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-34022015000100006>

Sánchez, D. (2009). Geografía del envejecimiento vulnerable y su contexto ambiental en la ciudad de Granada: Discapacidad, dependencia y exclusión social. *Cuadernos Geográficos*, 45(0), 107-135. Recuperado de <https://revistaseug.ugr.es/index.php/cuadgeo/article/view/759>

Sánchez, D. (2007): Envejecimiento demográfico urbano y sus repercusiones socioespaciales en México: Retos de la Planeación Gerontológica, *Revista de Geografía Norte Grande*, 38, 45-61. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-34022007000200003>



Hernández, Y. Condicionantes de la participación y uso del espacio público de ...

Shefner, J. (2008) *The illusion of civil society: Democratization and Community Mobilization in Low Income Mexico*. EE.UU: Penn State University Press.

Slaug, B., Iwarsson, S. & Björk, J. (2019) A new approach for investigation of person–environment interaction effects in research involving health outcomes. *Eur J Ageing*, 16, 237–247. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s10433-018-0480-5>

Urroz, G. (2002) Accesibilidad urbana y tercera edad. *Mundo urbano*, 18. Recuperado de <http://www.mundourbano.unq.edu.ar/index.php/ano-2002/54-numero-18/77-2-accesibilidad-urbana-y-tercera-edad>

Vaughan, M., LaValley, M. P., AlHeresh, R., & Keysor, J. J. (2016). Which Features of the Environment Impact Community Participation of Older Adults? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Aging and Health*, 28(6), 957–978. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/0898264315614008>

Vega, L.A. (2014). Ciudad, envejecimiento-vejez y educación: Elementos para develar un conflicto entre la ciudad concebida y la ciudad practicada. *Sophia*, 10(1), 50–63. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=413734078005>

Artículo recibido: 31 julio, 2020
Artículo aprobado: 18 diciembre, 2020



ANÁLISIS DE LAS MODIFICACIONES EN LOS ESTEREOTIPOS SOBRE VEJEZ DE CUIDADORAS Y CUIDADORES FORMALES DE PERSONAS ADULTAS MAYORES

MODIFICATION OF NEGATIVE OLD AGE STEREOTYPES IN PAID ELDERLY CAREGIVERS

Marta Huertas Prego¹, Sol Scavino Solari²

RESUMEN

La valoración negativa de la vejez por parte de las personas cuidadoras produce efectos adversos sobre las personas mayores cuidadas. Este estudio se planteó identificar los estereotipos negativos sobre la vejez en personas cuidadoras formales de personas adultas mayores de Montevideo, Uruguay. Además, explorar la posibilidad de modificarlos, mediante intervenciones formativas en cuidados, con perspectiva psicogerontológica. La muestra fue no probabilística. Se utilizó el Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE). El análisis fue descriptivo y comparativo, siendo central el análisis de diferencias de medias. En la escala global, se evidenció un importante descenso de los estereotipos negativos altos y muy altos (de 27,3 en preintervención a 6,8 en posintervención) y la desaparición de los niveles muy altos. De los tres factores del CENVE, los estereotipos más altos fueron registrados en carácter-personalidad. Los resultados permiten subrayar la importancia de una formación gerontológica integral de las personas cuidadoras formales de personas adultas mayores.

PALABRAS CLAVE: estereotipos, vejez, cuidadores formales, intervención psicogerontológica.

ABSTRACT

Caregiver's negative vision about aging has adverse effects on older people receiving care. The aim of this study is to identify negative stereotypes about aging of formal caregivers for elderly persons in Montevideo, Uruguay, and to explore the possibility of modifying those stereotypes through training sessions from a psychogerontological perspective. The study was carried out using the Negative Stereotypes Towards Aging Questionnaire (CENVE, 2005) on a non-probabilistic sample. The analysis was descriptive and comparative, focused on the differences between statistical means. The overall score clearly showed a significant drop in the top levels of negative stereotypes (from 27.3 points pre-intervention to 6.8 points post-intervention) and the disappearance of the highest levels. Of the three factors considered in the CENVE questionnaire, the highest registered stereotypes correspond to the Character-Personality factor. The results of this study highlight the importance of appropriate gerontological training for formal caregivers of elderly persons.

KEY WORDS: stereotypes, old age, formal caregivers, psychogerontological intervention.

¹Especialista en Psicogerontología, Universidad Maimónides, Argentina. Licenciada en Psicología, Facultad de Psicología, UdelaR Uruguay. Miembro de la Sociedad Uruguaya de Gerontología y Geriatria (SUGG). Uruguay E-mail: psic.huertasprego@gmail.com

²Candidata a Dra. En Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR Uruguay. Docente en el Departamento de Sociología, Facultad Ciencias Sociales, UdelaR Uruguay. Uruguay. E-mail: solscavino@gmail.com



Introducción

El mundo está viviendo un fenómeno inédito, cuya profundización es ineluctable: el acelerado envejecimiento poblacional global. La trascendencia de esta transformación sin precedentes se ve reflejada en el tratamiento que el tema del envejecimiento y la vejez ha adquirido en las últimas décadas, marcando un cambio de paradigma que resignifica a las personas adultas mayores como sujetos de derecho. Enunciado en el Plan de Acción de Madrid 2002, aprobado en la 2ª Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, este nuevo enfoque quedó plasmado en el ámbito interamericano, en 2017, con la entrada en vigor de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (en adelante la Convención) (OEA, 2015).

En Uruguay, uno de los países más envejecidos de América Latina (14 % de sus habitantes son mayores de 65 años), el proceso de envejecimiento demográfico comenzó a mediados del siglo pasado y se sigue profundizando (Paredes, 2017). Se prevé un sobre-envejecimiento poblacional sostenido. Por otra parte, como lo señalan Aguirre y Scavino (2018), el envejecimiento de la población uruguaya no es un proceso uniforme. Las autoras destacan en particular que la feminización del envejecimiento en Uruguay es un fenómeno que va en aumento: el índice de envejecimiento pasó de 41,2 % para los varones en 1996 a 50,4 % en 2011, mientras que para las mujeres era de 61,1 % en 1996 y aumentó a 80 % en 2011.

Nos enfrentamos pues a un complejo desafío: una mayor expectativa de vida de la población constituye sin dudas uno de los grandes logros de la humanidad, pero conlleva un factible aumento de vulnerabilidades y una mayor probabilidad de diversos grados de dependencia en las personas adultas mayores. Esta afirmación se sustenta en



Huertas, M. et al Análisis de las modificaciones en los estereotipos sobre vejez de ... un concepto de dependencia que no es unívoco y abarca situaciones que no derivan siempre y estrictamente de la discapacidad, sino también del entorno en el que vive la persona o donde se desarrollan sus actividades diarias.

En paralelo con el envejecimiento poblacional, se han producido profundos cambios a nivel de las dinámicas familiares y de las transferencias intergeneracionales, no solo monetarias sino de cuidados y servicios prestados dentro de la familia por las personas adultas mayores o para ellas (Goldscheider, Bernhardt, Lappegård, 2015; Laplante et al, 2015; Lesthaeghe, 2014). No obstante, sigue vigente la división sexual del trabajo y la naturalización de las mujeres como las personas más idóneas para realizar las tareas domésticas y cuidar a hijos o hijas y mayores dependientes de su familia (Letablier, 2007; Treas & Drobnic, 2010). En este ámbito, generalmente los cuidados no son reconocidos como trabajo y, por ende, no son remunerados (Aguirre y Scavino, 2018).

La existencia de mayor cantidad de personas a cuidar y menos familiares disponibles para esta tarea ha provocado en Uruguay una “crisis” o “déficit” de cuidados. A su vez, la incapacidad de las familias de hacerse cargo de mano propia ha redundado en una creciente mercantilización (Aguirre, 2013), no solo para las personas con dependencia permanente, sino también para quienes necesitan transitoriamente ayudas para las actividades de la vida diaria. En esta época de pandemia por COVID-19, la ausencia de su tramitación colectiva se hizo más evidente. La organización de los cuidados de las personas adultas mayores, basados en el aislamiento social o en la resolución privada, revelaron los costos de este y la falta de integración social de las personas en situación de dependencia.

En el contexto de déficit señalado, para cubrir en parte las necesidades de cuidado en Uruguay, Pugliese (2011) señala que el mercado respondió a la demanda ofreciendo trabajo formal de acompañamiento y cuidados para personas enfermas o dependientes, por parte de empresas y cooperativas llamadas Servicios de Acompañantes o de Compañía. La primera empresa del mundo con estas características se creó en Uruguay en 1991. En aquel momento ofrecía a sus socios –principalmente personas mayores (Aguirre, 2013, p.60)– atención y cuidados en sanatorio. La oferta se ha ido ampliando y en la actualidad también comprende cuidados domiciliarios, ya sea posinternación o de personas con dependencia permanente o transitoria. Los servicios prestados incluyen acompañamiento, ayuda para las actividades de la vida diaria, administración de medicamentos, apoyo psicoafectivo, etc. Este tipo de emprendimiento privado ha tenido un crecimiento vertiginoso en Uruguay donde hoy existen unas 40 empresas y cooperativas que ofrecen estos servicios (Pugliese, 2011), contratados mayoritariamente mediante modalidad de prepago, con una cuota mensual variable en función de determinados parámetros (cantidad de horas/día, lugar de prestación del servicio, etc.).

Tal y como lo expresan Cerquera Córdoba y Galvis Aparicio (2014), a las trabajadoras y trabajadores de estos servicios de cuidados, en su mayoría mujeres, corresponde designarles como cuidadores formales, pues son personas “que no hacen parte de la familia de la persona enferma, que pueden estar capacitadas o no para ejercer dicho rol y que, a cambio, reciben una remuneración económica” (p.151). La importante labor que realizan se ha tornado clave, a partir de la instalación de la pandemia por COVID-19, en Establecimientos de Larga Estadía para Personas Adultas Mayores, en sanatorios y hospitales, ya que el cuidado de las personas mayores en esos ámbitos ha



Huertas, M. et al Análisis de las modificaciones en los estereotipos sobre vejez de ...
recaído casi exclusivamente en sus manos, además del personal médico y de enfermería, pues las visitas fueron restringidas y fuertemente desestimuladas, y evitadas las actividades grupales con animadores gerontológicos o profesionales sanitarios.

A estos trabajadores y trabajadoras del cuidado, en Uruguay se los conoce en general como “acompañantes”, aunque existe variedad de denominaciones dependiendo de las empresas. Según Aguirre (2013), no suelen tener una adecuada capacitación gerontológica. En ocasiones, carecen de formación específica en cuidados y, si la tienen, es muy heterogénea y, habitualmente, no está basada en un enfoque de derechos.

Abordar el envejecimiento y la vejez desde una perspectiva de derechos y no como un problema para la familia de la persona adulta mayor y para la sociedad, es una óptica aún poco frecuente en la región. Solo 7 de 35 países latinoamericanos firmaron y ratificaron la Convención. Entre ellos, se encuentra Uruguay, que ha desarrollado políticas públicas basadas en derechos para las personas adultas mayores, pese a lo cual estos siguen siendo a menudo vulnerados, sobre todo con mayores en situación de dependencia. Los motivos son variados y van desde la falta de formación específica de los profesionales de la salud y cuidadores que atienden a personas mayores, al desconocimiento de esos derechos por parte de los mayores y de su entorno, hasta la impregnación de los prejuicios y estereotipos negativos hacia la vejez aún vigentes en nuestras sociedades, que la COVID-19 ha puesto claramente de manifiesto (Pérez, 2020).

La literatura subraya que envejecimiento y vejez son construcciones sociales, históricas y culturales que influyen y orientan el comportamiento de los individuos hacia las personas mayores (Kehl y Fernández, 2001; Parales y Dulcey-Ruiz, 2002;



Huertas, M. et al Análisis de las modificaciones en los estereotipos sobre vejez de ... Pérez-Rojo *et al.*, 2017). La construcción del “otro” se realiza sobre la base de prejuicios y estereotipos que están presentes en casi todas las culturas.

Sánchez (2004) define los estereotipos como “las creencias sociales que se mantienen hacia los miembros de determinados grupos, por las que éstos son percibidos uniformemente, al prescindirse de las características individuales que hacen único a cada ser humano” (p. 30). Estas creencias, que pueden ser de carácter negativo o positivo, expresan generalización y homogeneización de un grupo o colectivo social y están en la génesis de actitudes y prácticas discriminatorias. Cuando los estereotipos son de naturaleza negativa, se traducen en una restricción o negación de los derechos de las personas y colectivos.

Estudios llevados a cabo en Uruguay (Berriel, Paredes y Pérez 2006; Paredes *et al.* 2013) han constatado que, en nuestra sociedad, coexisten dos visiones antagónicas del envejecimiento y la vejez. Por una parte, un enfoque biologicista consustanciado con una imagen negativa de la vejez, focalizada en aspectos deficitarios: pérdidas, enfermedad, deterioro físico, mental y social, dependencia, pasividad, discapacidad (Salvarezza, 1999). Es el modelo tradicional de representación social del envejecimiento, aún hegemónico, que desvaloriza a las personas mayores, fijándolas en el papel de beneficiarias de los sistemas de protección social y de atención sanitaria con restringidos roles e interacciones sociales.

Por otra parte, se visibiliza un enfoque emergente que subraya la heterogeneidad de las vejeces, replanteando el tema desde el concepto de curso de la vida (Neugarten, 1975 citada en Zarebski, 2005) que concibe a cada ser humano construyendo su identidad a lo largo de toda su existencia de forma única y singular. Además, remite a una modalidad de envejecer que permite ser protagonista de la propia vida para seguir

Huertas, M. et al Análisis de las modificaciones en los estereotipos sobre vejez de ... viviendo “hasta” la muerte y no “hacia” la muerte (Ulloa, F. s/f, citado en Zarebski y Marconi, 2017). Este paradigma emergente objeta el enfoque paternalista y asistencialista hacia las personas mayores; se opone a la perspectiva de involución y deterioros obligatorios como propios de la vejez, sosteniendo el mantenimiento, incluso el desarrollo de las funciones psicológicas en el envejecimiento normal (Fernández-Ballesteros, 2004), y la existencia de factores psíquicos protectores para un buen envejecer (Zarebski y Marconi, 2017). Resignifica, asimismo, a las personas mayores como sujetos de derecho, valorando su contribución a la sociedad y promoviendo su autonomía y autodeterminación.

En este escenario ambivalente, la literatura iberoamericana señala reiteradamente el predominio de la valoración negativa de la vejez en profesionales y estudiantes del área de ciencias de la salud, así como del personal de cuidados en hospitales y residencias de larga estadía para personas adultas mayores (Bustillos-López y Fernández-Ballesteros, 2012; Casanueva y Fajardo, 2013; Sarabia y Castanedo, 2015; Duran-Badillo *et al.*, 2016; Portela, 2016; Sequeira Daza & Silva Giménez, 2016; Rello, López y Muñoz, 2018).

Estos y otros estudios confluyen en subrayar que la percepción negativa de la vejez suele expresarse en prácticas de atención y de cuidados inadecuadas y de baja calidad, a menudo discriminatorias (Levy & Banaji, 2002; Sánchez, 2004; Melero, 2007). Entre los efectos adversos de las praxis, tratos inapropiados y del maltrato sobre la salud física, emocional o social de las personas adultas mayores se encuentran la pérdida de autoestima, autonomía, el desarrollo o profundización de la dependencia física o cognitiva, el aislamiento, que erosionan su calidad de vida. En otros casos, predominan actitudes de sobreprotección, paternalismo o infantilización, que también

Huertas, M. et al Análisis de las modificaciones en los estereotipos sobre vejez de ...
entrañan un gran riesgo pues promueven procesos de asunción y adaptación del rol de
viejo-enfermo o discapacitado por parte del propio anciano (Salvarezza, 1999). Este
autor califica de “*profecía autopredictiva*” (p. 30) a esa internalización de la imagen
negativa de la vejez en los propios viejos que asumen su edad como sinónimo
obligatorio de deterioro, dependencia y carga social. Al respecto, expresa Sánchez
(2004):

autores como Hockey y James (1993) o Salari y Rich, (2001) sugieren que los
efectos de infantilización se manifiestan en las personas ancianas con una
disminución de la autoeficacia, con la pérdida de identidad y con un sentimiento
de humillación que puede dar lugar a respuestas agresivas. También hacen
referencia a la tendencia a un menor sentido de responsabilidad en los mayores y
a que adopten conductas semejantes a las de los niños, a modo de profecía de
autocumplimiento (p. 86).

Como señalan Levy & Banaji (2002) citadas por Pinazo-Hernandis (2013) y por
Sánchez (2004), las prácticas discriminatorias hacia las personas mayores suelen ser
invisibilizadas, lo cual dificulta cuestionarlas o están naturalizadas y se aceptan como
‘normales’ y esperables, pudiendo constituirse en estrategias discursivas de control en la
vejez.

Por el contrario, en palabras de Bustillos-López y Fernández-Ballesteros (2012)
“una mejor calidad del desempeño de parte de los profesionales de atención (...) está
asociada con un mejoramiento del bienestar y un mayor nivel de actividad general de
los adultos mayores” (p. 104). En su investigación y otros estudios recientes (Blanco-
Molina y Pinazo-Hernandis, 2016; Sarabia y Castanedo, 2015; Wyman, Shiovitz-Ezra y
Bengel, 2018; Pabón *et al.*, 2019), se asevera la necesidad de prevenir o modificar las



Huertas, M. et al Análisis de las modificaciones en los estereotipos sobre vejez de ...
falsas creencias sobre la vejez y se recomienda la formación en gerontología y cuidados
en las carreras de ciencias de la salud.

En Uruguay, se han realizado investigaciones sobre las representaciones sociales de la vejez (Berriel *et al.*, 2006; Dornell, 2019); pero no se ha explorado su prevalencia en el ámbito de los cuidados remunerados, a pesar del importante incremento de la oferta de empleo formal en esa rama de la actividad privada y de la trascendencia que la Convención le otorga al fomento de una actitud positiva hacia la vejez, haciendo un llamado a prescindir de un lenguaje y un enfoque estereotipados sobre esta etapa de la vida. Consideramos pues que, uno de los principales aportes de la presente investigación, es la aplicación por primera vez en Uruguay de una escala sobre estereotipos hacia la vejez en los trabajadores y las trabajadoras del cuidado del sector privado.

Metodología

El presente estudio presenta el análisis de dos cuestionarios aplicados en el contexto de talleres con cuidadoras y cuidadores de personas adultas mayores del sector privado en donde se llevaron a cabo intervenciones formativas (IF). Los objetivos de la investigación fueron conocer la imagen de la vejez que predomina en la muestra estudiada, indagar sobre la posibilidad de modificar sus estereotipos negativos hacia el envejecimiento y la vejez y medir su cambio después de una formación en cuidados con perspectiva psicogerontológica.

Los talleres que se diseñaron pusieron en juego una metodología participativa e interactiva, promotora del diálogo y del compartir experiencias, que permitiesen a las personas participantes interrogarse sobre las propias certezas, conocer otras realidades, o contrastar sus vivencias y posicionamientos con otras formas de abordar la

Huertas, M. et al Análisis de las modificaciones en los estereotipos sobre vejez de ... complejidad de las relaciones de cuidado. La hipótesis de trabajo planteada era que la aplicación de una metodología del tipo “información más exposición indirecta” habilita la reflexión y el cambio de mirada y de actitud hacia la vejez (Chonody, 2015 , citado por Blanco-Molina y Pinazo-Hernandis, 2016).

Partiendo del concepto de que las representaciones del envejecimiento y la vejez que tienen quienes cuidan inciden sobre su forma de provisión de cuidados, en estas intervenciones formativas se trabajó desde un enfoque dual. El mismo incluía un componente de orden informativo, aportado por la coordinadora, sobre el proceso de envejecimiento, los estereotipos hacia la vejez y las buenas prácticas gerontológicas en el cuidado de las personas adultas mayores, desde una perspectiva bio-psico-social y un enfoque de derechos. Introducía, por otra parte, un componente de reflexión crítica sobre las temáticas abordadas y la práctica laboral de las y los participantes, que apuntaba a tomar conciencia de sus praxis, habilidades y actitudes de asistencia y cuidado de las personas mayores que acompañan y a mejorarlas si correspondía.

En dichos talleres, se eligió profundizar en nociones primordiales como la diversidad en el envejecimiento y la vejez, despegándolos de la edad cronológica y de la homogeneización en torno a estos conceptos, así como subrayando que el envejecimiento normal puede no estar exento de limitaciones funcionales y un mal envejecer no debe asociarse obligatoriamente a trastornos cognitivos ni a demencia. Se hizo hincapié en que todas las personas somos constructoras en gran medida de nuestra forma de envejecer. Se reflexionó en profundidad sobre los significados de la vejez en nuestra sociedad, buscando desmitificar los estereotipos y prejuicios sobre esta etapa del curso de la vida. Se buscó generar conciencia de que envejecimiento y vejez son construcciones sociales, históricas y culturales; brindar conocimientos para posibilitar la

Huertas, M. et al Análisis de las modificaciones en los estereotipos sobre vejez de ...
deconstrucción de los estereotipos negativos hacia la vejez, y favorecer una reconstrucción positiva de la imagen del envejecimiento y la vejez. Se trabajó también sobre el buen trato hacia las personas mayores cuidadas y la promoción de su calidad de vida y bienestar, así como sobre la necesidad del autocuidado físico, emocional y relacional de las personas cuidadoras.

Para materializar el proceso de enseñanza-aprendizaje, se concibieron una serie de actividades en las que se utilizaron diferentes técnicas y materiales didácticos. Entre estos, la visualización y análisis de PowerPoint de elaboración propia, la evaluación inicial de las expectativas de los y las participantes sobre los talleres; la evaluación diagnóstica de sus estereotipos sobre la vejez pre y pos-IF; el intercambio de ideas sobre los conceptos de edad y vejez, a través de poemas y canciones; la reflexión sobre el envejecimiento normal, el mal envejecer y las diferentes actitudes hacia las personas mayores, a partir de la lectura guiada de cuentos; la heterogeneidad de la vejez con fotos, videos y dibujos de Quino; el análisis oral individual y grupal, de los estereotipos y prejuicios sobre la vejez, partiendo de chistes, cuentos, películas; la lluvia de ideas y los juegos de rol sobre prácticas de cuidado beneficiosas para las personas mayores; la elaboración del decálogo del buen cuidador de personas mayores, etc.

Como en todo enfoque formativo, la evaluación fue de primordial importancia. En el marco de este estudio, se aplicó el cuestionario de estereotipos negativos hacia la vejez (CENVE) al comienzo y fin de los talleres, en tanto indicador del alcance de las IF en la población estudiada. El análisis de la aplicación de este instrumento se enmarca en el trabajo de una tesis doctoral en sociología sobre las estrategias y prácticas de cuidados de las vejeces en Uruguay de una de las dos coautoras.

Huertas, M. et al Análisis de las modificaciones en los estereotipos sobre vejez de ...

El estudio fue realizado entre 2015 y 2018 y se basó en los datos obtenidos de la aplicación de dos instrumentos: un formulario de datos personales y el CENVE. Lo anterior, en cuatro talleres de 16 horas c/u, a razón de un módulo semanal de 2 horas. Para ello, se contó con el consentimiento informado y la participación voluntaria de las personas participantes.

La muestra estuvo conformada por cuidadores y cuidadoras formales de personas adultas mayores de una empresa y una cooperativa del sector privado de Servicios de Acompañamiento de la ciudad de Montevideo, Uruguay y es de carácter no probabilístico. El análisis de los datos fue descriptivo y comparativo, a través del paquete estadístico SPSS.

Dentro de las principales limitaciones metodológicas de este estudio se encuentran la imposibilidad de generalizar los resultados obtenidos y los sesgos que provienen de la selección arbitraria de la muestra.

PARTICIPANTES

En la investigación participaron 44 trabajadoras y trabajadores del cuidado que atendían, cuidaban y acompañaban a personas en situación de dependencia temporal o permanente. En las dos etapas de la recolección de datos, las personas participantes cuidaban a personas adultas mayores en medios hospitalarios o en domicilio.

Como muestra la tabla 1, la población estudiada estuvo conformada mayoritariamente (97,7 %) por mujeres (43 mujeres y 1 varón). La edad promedio fue de 53 años, en un rango de 39 a 66 años. La mayoría eran personas divorciadas o separadas (40,9 %).



Tabla 1. Características sociodemográficas de las personas participantes.

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Varón	1	2,3
	Mujer	43	97,7
	Total	44	100
Estado civil	Divorciada o separada	18	40,9
	Casada o en concubinato	15	34,1
	Soltero/a	6	13,6
	Viuda	5	11,4
Total		44	100

Fuente: Elaboración propia, con base en los datos de aplicación del CENVE y formularios de relevamiento de datos sobre la población de estudio.

Por otra parte, la mayor parte de las personas participantes tenían niveles educativos más bajos que el total de la población (Tabla 2).

Tabla 2. Niveles educativos de la muestra, de mujeres, varones y total de ocupados, según ECH (2019).

	Población estudiada	Mujeres ocupadas (ECH)	Varones ocupados (ECH)	Total de personas ocupadas (ECH)
Hasta primaria	11,6	14,6	22,7	19,1
Hasta ciclo básico	32,6	20,8	27,5	24,5
Hasta enseñanza media superior	34,9	31,0	30,1	30,5
Hasta terciaria	20,9	33,6	19,6	25,9
Total	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia, con base en los datos de aplicación del CENVE, los formularios de relevamiento de datos sobre la población de estudio y con base en los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares 2019, Uruguay, Instituto Nacional de Estadística.

En relación con la formación en cuidados, la amplia mayoría (65,9 %) presentaba niveles de formación altos (al menos un curso de 360 horas o más), siendo 9 años la media de experiencia laboral y la duración de la jornada laboral promedio de 9 horas diarias (Tablas 3 y 4).



Tabla 3. Niveles de Formación en cuidados en la población de estudio.

	Frecuencia	Porcentaje
Sin formación	4	9,1
Bajos	6	13,6
Medios	5	11,4
Altos	29	65,9

Fuente: Elaboración propia, con base en los datos de aplicación del CENVE y formularios de relevamiento de datos sobre la población de estudio.

Tabla 4. Experiencia en cuidados y duración de la jornada laboral.

	Media	Máximo	Mínimo
Años de experiencia en cuidados	9	30	2
Máxima cantidad de horas de trabajo diarias	9	12	1

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de aplicación del CENVE y formularios de relevamiento de datos sobre la población de estudio.

INSTRUMENTOS

Se aplicaron dos instrumentos de carácter autoadministrado y presencial. Un formulario elaborado ad hoc recogió los siguientes datos sociodemográficos: nombre, edad, sexo, estado civil, nivel educativo, formación específica en cuidados, años de experiencia en cuidados, horas diarias de trabajo. Asimismo, se aplicó en dos etapas; pre y post-IF, el CENVE, una escala validada de Blanca, Sánchez y Torres (2005). Se trata de un instrumento utilizado en numerosas investigaciones acerca de la prevalencia de los estereotipos negativos sobre el envejecimiento y la vejez, en general con poblaciones de estudiantes universitarios y personal del área de la salud (médicos, enfermeras/os, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, etc.). No hemos encontrado evidencias de que haya sido aplicado con cuidadores formales de personas mayores, aunque en palabras de Sánchez (2004) este instrumento puede administrarse a:

profesionales que se encuentran implicados de cualquier forma en la atención y en el cuidado de ancianos. De esta evaluación se podría pasar posteriormente a

la puesta en práctica de programas de intervención dirigidos a promover, en función de la población evaluada, un conocimiento más objetivo y profundo de los procesos del envejecimiento humano (p.202).

El CENVE se caracteriza por ser de fácil comprensión y con una duración promedio de 15 a 20 minutos para su cumplimentación. Mide 15 ítems que exploran el nivel global de estereotipos negativos sobre la vejez, a la vez que tres dimensiones de 5 ítems cada uno. Se puntúa con una escala tipo Likert, siendo 1 'muy en desacuerdo', 2 'algo en desacuerdo', 3 'algo de acuerdo' y 4 'muy de acuerdo'. Las tres dimensiones que incluye la escala son: (a) el factor Salud que refiere a los preconceptos de deterioro general de la salud, deterioro cognitivo y de la memoria, pérdida de autonomía por aparición de discapacidades y existencia generalizada de enfermedades mentales en la vejez, (b) el factor Motivacional-social, cuyos ítems se relacionan con las carencias afectivas, la falta de intereses, las relaciones interpersonales de las personas mayores y su supuesta menor capacidad para desempeñar correctamente una actividad laboral, y (c) el factor Carácter-personalidad que indaga sobre la idea muy generalizada de comportamientos infantiles en la vejez, problemas de rigidez mental y de labilidad emocional atribuidos a las personas mayores en general.

La máxima puntuación del cuestionario es de 60 puntos, siendo la mínima de 15. Para cada uno de los tres factores, la puntuación oscila entre 5 y 20 puntos. Las puntuaciones altas indican grados elevados de creencias negativas sobre la vejez, con lo cual aquellos que puntúan entre 15 a 28 tienen niveles muy bajos de estereotipos negativos hacia la vejez, de 29 a 39 bajos, de 40 a 50 altos y de 51 a 60 muy altos estereotipos negativos sobre la vejez. En el caso de cada uno de los factores, una puntuación mayor a 12,5 indica altos estereotipos negativos.

Resultados

RESULTADOS DEL CENVE

Promedios en los puntajes pre y posintervenciones formativas.

En la escala global, los resultados pre-IF tuvieron como media 34 puntos, siendo 51 el máximo y 21 el mínimo. Para el pos-IF, el promedio de estereotipos negativos disminuyó a 27 puntos, siendo el máximo 44 y 16 el mínimo.

La Tabla 5 informa sobre estos puntajes y sobre los resultados por factores pre y pos-IF. Los puntajes de los factores Salud y Motivacional-social pre-IF fueron iguales, siendo 11 el promedio, 6 el mínimo y 18 el máximo. Estos disminuyeron pos-IF, ubicándose el promedio en 9, siendo 5 el mínimo y 15 el máximo. El promedio más alto pre-IF fue de 12 puntos en el factor Carácter-personalidad, siendo 5 el mínimo y 18 el máximo. Luego de la IF, la media se situó en 9 puntos siendo el máximo 16 y el mínimo 5.

Tabla 5. Promedios en los resultados totales y por factores pre y posintervención.

	Preintervención			Posintervención		
	Media	Máximo	Mínimo	Media	Máximo	Mínimo
Factor Salud	11	18	6	9	15	5
Factor Motivacional Social	11	18	6	9	15	5
Factor Carácter Personalidad	12	18	5	9	16	5
Escala Global	34	51	21	27	44	16

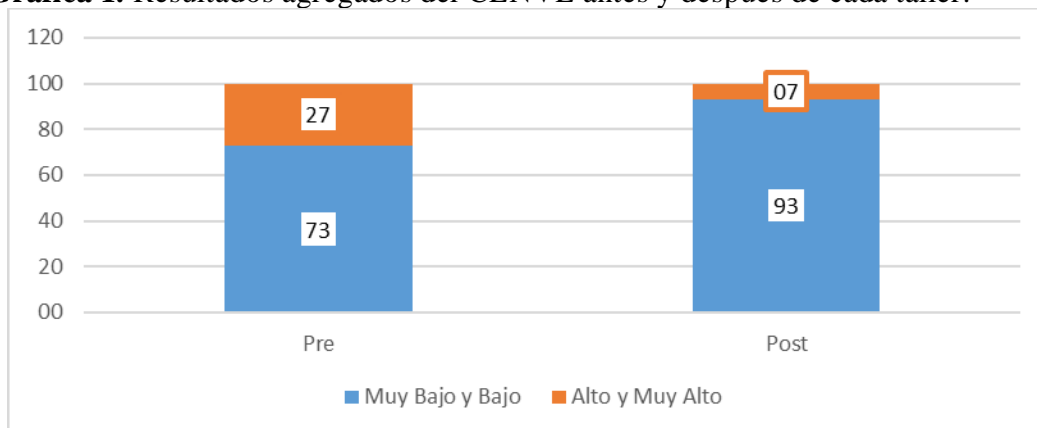
Fuente: Elaboración propia, con base en los datos de aplicación del CENVE y formularios de relevamiento de datos sobre la población de estudio.

Cambios en los estereotipos pre y posintervenciones formativas

La gráfica 1 muestra para la escala global el porcentaje de personas que tuvieron niveles de estereotipos bajos o muy bajos (15 a 39 puntos) y altos o muy altos (40 a 60 puntos) de manera agrupada. En la aplicación pre-IF, el 72,7 % de las personas cuidadoras tenía estereotipos negativos bajos y muy bajos, aumentando a 93,2 % pos-IF.

En cuanto a los estereotipos negativos altos o muy altos, el puntaje pre-IF fue de 27,3 %, disminuyendo a 6,8 % pos-IF.

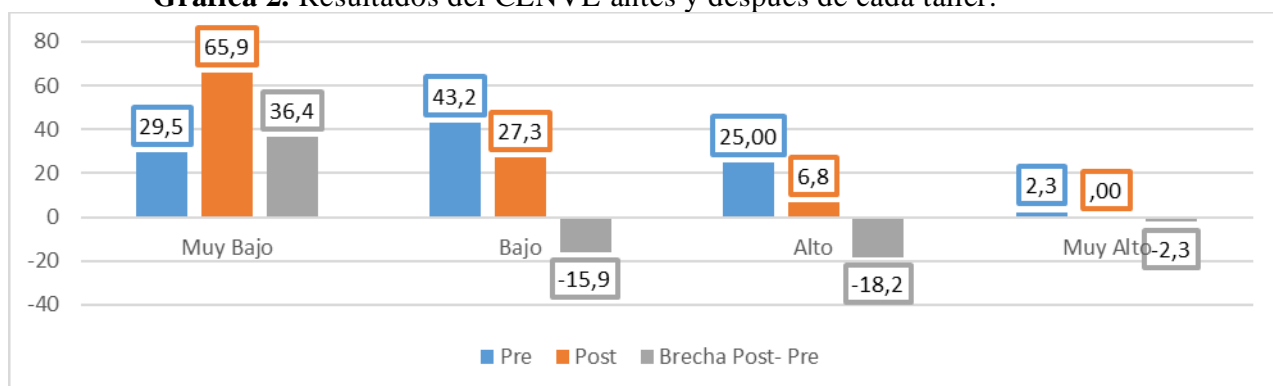
Gráfica 1. Resultados agregados del CENVE antes y después de cada taller.



Fuente. Elaboración propia, con base en los datos de aplicación del CENVE.

Así, es posible considerar que las respuestas posintervenciones evidencian cambios profundos a nivel global, habiendo disminuido en 20,5 % los estereotipos negativos altos o muy altos luego de las IF (Gráfica 2).

Gráfica 2. Resultados del CENVE antes y después de cada taller.



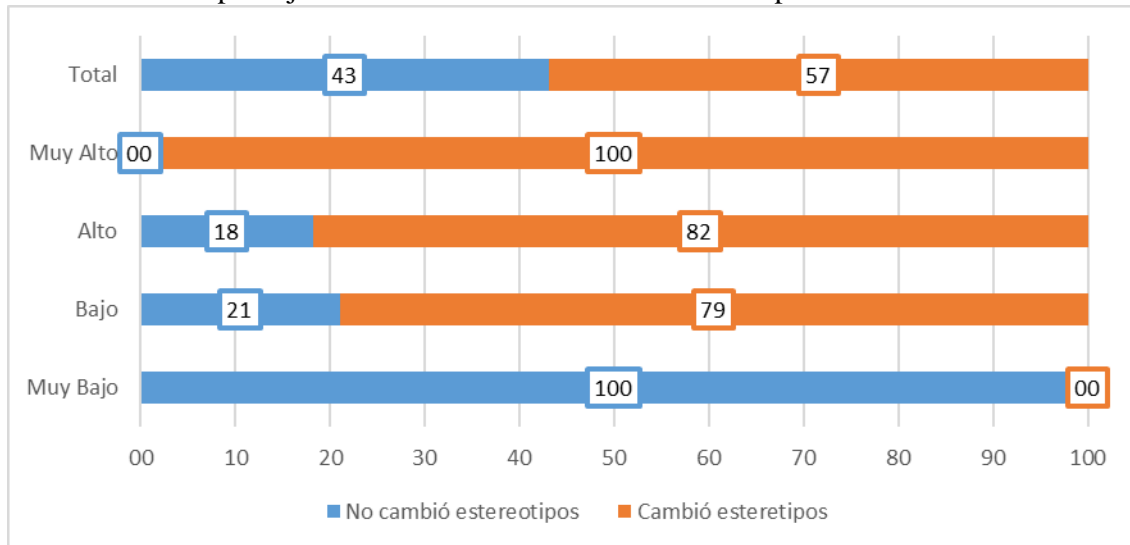
Fuente: Elaboración propia, con base en los datos de aplicación del CENVE.

El mayor cambio se evidenció en el aumento de la proporción (36,4 %) de personas con estereotipos negativos muy bajos (de 29,5 % pre-IF, a 65,9 % pos-IF). El 43,2 % de las cuidadoras tuvo un nivel bajo de estereotipos en la medida pre-IF, que pasó a 27,3 % post-IF, es decir que estos estereotipos negativos disminuyeron 15,9 puntos porcentuales. Fue en las personas que presentaban niveles altos de estereotipos

Huertas, M. et al Análisis de las modificaciones en los estereotipos sobre vejez de ...
negativos sobre la vejez en la instancia pre-IF (25,0 %), se observó una mayor
disminución de los estereotipos negativos. Un 18,2 % cambiaron sus estereotipos luego
de la IF, manteniéndose con niveles altos solo un 6,8 % de las personas participantes.
En cuanto a los niveles muy altos de estereotipos negativos pre-IF, solo estaban
presentes en el 2,3 % de quienes cumplieron el cuestionario, reduciéndose a 0 %
luego de las IF.

La gráfica 3 permite ver en qué sentido y qué proporción del total de las y los
participantes modificaron globalmente sus estereotipos. Si se consideran los tramos de
puntajes que definen un cambio de categoría, se observa que el 43,2 % de los casos no
cambió el nivel de sus estereotipos (alto/bajo), mientras que hubo una modificación a
nivel del 56,8 %. Un dato relevante es que, luego de los talleres, ninguna de las
personas participantes mantuvo niveles muy altos de estereotipos negativos sobre la
vejez. Además, disminuyeron en 81,8 % los casos en la categoría ‘altos’ de estereotipos
negativos. Del total de los que marcaron estereotipos bajos, el 78,9 % también cambió
sus percepciones antes y después de las intervenciones, mientras que quienes tenían
estereotipos muy bajos no tuvieron cambios luego de las intervenciones formativas,
pero se visualizaron modificaciones positivas intranivel.

Gráfica 3. Puntajes en los formularios CENVE preintervenciones, según si cambiaron o no los puntajes en relación al formulario CENVE posintervenciones.



Fuente: Elaboración propia, con base en los datos de aplicación del CENVE.

Por otra parte, como muestra la Tabla 6, la prevalencia de estereotipos negativos disminuye en los tres factores estudiados. En los factores Carácter-personalidad y Salud, se observó una disminución de 25 puntos porcentuales promedio y de 16 puntos en el caso del factor Motivacional-social.

Tabla 6. Niveles de estereotipos negativos en la vejez altos, pre y pos-IF.

	Pre	Post	Brecha
Salud	31,8	6,8	25,0
Motivacional-social	29,5	13,6	15,9
Carácter-personalidad	38,6	13,6	25,0

Fuente: Elaboración propia, con base en los datos de aplicación del CENVE.

Estas tres dimensiones del CENVE permiten realizar un acercamiento a ciertas particularidades asociadas a la vejez en el imaginario social occidental y consideradas como más frecuentes en esta etapa de la vida: importante deterioro de la memoria, pérdida de interés por el sexo, irritabilidad, aislamiento social, deterioro de la salud, presencia de conductas infantiles, desmotivación, deterioro cognitivo, entre otras. Como característica intrínseca de los estereotipos, estos supuestos rasgos y comportamientos

Huertas, M. et al Análisis de las modificaciones en los estereotipos sobre vejez de ... propios de la vejez refieren a la creencia en un patrón único de envejecimiento que no tiene en cuenta la gran variabilidad de las vejeces.

En el análisis por dimensiones de este estudio, antes de las IF, el factor Carácter-personalidad fue el que presentó los niveles más altos de estereotipos negativos (38,6 %) entre las personas participantes, seguido del factor Salud (31,8 %), quedando el factor Motivacional-social en tercer lugar (29,5 %).

En esta primera etapa de aplicación del instrumento, los estereotipos negativos más frecuentes de la muestra en la dimensión Salud referían a la percepción de la vejez como una etapa signada por las enfermedades físicas (“La mayor parte de los adultos mantienen un nivel de salud aceptable hasta los 65 años aproximadamente, en donde se produce un fuerte deterioro de la salud”), y asociada a la senilidad y al deterioro de las funciones cognitivas (“La mayor parte de las personas, cuando llegan a los 65 años de edad, aproximadamente, comienzan a tener un considerable deterioro de memoria”; “El deterioro cognitivo (pérdida de memoria, desorientación, confusión) es una parte inevitable de la vejez”). Esta visión negativa de la salud de las personas mayores es consistente con la creencia equivocada de que el desgaste del organismo, propio del envejecimiento, conduce inexorablemente a procesos patológicos de enfermedades inhabilitantes y a la dependencia, y con la errónea percepción de que los naturales déficits de memoria del envejecer son la antesala de trastornos cognitivos de envergadura. Por el contrario, en esta primera aplicación del CENVE solo un quinto de la muestra mostró su acuerdo con la existencia de supuestas alteraciones de la salud mental producidas por la vejez, lo cual sin embargo suele ser uno de los estereotipos negativos más comunes sobre la vejez.

En cuanto a la dimensión Motivacional-Social, antes de la intervención, sobresale en la población estudiada la creencia de que la vejez conlleva la pérdida de interés por la actividad sexual (“Las personas mayores tienen menos interés por el sexo”). Este estereotipo, presente casi en la mitad de las personas de la muestra, suele provenir de la asociación implícita entre actividad sexual y sexualidad coital, y prescinde de la evidencia que la sexualidad se expresa en cada individuo de formas particulares y subjetivas, a lo largo de toda su existencia. Otro estereotipo negativo dominante que surgió en la aplicación pre-IF fue que en la vejez disminuye la capacidad adaptativa y se carece de adecuados recursos de afrontamiento de los problemas de la vida cotidiana (“A medida que nos hacemos mayores perdemos la capacidad de resolver los problemas a los que nos enfrentamos”).

Respecto a la dimensión Carácter-Personalidad, uno de los estereotipos negativos que obtuvo más consenso refiere a la supuesta agravación de los defectos en la vejez (“Los defectos de la gente se agudizan con la edad”), algunos de los cuales podrían ser la desconfianza, el egoísmo, el malhumor o la tacañería. Otro de los ítems con mayor puntuación dentro de este factor se relaciona con la rigidez mental y la falta de capacidad de aprendizaje y transformación (“A medida que las personas mayores se hacen mayores se vuelven más rígidas e inflexibles”), características supuestamente propias de la vejez aun cuando por su experiencia de vida y capacidad de resiliencia frente a eventos adversos una gran mayoría de personas mayores demuestra fehacientemente sus recursos adaptativos. Asimismo, en las respuestas pre-IF casi la mitad de la población estudiada concuerda con la afirmación, muy generalizada en nuestras sociedades, de la existencia de un comportamiento infantil por parte de las personas mayores, como una suerte de debilitamiento de su condición de adulto, una

Huertas, M. et al Análisis de las modificaciones en los estereotipos sobre vejez de ... involución (“Las personas mayores son, en muchas ocasiones, como niños”). Este estereotipo, asociado a la senilidad y la dependencia, se manifiesta a menudo en actitudes y prácticas infantilizadoras y/o paternalistas por parte de los cuidadores y suele acarrear disminución de la auto-eficacia de los mayores, contribuyendo además a convencerlos de que su edad es sinónimo obligatorio de enfermedad y dependencia. Suelen ser actitudes y comportamientos invisibilizados que hoy se consideran prácticas de maltrato psicológico, contrarias a los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas mayores que la Convención insta a prevenir, sancionar y erradicar.

Los resultados de la aplicación del CENVE pos-IF evidenciaron cambios profundos a nivel global, pues solo dos personas participantes no cambiaron sus estereotipos negativos hacia la vejez. En el ámbito de las tres dimensiones se detectaron transformaciones relevantes en el factor Salud, con un nivel de estereotipos negativos bajos y muy bajos, percibiéndose la mayor incidencia positiva de las intervenciones en esta dimensión en las creencias relativas al deterioro de la memoria y al deterioro cognitivo, y una menor incidencia en lo que refiere a la salud física de las personas mayores. Sobre la salud mental, donde el nivel de estereotipos negativos ya era muy bajo, no se manifestaron variaciones. En la dimensión Motivacional-social, se verificó en todos los ítems el efecto favorable de las intervenciones en la mitad de la población de la muestra que había dado pruebas de tener altos estereotipos negativos. En cuanto al factor Carácter-personalidad, la prevalencia de las creencias viejistas se mantuvo estable en un nivel bajo, en lo referente a la labilidad emocional en la vejez. Por el contrario, la eficacia de las IF se hizo patente en las notorias modificaciones de las respuestas a los ítems que refieren a rigidez mental, comportamiento infantil y agudización de los defectos con la edad.

Diferencias de los factores y la escala global pre y posintervenciones formativas

Se llevó a cabo un análisis para conocer si la diferencia entre las medias de cada factor y la escala global pre y pos-IF es estadísticamente significativa. Los principales resultados son sistematizados en la Tabla 7 y permiten afirmar que el cambio en las medias es significativo.

Tabla 7. Análisis de medias t de student para medias relacionadas en el total y por factor.

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95 % Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Total	6,977	4,897	0,738	5,489	8,466	9,452	43	0
Salud	2,318	2,154	0,325	1,663	2,973	7,138	43	0
Motivacional-Social	2,318	2,409	0,363	1,586	3,051	6,383	43	0
Carácter Personalidad	2,318	2,586	0,390	1,532	3,104	5,946	43	0

Fuente: Elaboración propia

Respecto al puntaje global, puede estimarse con una confianza del 95 % que la diferencia entre las medias se encuentra entre 5,48 y 8,46 puntos, a favor de la modificación de los estereotipos una vez realizadas las IF. El estadístico $t=9,45$, $p\text{-valor}=0,000$ permite afirmar que las diferencias de medias son significativas, con lo cual las IF impactan en un descenso medio estimado de 2,31 (2) de los estereotipos negativos a nivel global.

Respecto al factor Salud puede estimarse con una confianza del 95 % que la diferencia entre las medias se encuentra entre 1,66 y 2,97 puntos, a favor de la modificación de los estereotipos una vez realizadas las IF. El estadístico $t=7,13$, $p\text{-valor}=0,000$ permite afirmar que las diferencias de medias son significativas, con lo cual las IF impactan en un descenso medio estimado de 2,31 (2) de los estereotipos negativos en este factor.



Respecto al factor Motivacional-social, puede estimarse con una confianza del 95 % que la diferencia entre las medias se encuentra entre 1,58 y 3,05 puntos, a favor de la modificación de los estereotipos en este factor luego de realizadas las IF. El valor $t=6,383$, $p\text{-valor}=0,000$, permite afirmar que las diferencias de medias son significativas, con lo cual las IF impactan en un descenso medio estimado de 2,31 (2) de los estereotipos negativos en este factor.

Finalmente, respecto al factor Carácter-personalidad, puede estimarse con una confianza del 95 % que la diferencia entre las medias se encuentra entre 1,53 y 3,01 puntos. El valor $t=5,946$, $p\text{-valor}=0,000$ permite afirmar que las diferencias de medias son significativas, con lo cual las IF impactan en un descenso medio estimado de 2,31 (2) de los estereotipos negativos en este factor.

Este trabajo buscó generar un primer análisis no probabilístico de los estereotipos sobre vejez y envejecimiento de la población que trabaja en el cuidado de personas adultas mayores, en Montevideo, Uruguay, en los Servicios de Compañía provistos por el mercado.

Con este propósito, se analizaron en este artículo los datos obtenidos, a través de la aplicación del CENVE pre y posintervenciones formativas, y de las variables sociodemográficas que no aportaron diferencias significativas. Los resultados comparativos de las aplicaciones permitieron medir la pertinencia y eficacia de los temas abordados y de las actividades llevadas a cabo en las intervenciones formativas con el objetivo de que las personas participantes examinaran sus estereotipos sobre la vejez y reflexionaran sobre el impacto que sus creencias sobre esta etapa de la vida pueden tener sobre las personas mayores que cuidan. Estos resultados indican que los estereotipos negativos altos y muy altos hacia la vejez son dóciles ante propuestas

Huertas, M. et al Análisis de las modificaciones en los estereotipos sobre vejez de ...
formativas alternativas de conceptualización de la vejez. De esta manera, se entiende que es posible modificar la visión negativa del envejecimiento y la vejez, a través de una formación en cuidados con enfoque gerontológico integral y no meramente biologicista.

No es posible establecer comparaciones valederas entre el nivel de estereotipos hallados en este trabajo y los resultados de otras investigaciones que han empleado el cuestionario CENVE para evaluar los estereotipos hacia la vejez. Si bien se trata de un instrumento que ha sido administrado en múltiples investigaciones, solo se han encontrado cuatro trabajos que lo aplicaron con un diseño pre y post cuyo principal objetivo fue la modificación de los estereotipos sobre la vejez después de diferentes tipos de intervenciones, ya sea centradas en la formación gerontológica (Sarabia y Castanedo, 2015), en la información más exposición indirecta (Blanco-Molina y Pinazo-Hernandis, 2016) o en el contacto intergeneracional con personas adultas mayores (Elliott y Rubio, 2017; Lorente, Brotons y Sitges, 2020). Cabe señalar además que las poblaciones estudiadas en esas investigaciones correspondían a estudiantes universitarios (Enfermería, Trabajo Social, Ciencias Sociales, Psicología, Periodismo, Terapia Ocupacional) cuyos niveles y calidad de contacto con las personas adultas mayores difieren sobremanera de la interacción frecuente y significativa de las personas cuidadoras de nuestra muestra con personas mayores de 65 años. Asimismo, en el estudio anterior que implementó un diseño de “información más exposición indirecta”, la intervención se redujo a una única actividad (visionado de un corto-documental) precedido y seguido del análisis del concepto de envejecimiento activo a partir de preguntas con respuesta abierta. Por el contrario, en cada una de las intervenciones formativas que se llevaron a cabo en el contexto de este estudio, se trabajó en

Huertas, M. et al Análisis de las modificaciones en los estereotipos sobre vejez de ... profundidad durante 16 horas en la formación de las personas participantes desde una perspectiva gerontológica integral de los cuidados, con una participación abundante y pertinente de las personas asistentes que relacionaban la información recibida y las situaciones o casos hipotéticos con vivencias de su vida cotidiana o de su tarea de cuidados y aportaban ejemplos concretos de su realidad laboral o de otras y otros colegas. Finalmente, las intervenciones formativas en el marco de las cuales se desarrolló el presente estudio incluyeron a cuatro grupos diferentes de participantes.

Conclusiones

El estudio de los estereotipos sobre la vejez en cuidadores formales resulta fundamental para conocer las representaciones sociales que conducen y acompañan sus prácticas de cuidado. En efecto, las asociaciones de envejecimiento y vejez con enfermedad y decrepitud, con acentuación de los defectos, pérdida de autonomía, improductividad y aislamiento y con regresión a etapas infantiles se presentan como obstáculos culturales al ejercicio de un trabajo de cuidados desde una perspectiva de derechos de las personas mayores. Asimismo, la literatura especializada ha puesto de manifiesto que, en el ámbito de los cuidados formales e informales, en cuidadores con escasa o nula formación en gerontología, suele existir una actitud paternalista e infantilizadora hacia las personas adultas mayores que limita su autonomía y enfatiza su falta de competencia para tomar decisiones sobre su propia vida. En la crisis sanitaria que está atravesando el mundo debido al COVID-19, esta imagen negativa de la vejez ha resurgido con fuerza, desde una visión puramente sanitarista que engloba a las personas mayores de 65 años en un grupo uniforme de alto riesgo ante este nuevo coronavirus.

Por tales motivos, se hace necesario visibilizar y cuestionar las concepciones, actitudes y prácticas viejistas que pueden favorecer el abuso o malos tratos y vulnerar los derechos de las personas adultas mayores, al tiempo que se debe capacitar a las personas trabajadoras del cuidado aportándoles una visión realista y no estereotipada de las vejez para que brinden a las personas cuidadas un trato digno y respetuoso de sus derechos, y cuidados integrales adecuados que contribuyan a su calidad de vida.

En ese sentido, la Convención promueve, en su art. 19, la capacitación a personas que ejerzan tareas de cuidado de personas adultas mayores incluyendo a los familiares, así como la sensibilización y formación del “personal encargado de la atención y el cuidado de la persona mayor en los servicios de cuidado a largo plazo o servicios domiciliarios sobre las diversas formas de violencia, a fin de brindarles un trato digno y prevenir negligencia y acciones o prácticas de violencia y maltrato.”

Con respecto a la formación de los familiares en el cuidado importa señalar que, si bien puede constituir una alternativa ante el cuidado informal, el mismo podría reproducir las lógicas de género que mandatan a las mujeres a ser las principales encargadas del trabajo de cuidados, sin una remuneración a cambio. Esto implica riesgos para la incorporación de una perspectiva de corresponsabilidad en los cuidados entre Estado, familia, mercado y comunidad, y entre mujeres y varones. Por tal motivo, es necesario pensar también en la retribución simbólica y económica, y bregar por la profesionalización del trabajo de cuidados.

Los resultados obtenidos en este estudio hacen pensar que, para concurrir a mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas adultas mayores, es necesaria la formación de las personas cuidadoras, incluyendo a los trabajadores y las trabajadoras de las empresas y cooperativas de cuidados, sobre temas vinculados al envejecimiento y

Huertas, M. et al Análisis de las modificaciones en los estereotipos sobre vejez de ... su profesionalización. Su trabajo, de poca visibilidad y esencialmente feminizado, requiere de la formación de trayectorias educativas, de una oferta educativa estable y de dispositivos de acompañamiento y soporte institucional.

Se reconoce que el presente estudio no permite llegar a conclusiones de mayor alcance por el tamaño acotado de la muestra y la falta de un grupo de control. Se espera que en futuras investigaciones se validen los resultados con muestras probabilísticas, que contribuyan a guiar políticas públicas de cuidados y a la profesionalización de estos.

Referencias

- Aguirre, R. (2013). *Personas ocupadas en el sector cuidados*. Sistema Nacional de Cuidados
- Aguirre, R. y Scavino S. (2018). *Vejez de las mujeres. Desafíos para la igualdad de género y la justicia social en Uruguay*. Doble Clic Editoras.
- Berriel, F., Paredes, M, y Pérez R. (2006). Sedimentos y transformaciones en la construcción psicosocial de la vejez. En A. López Gómez (Comp.) *Proyecto Género y Generaciones. Reproducción biológica y social de la sociedad uruguaya* (pp 19-124). Ediciones Trilce.
- Blanca, M., Sánchez, C. y Torres, T. (2005). Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez. *Revista multidisciplinar de gerontología*, 15 (4), 212-220. http://www.researchgate.net/publication/28125856_Cuestionario_de_evaluacion_de_estereotipos_negativos_hacia_la_vejez
- Blanco-Molina, M. y Pinazo-Hernandis, S. (2016). Información y exposición indirecta para reducir estereotipos hacia el envejecimiento. *International Journal of Developmental and Educational Psychology Revista INFAD de Psicología*, 1(2), 367-380. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n2.v1.707>
- Bustillos-López, A. y Fernández-Ballesteros, R. (2012). Efectos de los estereotipos acerca de la vejez en la atención a adultos mayores. *Revista Salud pública de México*, 54 (2), 104-105. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342012000200003
- Casanueva, N. y Fajardo, M.I. (2013). Estereotipos presentes en cuidadores y trabajadores de residencias de mayores extremeñas sobre las personas de la tercera edad. *Revista INFAD*, 2(1), 131-141. http://infad.eu/RevistaINFAD/2013/n2/volumen1/0214-9877_2013_2_1_131.pdf
- Cerquera Córdoba, A. y Galvis Aparicio, M. (2014). Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales. *Pensamiento Psicológico*, 12(1), 149-167. <https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/696/1520>
- Dornell, T. (2019). Representaciones sociales y estereotipos sobre vejez y procesos de envejecimiento en el campo gerontológico del trabajo social en Uruguay. *Revista*



Huertas, M. et al Análisis de las modificaciones en los estereotipos sobre vejez de ...

Pensamiento y Acción Interdisciplinaria, 5(1), 108-126.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7174201>

Duran-Badillo, T., Miranda-Posadas, C., Cruz-Barrera, L.G., Martínez-Aguilar, M.L., Gutiérrez Sánchez, G. y Aguilar-Hernández, R.M. (2016). Estereotipos negativos sobre la vejez en estudiantes universitarios de enfermería. *Revista Enfermería Instituto Mexicano Seguro Social* 24(3), 205-2011.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2016/eim163i.pdf>

Elliott, P.V. y Rubio, L. (2017). Cambios en los estereotipos sobre la vejez de estudiantes tras su participación en un proyecto intergeneracional. *INFAD, Revista de Psicología*, 1(2), 61-68. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n2.v1.1108>

Fernández-Ballesteros, R. (2004) La psicología de la vejez. *Encuentros Multidisciplinares*, 6(16), 11-22. <https://n9.cl/pd2qv>

Goldscheider, F., Bernhardt, E. & Lappegård, T., (2015). The Gender Revolution: A Framework for Understanding Changing Family and Demographic Behavior *Population and Development Review*, 41(2), 207-239.
<https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2015.00045.x>

Kehl, S. y Fernández, J.M. (2001). La construcción social de la vejez. *Cuadernos de trabajo social*, 14, 125-161. <https://www.researchgate.net/publication/27573806>

Laplante, B., Castro-Martín, T., Cortina, C. & Martín-García, T., (2015). Childbearing within Marriage and Consensual Union in Latin America, 1980–2010. *Population and Development Review*, 41(1), 85-108. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2015.00027.x>

Lesthaeghe, R. (2014). [The second demographic transition: A concise overview of its development.](https://doi.org/10.1073/pnas.1420441111) *PNAS*, 111(51), 18112-18115.
<https://doi.org/10.1073/pnas.1420441111>

Letablier, M-T. (2007). El trabajo de «cuidados» y su conceptualización en Europa. En Prieto, Carlos (dir.) *Trabajo, género y tiempo social*. Hacer-UCM, pp. 64-84.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2333410>

Levy, B.R. & Banaji, R. (2002). Implicit ageism. En Nelson T. (Ed), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 49-75). The MIT Press.

Lorente, R., Brotons, P. y Sitges, E. (2020). Estrategias para combatir el edadismo: ¿formación específica sobre envejecimiento o contacto intergeneracional?

Huertas, M. et al Análisis de las modificaciones en los estereotipos sobre vejez de ...

Cuaderno de Pedagogía Universitaria, 17(33), 6-16.
<https://doi.org/10.29197/cpu.v17i33.368>

Melero, L. (2007). Modificaciones de los estereotipos sobre los mayores. *Comunicación e pessoas maiores*. Actas do Foro Internacional, 29-46.
https://www.researchgate.net/publication/28219890_Modificaciones_de_los_estereotipos_sobre_los_mayores/citation/download

O.E.A. (2015). Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf

Pabón Poches, D.; Flórez García, A. & Sanabria Vera, L. (2019) Estereotipos sobre la población adulta mayor en tres grupos etarios de cuidadores de personas mayores dependientes. *Actualidades en Psicología*, 33(127), 63-80.
<http://dx.doi.org/10.15517/ap.v33i127.34291>

Parales, C. y Dulcey-Ruiz, E. (2002). La construcción social del envejecimiento y la vejez: un análisis discursivo en prensa escrita. *Revista Latinoamericana de Psicología* 34 (1-2), 107-121. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80534209.pdf>

Paredes, M. (2017) *El proceso de envejecimiento demográfico en el Uruguay y sus desafíos*. <https://www.cepal.org/es/enfoques/proceso-envejecimiento-demografico-uruguay-sus-desafios>

Paredes, M., Berriel, F., Lladó, M., Carbajal, M., Nathan, M., González Arias, D., Ciarnello, N. y Pérez Fernández, R. (2013) *La sociedad uruguaya frente al envejecimiento de su población*. Ediciones Universitarias-CSIC. Colección Biblioteca Plural.

Pérez, R. (2020), Personas mayores en la pandemia. Estigma, ciudadanía y DDHH. *Miradas desde la Psicología*. <https://psico.edu.uy/covid/personas-mayores#texto>

Pérez-Rojo, G., Chulián, A., López, J., Noriega, C., Velasco, C. y Carretero, E. (2017). Buen y mal trato hacia las personas mayores: Teorías explicativas y factores asociados. *Revista Clínica Contemporánea*, 8(2), 1-14.
<https://doi.org/10.5093/cc2017a3>

Pinazo-Hernandis, S. (2013) Infantilización en los cuidados a las personas mayores en el contexto residencial. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, 41, 252-282. <http://www.sociedaduytopia.es/images/revistas/41/D07.pdf>

Huertas, M. et al Análisis de las modificaciones en los estereotipos sobre vejez de ...

Pugliese, L. (2011) Programas y servicios para el cuidado de las personas adultas mayores dependientes. Segunda parte: Revisión de programas y servicios de algunos países de América, Asia y Europa. *Comentarios de Seguridad Social*, 15, 85-106. <https://www.bps.gub.uy/bps/file/1478/1/programa-y-servicios-para-el-cuidado-de-las-personas-mayores.-l.-pugliese.pdf>

Rello, C.F., López, M.D. y Muñoz, R.M. (2018) Estereotipos sobre la edad y el envejecimiento en estudiantes y profesionales de Ciencias de la Salud. *Revista Prisma Social*, 21, 108-122. <https://revistaprismasocial.es/article/view/2425/2646>

Salvarezza, L. (1999) *Psicogeriatría. Teoría y clínica*. (pp. 16-36). Editorial Paidós.

Sánchez, C. (2004) *Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas* (Tesis doctoral). <http://www.biblioteca.uma.es/bbl/doc/tesisuma/16704046.pdf>

Sarabia, C. y Castanedo, C. (2015) Modificación de estereotipos negativos en la vejez en estudiantes de enfermería. *Gerokomos*, 26 (1), 10-12. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2015000100003>

Treas, J. & Drobic, S. (eds.) (2010) *Dividing the domestic: Men, women and household work in cross-national perspective*. Stanford University Press.

Wyman, M.F., Shiovitz-Ezra S. & Bengel J. (2018) Ageism in the Health Care System: Providers, Patients, and Systems. In: Ayalon L., Tesch-Römer C. (Eds.) *Contemporary Perspectives on Ageism. International Perspectives on Aging*, 19, 193-212. Springer Nature Switzerland A.G. https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_13

Zarebski, G. (2005) *Hacia un buen envejecer*. Editorial Universidad Maimónides

Zarebski, G (2005) *El Curso de la vida: diseño para armar*. Ed. Universidad Maimónides.

Zarebski, G. y Marconi, A. (2017) Inventario de factores psíquicos protectores para el envejecimiento. *Editorial Académica Española*. <http://psicogerontologia.maimonides.edu/wp-content/uploads/2017/02/LIBRO-FAPPREN.pdf>

Artículo recibido: 21 octubre, 2020
Artículo aprobado: 18 diciembre, 2020



CURRÍCULOS DE AUTORES/AUTORAS

MARÍA DE LOS ÁNGELES AGUILERA VELASCO

aaguileracd@hotmail.com

Doctora en Ciencias de la Salud en el Trabajo. Profesor Investigador Titular. Departamento de Salud Pública. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. México

INGRID BREIER

Integrante y docente del Seminario Permanente de Investigación en Derecho de la Vejez, Instituto Ambrosio L. Gioja, Universidad de Buenos Aires. Argentina

JOSÉ DAMIÁN CARRILLO RUIZ

josecarrilloruiz@yahoo.com

Doctor en Ciencias Médicas. Coordinador del Área de Neurociencia y Psicofisiología en Universidad Anáhuac México Campus Norte. Doctor en Hospital General de México. Estudió Neurocirugía Funcional y Estereotáxica en Universidad de París 6 Pierre-et. Marie Curie. Maestría en Ciencias Médicas. Neurocirujano. Profesor-investigador en la Universidad Anáhuac. Facultad de Psicología. Estado de México. México.

MARÍA ISOLINA DABOVE

isolinadabove@gmail.com

Investigadora del Conicet, Facultad de Derecho, Universidad de Buenos Aires. Directora de la Maestría en Derecho de la Vejez, Universidad Nacional de Córdoba. Directora General del Centro de Investigaciones en Derecho de la Vejez, Universidad Nacional de Rosario. Argentina.

ROSANA G. DI TULLIO BUDASSI

rosanadt@yahoo.com.ar

Directora Ejecutiva del Centro de Investigaciones en Derecho de la Vejez, Profesora de Derecho de la Vejez y de Derecho de Familia, Universidad Nacional de Rosario. Argentina

NATALIA FUENTES ARENAS

nataliafuentests@gmail.com

Trabajadora Social. Licenciada de la Universidad Arturo Prat. Ha trabajado como ayudante de investigación en temas de envejecimiento y relaciones intergeneracionales, actualmente se focaliza en temas de vejez, género y cuidados. Universidad Arturo Prat. Chile



CAROLINA GARCÉS ESTRADA

cgarces@unap.cl

Trabajadora Social. Magister en Trabajo Social y Políticas Sociales por la Universidad de Concepción, Master en Metodologías de la Investigación en Ciencias Sociales y Magister en Evaluación de Programas y Políticas Públicas por la Universidad Complutense de Madrid. Se desempeñó como académica de la Universidad de Magallanes entre 2001 y 2015. Actualmente es académica e investigadora de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas de la Universidad Arturo Prat. Sus áreas de interés e investigación comenzaron con temas de vejez y envejecimiento; relaciones intergeneracionales, actualmente se ha enfocado en temas de género y cuidados. ORCID ID <https://orcid.org/0000-0003-3854-3767> Universidad Arturo Prat. Chile

EVELYN HERNÁNDEZ CALDERÓN

evelynsociologi@hotmail.com

Doctora en Pedagogía por la Universidad Nacional Autónoma de México. Maestra en Pedagogía y Docencia Universitaria por la Universidad Nacional Autónoma de México. Licenciada en Sociología por la Universidad Nacional Autónoma de México. Profesora de Tiempo Completo, Licenciatura en Gerontología, Universidad Estatal del Valle de Ecatepec, México.

YOLANDA DE JESÚS HERNÁNDEZ DELGADO

yolandageronto@gmail.com

Licenciada en Trabajo Social por la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Maestra en Gerontología por la Universidad de Guadalajara, Doctora en Ciencias Sociales por El Colegio de Jalisco, A.C. Actual docente en la Licenciatura en Gerontología del Centro Universitario de Tonalá y en la Maestría en Gerontología en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Línea de generación de conocimiento envejecimiento y sociedad, y vejez en población indígena. Universidad de Guadalajara, Jalisco, México.

MARTA HUERTAS PREGO

psic.huertasprego@gmail.com

Licenciada en Psicología (Facultad de Psicología, UdelaR – Uruguay). Especialista en Psicogerontología (Universidad Maimónides, Bs. As. – Argentina). Red Pro Cuidados de Uruguay. Comisión de Derechos Humanos de la Sociedad Uruguaya de Gerontología y Geriatria (SUGG).

ROSA LÓPEZ FERNÁNDEZ

ros_lopez@hotmail.com

Doctorado en Investigación Interdisciplinaria, Universidad Anahuac, México. Maestría en Gerontología Médica y Social, Centro Iberoamericano de Atención a la Tercera Edad, La Habana, Cuba, Licenciada en psicología, especialidad Psicología clínica, La Habana, Cuba. Coordinadora del diplomado, Cuidados al Adulto Mayor, retribuyendo a la vida. Una visión interdisciplinaria. Catedrática e investigadora. Profesor-investigador en la Universidad Anáhuac. Facultad de Psicología. Estado de México. México.



MARTHA PATRICIA LÓPEZ GONZÁLEZ

martha2119@yahoo.com

Doctorante en Familias en Cencalli. Maestría en Terapia Familia en el Instituto de la Familia A.C. Licenciatura en Psicología en la UNAM. Especialidad en Psicología Clínica y Psicoterapia de grupos en Instituciones en la UNAM. Especialidad en Terapia de pareja en el Instituto de la Familia A.C. Profesora de Asignatura, Licenciatura en Gerontología, Universidad Estatal del Valle de Ecatepec, México

ADELA MARÍA MORA MARÍN

adela.mora2189@gmail.com

Licenciada en Terapia Física, título obtenido en la Universidad de Costa Rica. Costa Rica.

CONSTANZA CELIA NIETO-MARÍN

constanza.cnm6@gmail.com

Licenciada en Psicología por la Universidad Autónoma de Sinaloa. Maestra en Gerontología por la Universidad de Guadalajara. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. México.

ANGÉLICA MARÍA RAZO GONZÁLEZ

anrago63@hotmail.com

Doctora en Educación por la Universidad del Desarrollo Empresarial y Pedagógico. Maestra en Docencia Universitario por la Universidad Simón Bolívar. Licenciada en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México. Diplomada en Desarrollo Social, Género y Pobreza por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Líder del Cuerpo Académico “Calidad de Vida, Género y Envejecimiento”. Profesora de Tiempo Completo, Licenciatura en Gerontología, Universidad Estatal del Valle de Ecatepec, México

SOL SCAVINO SOLARI

solscavino@gmail.com

Candidata a Dra. en Sociología (Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR, Uruguay). Máster en Sociología con Especialización en Género (Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR, Uruguay). Docente en el Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales (UdelaR – Uruguay).

JUAN PABLO TEVINI

juanpablotevini@hotmail.com

Integrante y docente del seminario permanente de investigación en derecho de la vejez. Argentina

FRANCINIE EUGENIA UGALDE CASTILLO

francineugalde3107@gmail.com

Licenciada en Terapia Física, título obtenido en la Universidad de Costa Rica. Costa Rica.



EVALUADORES INTERNOS

- Irma Arguedas Negrini, Escuela de Orientación y Educación Especial, Universidad de Costa Rica. Costa Rica.
- Carmen Castillo Porras, Escuela de Trabajo Social, Universidad de Costa Rica. Costa Rica.
- Jaime José Fernández Chaves, Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Faridy Helo Guzmán, Escuela de Medicina, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Maribel Matamoros Sánchez, Escuela de Educación Física y Deportes, Universidad de Costa Rica. Costa Rica.
- Elsa Méndez González, Posgrado en Gerontología, 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.
- Rodrigo Alejandro Ardiles Irrázabal, Universidad Santo Tomás, Chile.
- Carlos Ballesteros Umaña, Escuela de Educación Física y Deporte, Universidad de Costa Rica, 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.
- Ana Cecilia Escalante Herrera, Investigadora Independiente, Costa Rica.
- Juan Lirio Castro, Universidad de Castilla-La Mancha, España.
- Analía Verónica Losada, Pontificia Universidad Católica de Argentina, Argentina.
- Mónica Lladó, Universidad de la República Uruguay. Uruguay.



- Paula Mara Danel, Universidad Nacional de la Plata, Argentina.
- María de la Luz Martínez Maldonado, Universidad Autónoma de México, México.
- Verónica Montes de Oca Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM, México.
- Derby Muñoz Rojas, Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica. Costa Rica.
- Emilie Raymond, École de Service Social, Université Laval, Canadá.
- Alejandra Rodríguez Fernández Departamento de Nutrición y Salud Pública, Universidad del Bío-Bío, Sede Chillán. Chile.
- Diego Sánchez-González, Facultad de Arquitectura de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Graciela Zarebski, Universidad Maimónides, Argentina.

Manuscritos Evaluados: -21-

Manuscritos Rechazados: -7-

Artículos Publicado: -8-