

# GERONTOLOGÍA

Actualizaciones y Temas Emergentes



Ingrid Fergusson Cárdenas  
Claudio Rojas Jara

EDITORES

**GERONTOLOGÍA**  
**Actualizaciones y Temas Emergentes**

Ingrid Fergusson Cárdenas  
Claudio Rojas Jara

EDITORES

## **GERONTOLOGÍA**

Actualizaciones y Temas Emergentes

### EDITORES

Ingrid Fergusson Cárdenas

Claudio Rojas Jara

Primera Edición: Agosto 2017

Para contactar a los autores:

[ifergusson@ucm.cl](mailto:ifergusson@ucm.cl)

[crojasj@ucm.cl](mailto:crojasj@ucm.cl)

ISBN: 978-956-368-834-4

### ***Universidad Católica del Maule***

*Facultad de Ciencias de la Salud*

*Departamento de Psicología*

Ilustración de portada:

Marcos Amador Rojas

Psicólogo

[marcos.amador.rojas@gmail.com](mailto:marcos.amador.rojas@gmail.com)

Diseño y diagramación:

Nueva Mirada Ediciones EIRL

[abufom@gmail.com](mailto:abufom@gmail.com)

## **COMITÉ CIENTÍFICO EVALUADOR**

José Emilio García

*Pontificia Universidad Católica de Asunción, Paraguay.*

Elisa Kern de Castro

*Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil.*

Raquel Inés Peltzer

*Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina.*

Raquel Artuch Garde

*Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.*

Roberto Polanco-Carrasco

*Editor en Cuadernos de Neuropsicología, Chile.*

Carolina Aranda Beltrán

*Universidad de Guadalajara, México.*

Tomás Caycho Rodríguez

*Universidad Privada del Norte, Perú.*

Hernán Scholten

*Universidad de Buenos Aires, Argentina.*

Camilo Rueda Mora

*Universidad del Sinú, Colombia.*



## AGRADECIMIENTOS

*A mis abuelos Francisco y María Adela,  
que me enseñaron la belleza del amor en la vejez  
y el entusiasmo y permanente asombro por la vida.*

*A mi madre, una mujer en constante proceso de  
descubrimiento y aprendizaje,  
desafiando los estereotipos a lo largo de su vida.*

*A mis hijas, que me han enseñado a construirme y  
reconstruirme permanentemente.*

*A todos aquellos que trabajan por los derechos de las personas y  
que con sus talentos han colaborado en  
el desarrollo de este libro.*

**Ingrid Fergusson Cárdenas**

*A Olga Rosa y Honoria del Carmen, mis abuelas,  
las que me acurrucaron en la infancia y  
me protegieron incondicionalmente.*

*A José Heriberto y Florindo Segundo, mis abuelos,  
a los que no pude abrazar, pero de quienes  
llevo su rúbrica en mi sangre.*

**Claudio Rojas Jara**



# ÍNDICE

<b>Prólogo</b>	11
Max Caballero Astudillo <i>Servicio Nacional del Adulto Mayor</i>	
Capítulo 1	
<b>Psicología del envejecimiento: un nuevo paradigma del desarrollo en la deriva de la gerontología</b>	15
Ana María Jacó-Vilela & Estevão Freixo <i>Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Universidade Estácio de Sá, Brasil</i>	
Capítulo 2	
<b>Avances y desafíos del envejecimiento en América del Sur</b>	31
Ingrid Fergusson Cárdenas <i>Universidad Católica del Maule</i>	
Capítulo 3	
<b>La gerontología comunitaria: poder, comunidad y vejez</b>	45
Ricardo Iacub & Claudia Arias <i>Universidad de Buenos Aires; Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina</i>	
Capítulo 4	
<b>Las transformaciones de las familias, las personas mayores y las políticas sociales de cuidado: temas en proceso de ajuste</b>	67
Ana Castro Ríos <i>Universidad Católica del Maule</i>	
Capítulo 5	
<b>Cuidadores de adultos mayores: desgaste y daños a la salud</b>	81
Ana Carolina Reynaldos Quinteros <i>Universidad Católica del Maule</i>	
Capítulo 6	
<b>Los jubilados y su percepción ante los cambios en su entorno familiar</b>	97
Susana Preciado Jiménez, Guadalupe Mojica Vásquez & Gabriela Silva Magaña <i>Universidad de Colima, México</i>	

Capítulo 7		
<b>Funcionalidad del adulto mayor: un aporte a su calidad de vida</b>		119
Sara Herrera Leyton & Paola Pincheira Morán		
<i>Universidad Católica del Maule</i>		
Capítulo 8		
<b>Polifarmacia en el adulto mayor y el significado del uso de drogas en la vejez</b>		137
Claudio Rojas Jara, Luisa Ramírez Cisterna, Carolina Pinto Poblete, Carlos Concha Garrido, Sebastián Chandía Espinoza, Bárbara Cerda Rodríguez & Bastián Apablaza Osorio		
<i>Universidad Católica del Maule</i>		
Capítulo 9		
<b>Pensión no contributiva, participación y redes sociales del adulto mayor en el ámbito rural</b>		159
Rosa Rodríguez Reaño & Aroma De la Cadena Fernández		
<i>Pontificia Universidad Católica del Perú</i>		
Capítulo 10		
<b>La importancia de las redes: características resilientes y calidad de vida en adultos mayores</b>		173
Eugenio Saavedra Guajardo & Cristian Varas Amer		
<i>Universidad Católica del Maule</i>		
Capítulo 11		
<b>Duelo y viudez en la vejez</b>		195
Viviana Lasagni		
<i>Obra Social de Empleados Públicos de la Provincia de Mendoza, Argentina</i>		
Capítulo 12		
<b>La actividad física como herramienta de prevención del deterioro funcional psicomotor y desarrollo de habilidades neuromotoras globales para el adulto mayor</b>		207
Marcelo Castillo Retamal & Aldo Martínez Araya		
<i>Universidad Católica del Maule; Universidad Autónoma de Chile</i>		
<b>Índice de autores</b>		221

## PRÓLOGO

Enfrentar las consecuencias de la vejez y el envejecimiento es una realidad en el mundo, especialmente en los países de las Américas, y con mayor urgencia, en el conjunto de países de América del Sur, donde los índices de envejecimiento demográfico presentan altos indicadores, como así también, se observan contextos permanentes de vulnerabilidad social, pobreza, precariedad institucional, entre otros, para abordar los temas derivados de la vejez.

Propiciar escenarios favorables de desarrollo y bienestar para las personas que se ubican en la etapa de la vejez, es un desafío permanente para quienes nos apasiona la gerontología, desde una perspectiva social, clínica, crítica u otra, por lo que todas las acciones de generación de conocimiento en la materia, contribuyen directamente en el logro de dichos objetivos.

Así como existen distintos escenarios que abordar sobre vejez y envejecimiento, salud, educación, seguridad social, previsión social, vivienda, entornos favorables, participación social, recreación, cuidados, ejercicio de derechos, integración socio-comunitaria, solidaridad intergeneracional, entre otros, debemos ir aportando y generando los espacios que contribuyan en el enfrentamiento y consecuencias de temas emergentes o “recientes” que afectan a las personas mayores, como envejecimiento de la vejez, cuidados a largo plazo, inclusión laboral, diversidad sexual en la vejez, emergencias, catástrofes y desastres donde los afectados y/o damnificados resultan ser personas mayores, integración migratoria y otros, tanto desde el Estado a través de las políticas públicas, como de la sociedad civil, las familias y las propias personas mayores.

¿Cuál es la vejez que queremos para nosotros mismos?  
¿Qué hacemos cada día en nuestro propio proceso de envejecimiento individual, en las aristas biológicas, psicológicas, sociales y espirituales? ¿Cómo se prepara un país para gene-

rar condiciones propicias para las personas que envejecen? ¿Cómo se dispone una sociedad para comprender e integrar el aumento sostenido de personas mayores? Estas son sólo algunas preguntas que desde la gerontología se pueden avanzar en la búsqueda y/o construcción de respuestas, especialmente en comprender que las distintas realidades deben ser entendidas según el contexto histórico, cultural, de desarrollo, etc.

Un gran desafío que exige y –seguirá exigiendo– a los Estados y Gobiernos, es avanzar en el reconocimiento, promoción y protección de los derechos de las personas mayores, por cuanto el logro de que el ciclo vital individual traspase la barrera de los 60 o 65 años, no está asociado a la pérdida de derechos, más aún, en sociedades y/o países donde las personas mayores han sido históricamente invisibilizadas, discriminadas, excluidas, marginadas y maltratadas en el espectro familiar, institucional, comunitario y social.

Reconociendo que la persona, a medida que envejece, debe seguir disfrutando de una vida plena, independiente y autónoma, con salud, seguridad, integración y participación activa en las esferas económica, social, cultural y política de sus sociedades (OEA, 2015), la próxima ratificación de la Convención Interamericana Sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, será un avance histórico y muy relevante para los países miembros de América, pues por primera vez se ha establecido un instrumento jurídicamente vinculante, que garantizará 26 derechos de las personas mayores.

Según establece el Artículo N°1, “El objeto de la Convención es promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad”. Esto es el punto de partida de un instrumento que –entre otros–, garantizará derechos como “Igualdad y no discriminación por razones de edad”,

“Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez”, “Derecho a la participación e integración comunitaria”, “Derecho al Acceso a la justicia”, Derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia”, “Derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud”, “Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo”, “Derecho a la privacidad y a la intimidad”, “Situaciones de riesgo y emergencias humanitarias”.

En esta realidad, de aumento sostenido de personas mayores, hay múltiples oportunidades y desafíos, partiendo siempre desde el reconocimiento y el valor intrínseco que todas las personas mayores tienen, y sobre todo, relevando siempre su dignidad, buscando las articulaciones y sinergias necesarias que permitan una real integración e inclusión de estas personas en la sociedad, en los distintos espacios y contextos de desarrollo nacional y territorial.

Como veremos en los párrafos venideros, todas las profesiones y disciplinas pueden aportar en el quehacer gerontológico, sin existir espacios prohibidos o imposibles, permitiendo una visión interdisciplinaria y transdisciplinaria, es más, aún existen niveles de acción y de oportunidad para profesiones y disciplinas que no se han vinculado con la vejez y el envejecimiento. Al respecto, si bien y reconociendo que se ha avanzado en la generación de conocimientos en la materia, siempre es un aporte la actualización de contenidos y/o de elementos teóricos, conceptuales, descriptivos y de desarrollo gerontológico.

Acá se inician líneas y contenidos que aportarán directamente en la actualización y profundización de temas asociados a la vejez y el envejecimiento, espero y confío que los capítulos constitutivos de “Gerontología, Actualizaciones y Temas Emergentes”, permitan a cada persona abrir horizontes de sentido, respecto al quehacer, abordaje de brechas y desafíos en todos los ámbitos gerontológicos, especialmente en la colaboración y generación de mejores espacios y condiciones de

bienestar, dignidad, derechos, buen trato y seguridad, de las personas mayores del mundo, de América Latina y El Caribe y de Chile, las de hoy y las de mañana.

**Máximo Caballero Astudillo**

Encargado Nacional  
*Programa de Buen Trato al Adulto Mayor del  
Servicio Nacional del Adulto Mayor*

## CAPÍTULO 1

### **Psicología del envejecimiento: un nuevo paradigma del desarrollo en la deriva de la gerontología<sup>1</sup>**

Ana Maria Jacó-Vilela

*Universidade do Estado do Rio de Janeiro*

Estevão Freixo

*Universidade Estácio de Sá*

Este escrito presenta un recorrido de la psicología del desarrollo, desde su inicio restringido a la infancia, con la idea de una gerontología que supera la dicotomía maduración/involución, hasta la constitución de un abordaje más amplio.

La psicología como campo disciplinar autónomo surge durante el periodo de expansión de la ciencia en el siglo XIX. En los siglos anteriores, el trabajo de los físicos había obtenido amplio reconocimiento con el establecimiento de leyes generales para la explicación de los fenómenos del mundo natural. Esa conquista, que les concedió una distinta posición en el escenario intelectual de su época, sólo se logró mediante el desarrollo y la utilización del método experimental. Desde ahí, poco a poco la idea de que teorías consistentes dependían directamente de la aplicación de métodos considerados seguros y eficientes, se fue volviendo hegemónica. Así, al final del siglo XIX, los laboratorios de psicología desarrollaban sus actividades de investigación con gran confianza en lo que se volvió conocido como el método científico, de manera que los procesos psíquicos eran comúnmente definidos a partir de las técnicas de recolección de datos. Este modelo favoreció la búsqueda de procesos psicológicos universales, encontrados en la mente adulta individual y normal (Ferreira & Araújo, 2009).

---

1. Traducción del portugués (con autorización de los autores) por Camila Rodrigues Francisco (Belo Horizonte, Brasil) y Claudio Rojas Jara (Talca, Chile).

Dicho modelo, por lo tanto, no consideraba el estudio de la infancia o del desarrollo humano. Este sólo apareció con los estudios de William Preyer (1842-1897), fisiólogo inglés radicado en Alemania. Interesado en las recientes propuestas evolucionistas, Preyer desafió la imposibilidad de hacer ciencia teniendo a los niños como objeto de estudio, y propuso que se retornara la psicología del desarrollo, apoyándose en los avances de la psicología experimental. Su principal obra, *Die Seele des Kindes* (la mente de los niños), es del año 1882. Nótese que el surgimiento de ese interés por la infancia corresponde al momento del establecimiento incuestionable del capitalismo y de la familia burguesa en Europa y Estados Unidos, en que una de las consecuencias fue el mayor cuidado con la madre embarazada y con el recién nacido, lo que implicó una menor tasa de mortalidad infantil. Se trata, pues, de comprender el ser humano desde los años más tempranos, con el objetivo de transformarlo –por intermedio de la educación familiar y de la escuela– en un individuo productivo, racional y dueño de libre arbitrio (Dumont, 1985).

Con el gran impacto causado por el tema de la infancia, poco a poco otros segmentos etarios surgieron. G. Stanley Hall (1844-1924) es considerado el introductor a los estudios sobre una nueva etapa de la vida: la adolescencia. Su libro, *Adolescence*, es del año 1904. A comienzos del siglo XX surge esta nueva etapa de la vida en los Estados Unidos, y desde ahí se extiende por todo el mundo. Como dice Margaret Mead acerca de su objetivo en la investigación que realizó en la Polinesia: “Y con esta descripción [su libro] he tratado de responder a la interrogante que me llevó a Samoa: las perturbaciones que afligen a nuestros adolescentes ¿se deben a la naturaleza de la adolescencia misma o a los efectos de la civilización? Bajo diferentes condiciones ¿la adolescencia presenta un cuadro distinto?” (Mead, 1973, p. 31).

Claramente, pues, el interés por etapas del desarrollo humano surge a partir de transformaciones sociales –económicas,

culturales— que ponen de relieve determinada franja etaria. En este momento inicial, los términos “ontogenia” y “desarrollo” se referían exclusivamente al desarrollo del niño y del adolescente, con la necesidad de utilizar otras terminologías para la indicación de los cambios ocurridos en las etapas posteriores de la vida, tales como la senescencia, vejez o envejecimiento.

Tal énfasis en la infancia, tal vez pueda ser explicado también por las demandas educacionales. En el cambio de los siglos XIX al XX, comienzan a surgir estudios y teorías dirigidos a problemas concretos en el aula, lo que implicaba el diagnóstico de estados de retardo mental y la optimización de la enseñanza de niños en edad escolar.

### **El surgimiento de la gerontología**

Aunque no tengamos, en este texto, la preocupación en definir y puntualizar marcos inaugurales, vale subrayar que autores diversos citan varios “inicios” y “fundadores” de la Gerontología. James E. Birren (1961), por ejemplo, considera el inicio de la investigación en psicología del envejecimiento con el libro del autor belga residente en Francia, Lambert Adolphe Quetelet (1796-1874), titulado “*Sur l’homme et le développement de ses Facultés*” (el hombre y el desarrollo de sus facultades) publicado en 1835. Quetelet era estadístico y estaba interesado en el “hombre promedio”, en la curva normal. La relevancia de su trabajo transcurre del reconocimiento de las influencias de los factores biológicos y sociales a la manera cómo el hombre se desarrolla y vive, al contrario del pensamiento que predominaba en las décadas anteriores, privilegiando los aspectos biológicos. A principios del siglo XX, Birren apunta cómo diferentes trabajos contribuyeron al estudio del envejecimiento en otros países, como Rusia, Japón y Austria. En este último país, el desarrollo era comprendido no solamente como algo concomitante a los cambios del cuerpo, sino también como una mirada filosófica, lo que significa pensarle como alteraciones

que ocurren a lo largo de la vida, y no solamente en la infancia. Tal perspectiva tuvo a Charlotte Bühler (1893-1974) como su principal representante en ese periodo inicial. Sin embargo, Bühler vio interrumpidas sus investigaciones debido al surgimiento del nazismo. Emigra a los Estados Unidos después de haber estado en Noruega, dedicándose a la clínica y trabajando con principios básicos de carácter humanista, lo que la hace ser considerada una de las impulsoras de esta vertiente, junto con Abraham Maslow (1908-1970) y Carl Rogers (1902-1987).

Martin y Gillen (2013), por su parte, consideran que Elie Metchnikoff (1845-1916), inmunólogo ruso y ganador del Premio Nobel de Fisiología y Medicina en 1908, fue el responsable del inicio del estudio científico de la vejez, así como la proposición de la gerontología como una disciplina única para reconocer que la vejez no es simplemente un asunto que debe ser abordado por la medicina, sino más bien, uno arraigado en una variedad de disciplinas. Aunque observó inicialmente la falta de atención entregada a la vejez en la gran cantidad de material médico relacionado (Metchnikoff, 1903, 2003), Metchnikoff notó luego que era insuficiente atender las necesidades físicas de los ancianos sin la consideración de sus necesidades espirituales del mismo modo (Martin & Gillen, 2013, pp. 51-52).

Aquí, es importante subrayar la mención a las necesidades espirituales, tema muchas veces ignorado. En el inicio de la historia de la clínica psicogerontológica, por ejemplo, Pachana & Karel apuntan como tópicos para fundamentar tal trabajo las teorías del desarrollo adulto, los estudios de cognición e inteligencia, los de emoción y personalidad, así como los contextos socio-culturales (Pachana & Karel, 2016). Aun así, hoy en día la cuestión de la espiritualidad (o incluso de la religión) está presente de forma incisiva en los estudios sobre envejecimiento y principalmente, sobre la muerte (Ancona-López, 2002).

Sin embargo, se reconoce que el desarrollo de la nueva disciplina ocurrió en los Estados Unidos. Dentro de los pocos

interesados en el estudio del desarrollo adulto y del envejecimiento en las primeras décadas del siglo XX, Stanley Hall también ha innovado en este campo, publicando en 1922 uno de los primeros libros sobre la psicología del envejecimiento, *Senescence: The Second Half of Life* (senescencia: la segunda mitad de la vida). En esta obra, Hall realiza una revisión de los estudios psicológicos hechos hasta el momento sobre el envejecimiento, incluyendo los resultados de áreas relacionadas, como las ciencias biológicas y sociales. Lo más importante es que reconoce la superficialidad de considerar el envejecimiento como lo inverso del desarrollo (Birren, 1990, p. 10), tema al cual regresaremos más adelante.

Pero la que es considerada la primera gran obra en este campo de estudio fue *Problems of Aging* (problemas del envejecimiento), del anatomista Edmund V. Cowdry (1888-1975), publicada en 1939. Según Birren (1990), Cowdry buscó a la Fundación Macy, que se dedicaba en ese momento al estudio de las enfermedades degenerativas, proponiendo que la Fundación financiase la publicación de un libro sobre los aspectos médicos del envejecimiento. Sin embargo, el apoyo de la Fundación fue condicionado a la presencia también de los aspectos culturales, psicológicos y de personalidad del envejecimiento, es decir, que las cuestiones fuesen abordadas por medio de una perspectiva multidisciplinaria. Para el prefacio de la primera edición, fue invitado el filósofo y educador John Dewey (1859-1952). En su trabajo, Dewey discutió la relación de no equivalencia entre envejecimiento y madurez: si por un lado las bases biológicas del proceso de envejecimiento justifican el desgaste físico y mental, por otro, no es verdad que el crecimiento se convierte en descenso en todos niveles de la vida. Tales contribuciones resultaron en una obra mucho más completa que la propuesta inicial, con varias ediciones, siempre actualizadas y ejerciendo fuerte influencia en los caminos de la comprensión sobre el envejecimiento.

Así, en la década de 1940 ya es posible encontrar estudios

sistemáticos. La primera publicación destinada a la psicología infantil es de 1891, del *Journal of Genetic Psychology*, mientras la primera con énfasis en el estudio del envejecimiento aparece en el año 1945, con el título *Journal of Gerontology*. En los Estados Unidos luego fueron organizados algunos centros de investigación sobre el envejecimiento: el *Gerontology Research Center* del *National Institute of Health* fue inaugurado en 1946. En el mismo período, se establecieron la *Gerontological Society of America*, la *American Geriatrics Society*, y la *Division on Maturity and Old Age* de la *American Psychological Association* (APA), posteriormente renombrada como *Division on Adult Development and Aging*. El estudio del desarrollo infantil, sin embargo, se mantuvo en una división dedicada exclusivamente a las transformaciones de la infancia y la adolescencia, la *Division of Developmental Psychology*. En ese momento, por lo tanto, los campos de investigación sobre la infancia y sobre las etapas posteriores de la vida no establecieron lazos significativos entre sí, permaneciendo separadas (Villar, 2001; Birren, 1990).

Para entender mejor esta separación, es necesario remontar a la discusión sobre el concepto de desarrollo.

## **¿Qué es el desarrollo?**

Feliciano Villar (2001), utilizando una perspectiva interanalista de la ciencia, atribuye a la alta concentración de estudios sobre el desarrollo en la etapa infantil y la demora en el surgimiento de una psicología de la etapa adulta y de la vejez a la utilización, en el inicio del siglo XX, de un concepto de desarrollo que se contrapone a la noción de envejecimiento. En los años 20 y 30, se destacaba en Europa el trabajo de Piaget, orientado hacia el estudio de las sucesivas alteraciones que ocurren en las estructuras cognitivas del individuo durante la fase inicial de la vida. Vistas como organizadas en etapas, cuyo ápice ocurría en el periodo de la adolescencia, no habría cambios importantes en las etapas posteriores.

En el mismo periodo, la psicología conductual se expandió y adquirió gran prestigio en los Estados Unidos. Estableciendo como principio la renuncia al estudio de la consciencia, el conductismo comprendía el desarrollo exclusivamente a partir de una historia de condicionamientos que ocurren por medio de los procesos de aprendizaje. En este sentido, la infancia sería el periodo privilegiado para la formación de los condicionamientos, una vez que los esfuerzos de aprendizaje se han concentrado en esta etapa, no restando mucho interés al estudio del desarrollo adulto y de la vejez.

Además del crecimiento de la psicología conductual, se popularizaba también en la psicología americana la utilización de las pruebas psicométricas. Tales instrumentos traían consigo la marca del pensamiento darwiniano, toda vez que transferían al plano del desarrollo psicológico conceptos evolucionistas como los de adaptación y selección, además de absorber la contribución de la genética en su punto de vista sobre el desarrollo.

Estas concepciones y prácticas de inicio del siglo XX –el cognitivismo de Piaget, la psicometría, el mecanicismo de los conductistas– dependían de los principios básicos de la universalidad y de la individualidad. El desarrollo, en este sentido, sería un proceso fundamentalmente individual y natural sin relaciones significativas con las condiciones sociales y culturales en las cuales el individuo está inserto. En ese sentido, Villar (2001) argumenta que la noción de desarrollo sustentada en la etapa inicial de la psicología del envejecimiento, en la década de 1940, supone una aplicación de los modelos organicista y mecanicista de crecimiento a las estructuras y funciones psicológicas del individuo en la edad adulta y en la vejez.

Apoyado así en esta noción de un desarrollo psíquico agregado al desarrollo biológico, el estudio de las etapas tardías de la vida seguía una concepción según la cual el envejecimiento era visto como un proceso de declive –a pesar de la posición distinta de Hall– mientras la idea de desarrollo per-

manecía ligada al proceso de maduración. El desarrollo, por lo tanto, fue comprendido como un fenómeno propio del inicio de la vida, alcanzando su máximo nivel en el final de la adolescencia, y la fase adulta y la vejez son comprendidas entonces como un proceso inverso al de las otras etapas (Villar, 2001).

Solamente veinte años después, en 1959, aparecerá el primer manual sobre los aspectos psicológicos del envejecimiento, con la publicación *Handbook of Aging and the Individual* (manual del envejecimiento y el individuo) de Birren. Contrariando las tendencias dominantes, el autor se opone al estudio aislado de las funciones psicológicas, apostando en la integración de los distintos aspectos mentales y conductuales, como la percepción, el aprendizaje, la personalidad, etc., y apunta la necesidad de pensar el modo como la conducta se organiza a lo largo de la vida, en vez de estudiar su organización sin considerar las interferencias del tiempo.

## **Desarrollo por toda la vida**

Entre tanto, el modelo biológico seguía dominando. En la década de 1970, muchos autores expresaron su insatisfacción con los presupuestos del modelo hegemónico de desarrollo, que se apoyaba en la noción biológica de maduración y restringía las investigaciones a las etapas de la infancia y adolescencia. En ese momento, en la psicología del ciclo vital, que empezaba a estructurarse como modelo teórico, operaba una reconceptualización de la noción de desarrollo, intentando aplicarla a todo el ciclo de la vida. Rompiendo con la referencia al modelo biológico, se opone a la noción de envejecimiento como un proceso de declive y, a pesar de establecer el envejecimiento como área prioritaria de investigación, en una tentativa de compensar el escaso interés existente hasta ese momento, este nuevo modelo pretendió extender sus estudios a las distintas etapas de la trayectoria evolutiva.

Villar (2001) defiende que esa ruptura se hizo posible

mediante el énfasis en dos principios que los modelos de desarrollo mecanicista y organicista hasta ese momento habían ignorado: la importancia de la cultura como definidora del desarrollo y la capacidad de la propia persona para determinar su trayectoria evolutiva. Sin embargo, el concepto de cultura, el mismo dentro de los modelos que integran las distintas etapas del desarrollo humano, era visto por lo menos dos maneras: como un conjunto de variables externas susceptibles de ser observadas y medidas de modo objetivo, lo que corresponde al punto de vista de la ciencia positivista; o como un conjunto de significados, instrumentos y prácticas que dan sentido a la experiencia humana. En este último caso, no existe separación entre individuo y cultura, de modo que una y otra instancia se determinan recíprocamente.

En la perspectiva histórico-cultural, donde el sujeto y la cultura son comprendidos como elementos indisolubles, se encuentran los abordajes similares a Vygotsky y la escuela sociocultural rusa, que se fundamentan en el materialismo histórico y dialéctico de Marx y Engels. En esa corriente, la vejez es concebida no solamente como fenómeno natural y universal, sino como una etapa de la vida que debe ser comprendida conforme a las particularidades del contexto social donde actúa el individuo y en consonancia con el momento histórico en que vive (Martins, 2013). Según el punto de vista vygotskyano, volverse humano implica estar inserto en un universo social, y para humanizarse, “el hombre se inscribe en el tiempo y en la historia de manera singular y específica” (Martins, 2013, p. 218). Tales abordajes también hacen una crítica al proceso de biologización del desarrollo, y su énfasis explicativo recae en los procesos dinámicos e interaccionales de la relación hombre/cultura.

Baltes, Lindemberger y Staudinger (1998; p. 1033) aluden a que el surgimiento de los abordajes *lifespan* o de ciclo vital, posiblemente ocurrieron con las corrientes que dieron origen a los fundamentos de la psicología evolutiva en Alema-

nia, donde, como ya hemos mencionado, era dada una especial relevancia a la comprensión filosófica del ser. Así, la psicología evolutiva alemana surgió influenciada por las humanidades y por la filosofía, especialmente por el pensamiento idealista, que comprendía el desarrollo humano como estrechamente ligado a la educación y a la socialización, atribuyendo papel fundamental al medio cultural en que los individuos se desarrollan. Ya el *zeitgeist* en los Estados Unidos era distinto: la psicología evolutiva en el cambio de siglo era fuertemente influenciada por los cambios de la genética y del evolucionismo biologicista darwiniano, y son esos cambios los que protagonizan el pensamiento ontogenético, provocando, como hemos argumentado, la noción de desarrollo que termina en la adolescencia.

El interés por la psicología del ciclo vital confluyó en una tentativa por buscar una teoría amplia y unificadora como la teoría de Erik Erikson, que orientó el trabajo de muchos investigadores en este campo durante las décadas de 1970 y 1980. Pero Villar (2001) comprende que la psicología *lifespan* del psicólogo alemán Paul Baltes es probablemente el modelo más representativo de la visión integrada del ciclo vital. Dado el valor y la penetración del trabajo desarrollado por Paul Baltes, su propuesta teórica será descrita un poco más pormenorizadamente.

### **Paul Baltes y la psicología del ciclo vital**

Baltes (1987) parte de dos presupuestos básicos que definen la orientación teórico-metodológica de la psicología *lifespan*. El primero, propone una lectura meta-teórica de la naturaleza del desarrollo en el sentido de una revisión de ese concepto, a fin de que la visión limitada aplicada por los científicos que se han dedicado a la psicología infantil sea superada y el concepto de desarrollo pueda ser extendido a todas las etapas de la vida. El segundo, de que existe una rama de

perspectivas teóricas asociadas a esta visión meta-teórica que constituyen un conjunto de creencias para orientar las actividades del campo. Entre ellas, en primer lugar se encuentra el *concepto lifespan de desarrollo*, que parte del presupuesto de que ninguna etapa de la vida tiene supremacía en la regulación de la naturaleza del desarrollo: todas las etapas funcionan como procesos continuos (acumulativos) y discontinuos (innovadores), y el desarrollo ontogenético debe ser visto como un proceso que dura toda la vida (Baltes, 1987, p. 613).

Otra perspectiva es la de la multidireccionalidad de los cambios que constituyen la ontogénesis, lo que define el carácter plural del desarrollo, implicando la renuncia de un criterio único de crecimiento. Sin embargo, según Baltes, se apuesta a la idea de que el desarrollo consiste en una relación dinámica entre crecimiento y declive, y ningún cambio en el trayecto evolutivo consiste sólo en crecimiento o progresión. En su lugar, en todas las etapas, ocurre la ganancia y la pérdida en la capacidad adaptativa.

“Como formas específicas de la mente y el comportamiento son “seleccionados” durante la ontogénesis para la activación y el crecimiento, algunas capacidades adaptativas pueden verse realmente reducidas. Si la reducción es manifiesta dependerá (como ocurre en el cambio evolutivo) de las demandas planteadas por el individuo y el ambiente en las posteriores fases de la vida, o por el experimentador en esa materia” (Baltes, 1987, p. 617).

Además de estos principios orientativos, la psicología *lifespan* se apoya en el *concepto de plasticidad*, o la idea de que el proceso de desarrollo puede seguir distintas direcciones, conforme las condiciones de vida y las experiencias de cada persona. Se admite, así, que existe un potencial individual para el desarrollo de diversas formas de conducta, pero que las posibilidades resultantes de ese potencial sólo se actualizan si las

condiciones les son favorables (Gollin, 1981; Baltes, 1987, p. 617).

Hay todavía otra perspectiva, la de *incorporación histórica*, que indica que el desarrollo varía conforme a las condiciones histórico-culturales en las cuales se encuentran los individuos, lo que significa decir que su deriva evolutiva es influenciada “por el tipo de condiciones socioculturales existentes en un periodo histórico dado, y por como estos evolucionan en el tiempo” (Baltes, 1987, p. 613).

Otra perspectiva es denominada por Baltes de *contextualismo*, un modelo propuesto con la finalidad de organizar la gran cantidad y complejidad de los factores que ejercen influencia sobre el proceso de desarrollo. Este modelo identifica tres categorías de influencias con las cuales los individuos se enfrentan en la medida que su vida progresa. Son ellas: las influencias de la edad (que ejemplifica con la maduración biológica y las formas de socialización), las influencias históricas (tanto las de largo plazo como las que ocurren durante la vida del individuo) y las influencias no normativas. Estas se refieren a las ocurrencias que no son aplicables a muchos individuos, ni poseen una ligazón evidente con el factor temporal del desarrollo, sea en la ontogenia o en la dimensión histórica (Baltes, 1987, p. 621).

Finalmente, existe la multidisciplinaridad del campo del desarrollo, pues “una visión psicológica purista ofrece una representación parcial del desarrollo del comportamiento desde la concepción hasta la muerte” (Baltes, 1987, p. 613), siendo necesario comprender el desarrollo psicológico desde el diálogo con otros campos, como la antropología, la biología y la sociología.

Aunque las propuestas de Baltes sean más conocidas y hayan generado más investigaciones en los abordajes del ciclo vital, ellas no agotan este tipo de abordaje. Como dice Birren (1990), los estudiosos de la psicología del envejecimiento han producido un volumen de investigaciones cada vez mayor,

contribuyendo a la formación de una base teórica integradora. Según Birren todavía, la dimensión de la temporalidad se presenta como un problema central en esta área de investigación, una vez que la definición de envejecimiento requiere que los cambios en la conducta sean comprendidos desde su relación estrecha con el tiempo. La equiparación entre en el envejecimiento y la edad cronológica, por ejemplo, sería un equívoco reduccionista. Ambas dimensiones no deben ser confundidas, aunque estén relacionadas entre sí. En la etapa final de la vida o en la enfermedad, los procesos temporalmente autónomos se volverían interconectados. A los estudiosos de la psicología del envejecimiento cabe la labor de estudiar las direcciones normalmente tomadas en la organización de la conducta durante el curso del desarrollo, así como las formas por las cuales la conducta se vuelve susceptible, a lo largo de la vida, a ciertos tipos de influencia.

Villar (2001), por su parte, considera que tanto los abordajes que adoptan la aplicación de los modelos de desarrollo utilizados en la psicología infantil como en la psicología del ciclo vital, que piensa el desarrollo en todas las etapas de la vida, son propuestas importantes y han rendido buenos resultados. Todavía apunta como diferencia entre los abordajes la actitud inicial de cada una de ellas. Los modelos de aplicación, más pesimistas, adoptan para el envejecimiento la norma del declive, y los modelos del ciclo vital, más seguros, fundamentan su optimismo en la capacidad compensatoria del individuo ante los declives biológicos y en la potencia inherente al ser humano para autodeterminar su propia deriva evolutiva. Comprende también el autor que la colaboración interdisciplinar es un aspecto central de la psicología del envejecimiento, y debe involucrar, sobretodo, investigadores de las ciencias humanas y socio-culturales, además de los actualmente presentes de áreas como la biología y las ciencias de la computación.

## **Algunas consideraciones finales**

La psicología del envejecimiento surgió, más explícitamente en la década del 40, apoyada en el paradigma del desarrollo de inicio del siglo XX. El horizonte teórico por el cual se dirigía la psicología del desarrollo en este momento tenía por base el modelo biológico de crecimiento y por esa razón, asociaba el desarrollo a las etapas iniciales de la vida. A partir de 1970, muchos teóricos e investigadores se mostraron insatisfechos con esta visión maduracionista del desarrollo, que aplicada al estudio de la vejez, tenía por consecuencia una visión del envejecimiento como proceso de degeneración y declive. Ese descontento da impulso a una nueva propuesta conocida como psicología *lifespan* o psicología del ciclo vital. En esta nueva psicología opera una reconceptualización de la noción de desarrollo a modo de extenderla a todas las etapas de la vida. A fin de romper con el modelo biologicista anterior, pero sin renunciar en absoluto a la importancia de los factores biológicos en las etapas evolutivas, los investigadores de la psicología del ciclo vital pasan a trabajar con la idea del desarrollo a partir de perspectivas histórico-culturales, teniendo en cuenta también el potencial inherente a los individuos para interferir en su propio trayecto evolutivo. Esa nueva aproximación del concepto de desarrollo, produjo apertura en el campo, demandando mayor colaboración de los científicos con otras áreas que también se interesan por el tema del desarrollo.

Un dato relevante para comprender la importancia de la gerontología y de la psicología del envejecimiento, se refiere al envejecimiento poblacional. La transición demográfica se inicia con el descenso de la tasa de mortalidad relacionada a otros factores como los avances de la medicina, el control de las enfermedades infecciosas, mejores condiciones de alimentación y el aumento de los ingresos. Tales cambios ocurrieron en los países desarrollados ya a fines del siglo XIX, mientras que en los demás países, solamente al final del siglo XX. En el

caso específico de Brasil, por ejemplo, si las personas con 65 años o más representaban un 2,4% de la población en 1950, ese porcentaje sube poco en las décadas siguientes, llegando a 5,9% en la década de 2000 (IBGE, 2000).

Lo que se verifica, por lo tanto, es que la psicología del desarrollo no puede ser concebida como un campo de estudios limitado. Al revés, existe un dato de historicidad que necesita ser enfatizada, pues en la deriva histórica de esa área de la psicología, inicialmente acotada a la infancia, se verifica que en las dinámicas socio-políticas están las nuevas investigaciones. Las demandas demográficas marcadas por el aumento en los índices de expectativa de vida y el consecuente envejecimiento poblacional parecen estar directamente ligados a los aportes concomitantemente delineados por la, así considerada, psicología del envejecimiento.

### **Referencias bibliográficas**

- Alves, P. B. (1997). A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 10(2), 369-373.
- Ancona-López, M. (2002). Psicologia e religião: recursos para construção do conhecimento. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 19(2), 78-85.
- Birren, J. E., & Birren, B. A. (1961). A brief history of the psychology of aging. *The Gerontologist*, 1, 127-134.
- Birren, J. E., & Birren, B. A. (1990). The concepts, models, and history of the psychology of aging. In J. E. Birren, & K. W. Schaie, (Eds.). *Handbook of the psychology of aging*, 3rd ed (pp. 3-20). New York: Academic Press.
- Dumont, L. (1985). *O individualismo – uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. São Paulo: Rocco.
- Ferreira, A. A. L., & Araújo, S. F. (2009). Da invenção da infância à psicologia do desenvolvimento. *Psicologia em Pesquisa*, 3(02), 03-12.
- IBGE, Censo Demográfico 1950/2000. Disponível em <http://>

[www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/tendencias\\_demograficas/comentarios.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/tendencias_demograficas/comentarios.pdf), acessado em 10.dez. 2016.

- Marin, D. J., & Gillen, L. L. (2013). Revisiting gerontology's scrapbook: from metchnikoff to the spectrum model of aging. *The Gerontologist*, 54(1), 51–58.
- Martins, E. (2013). Constituição e significação de família para idosos institucionalizados: uma visão histórico-cultural do envelhecimento. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 13(1), 215-236.
- Mead, M. (1973). *Adolescencia y cultura en Samoa*. Buenos Aires: Paidós. Original publicado em 1928.
- Pachana, N. A., & Karel, M. J. (2016). History of clinical geropsychology: professional practice informed by the science of psychology and aging. In N. A. Pachana (Ed.), *Encyclopedia of Geropsychology* (pp. 1-14). Singapore: Springer.
- Villar, F. (2001). El desarrollo adulto y el envejecimiento como psicología evolutiva. Tese apresentada a concurso de Professor Titular do Departamento de Psicologia Evolutiva e da Educação da Universidade de Barcelona. Disponível em: <http://www.ub.edu/dppsed/fvillar/>. Acesso em: 3 de dez. 2016.

## CAPÍTULO 2

### **Avances y desafíos del envejecimiento en América del Sur**

Ingrid Fergusson Cárdenas  
*Universidad Católica del Maule*

*“Una bella ancianidad es,  
ordinariamente la recompensa de un bella vida”.*

Pitágoras

#### **Introducción**

El envejecimiento es sin duda un éxito de las sociedades, implica que los países cuentan con condiciones sanitarias que permiten un mayor control de las enfermedades que históricamente provocaron fallecimientos a edades más tempranas y que aumentan la esperanza de vida, así como la posibilidad de controlar la natalidad y las implicancias que ello ha tenido en el desarrollo de las personas y las sociedades.

Llegar a la vejez puede ser experimentado por las personas desde diversas perspectivas, probablemente como consecuencia de una diversidad de factores personales, familiares, culturales y sociales que nos hacen significar esta etapa de la vida y nuestra propia vejez de maneras tan diversas. Considero que la vejez es una síntesis individual y social; individual, porque es en esta etapa cuando la vida vivida muestra en plenitud nuestros aprendizajes, los hábitos que hemos adquirido y que aumentan o disminuyen las probabilidades de una vejez saludable, la forma en que significamos nuestras experiencias, valores y aquello que le da sentido a nuestra existencia, nuestra personal forma de enfrentar los desafíos, etc. Estimo además que es una síntesis en lo social, en el sentido de que la calidad de nuestra vejez está determinada por el contexto

cultural y social en que hemos vivido, de alguna manera es en esta etapa de la vida donde se ven reflejadas las oportunidades de desarrollo que hemos tenido de acuerdo a nuestro género, nivel de ingresos, etnia, la calidad de los sistemas de protección social, la mirada que tiene una sociedad respecto de los viejos, entre otros múltiples factores.

El presente capítulo propone una reflexión respecto a las características que el envejecimiento de la población ha tenido en los países de la región y la necesidad de orientar las políticas públicas desde el concepto de la vulnerabilidad y la perspectiva de los derechos humanos, así como una breve revisión de las políticas de envejecimiento de algunos países del cono sur.

## **Transición demográfica en América Latina**

Dos tercios de los mayores de 60 años viven en países en desarrollo y se espera que esta proporción aumente a 80% para el año 2050.

El proceso de envejecimiento en América Latina ha sido acelerado, ya que en pocas décadas algunos países de la región tienen tasas de envejecimiento similar a países desarrollados que se demoraron más un siglo en alcanzar esos niveles. Esta transformación ha ocurrido en condiciones de mayor desigualdad social y precariedad de los sistemas de protección social.

A mediados del siglo pasado la composición demográfica de la región era mayoritariamente rural, con las tasas de natalidad más altas a nivel mundial, desigualdad de género respecto al acceso a educación y al trabajo, situación que se ha transformado significativamente, mejorando los indicadores de educación y salud, la población se ha hecho más urbana y han caído dramáticamente las tasas de natalidad y mortalidad infantil, aumentando la esperanza de vida en 22 años. De acuerdo a los datos del Banco Mundial “La principal tendencia demográfica en los próximos 50 años consistirá en un rápido

envejecimiento de la población en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe” (Cotlear, 2011, p. 2).

El envejecimiento en América Latina ha sido una transformación que se ha desarrollado en pocas décadas, a diferencia de lo sucedido en los países más industrializados. Es una realidad que nos sorprendió y nos encontró como países preocupados en otros afanes, desprevenidos y con un escenario diverso en términos de igualdad de oportunidades, niveles de pobreza, institucionalidad, integración y participación social.

La transición demográfica implica pasar desde una etapa caracterizada por una alta fecundidad, una alta mortalidad, con predominio de una población joven a un estado distinto, de baja fecundidad, baja mortalidad y una población proporcional mayor. Esta transformación se ha desarrollado de manera muy diversa en América latina y el Caribe. Algunos países como Argentina, el sur de Brasil, Chile, Cuba y Uruguay, han experimentado un proceso de transformación similar al de los países europeos. Otros sin embargo, especialmente aquellos con mayor población indígena, redujeron más tardíamente sus indicadores de mortalidad. Haití y Bolivia, los países más jóvenes con una esperanza de vida de 60.6 y 65.5 años respectivamente. La esperanza de vida en la región es de 73 años y durante los próximos 50 años la población adulta mayor aumentará de un 9% a un 24% (Cotlear, 2011).

A medida que desciende la fecundidad y se extiende la esperanza de vida, crece la proporción de población de 60 años y más. En el 2016, este grupo etario corresponde a 73,5 millones de personas, lo que representa al 11,5% de la población regional. Se prevé que en 2030 la cifra incremente a 121 millones de personas y que en 2050 llegue a constituir el 26% de la población (Huenchuán, 2016).

El principal factor del cambio demográfico en la región ha sido la disminución de la tasa de fecundidad, pasando de 5,9 hijos por mujer en el quinquenio 1950-1955 a 2,1 en los años 2005-2010. Algunos de los países que están por debajo

de la tasa de reemplazo (2.1 por mujer) son Barbados y Cuba (1,5 hijos); Trinidad y Tobago (1,6 hijos); Puerto Rico (1,8 hijos); Chile, Martinica y Antillas Holandesas (1,9 hijos); Bahamas (2,0 hijos); y Costa Rica, Guadalupe y Uruguay (2,1 hijos). En el otro extremo, los países en los que la tasa de fecundidad es de un hijo o más por encima del nivel de reemplazo (3,1 hijos y más), entre ellos Paraguay (3,1 hijos); Guayana Francesa y Honduras (3,3 hijos); Bolivia y Haití (3,5 hijos); y Guatemala (4,2 hijos) (Saad Citado en Cotlear, 2011, p. 49).

La transición demográfica se inicia a mediados del siglo XX, siendo Argentina y Uruguay los primeros países de la región en comenzar esta transformación, seguido de Chile, con una tasa de crecimiento actual menor al 1%. El tercer subgrupo dentro de los países de transición avanzada incluye a Brasil, Colombia, Costa Rica y México, donde las tasas de fecundidad se mantuvieron altas hasta la década de los 60's, reduciéndose abruptamente a fines de los 80's.

## **Envejecimiento, vulnerabilidad y desigualdad acumulada**

Hemos descrito someramente las características del proceso de transformación en la configuración de la población en nuestros países en las últimas décadas, pero ¿cómo viven los mayores de la región?, ¿cuáles son sus oportunidades de desarrollo y participación?, ¿cómo les ha impactado las condiciones estructurales de vida de los países?

Algunos conceptos como vulnerabilidad, pobreza, precariedad, fragilidad han sido usados como sinónimos para describir tanto las condiciones como sus consecuencias negativas en los grupos de mayor riesgo, entre ellos a las personas mayores (Bankoff, 2006 citado en Carrera, Pizano & Sánchez, 2008).

“La noción de vulnerabilidad es entendida como un proceso multidimensional que confluye en el riesgo o pro-

bilidad del individuo, hogar o comunidad de ser herido, lesionado o dañado ante cambios o permanencia de situaciones externas y/o internas. La vulnerabilidad social de los sujetos y colectivos de población se expresa de varias formas, ya sea como fragilidad o indefensión ante cambios originados en el entorno, como desamparo institucional desde el Estado que no contribuye ni cuida sistemáticamente de los ciudadanos; como debilidad interna, para afrontar concretamente los cambios necesarios del individuo u hogar para aprovechar el conjunto de oportunidades que se le presenta; como inseguridad permanente que paraliza, incapacita y desmotiva la posibilidad de pensar estrategias y actuar a futuro para lograr mejores niveles de bienestar” (Busso, 2001 Citado en Carreras, Pizano & Sánchez 2008, p. 83).

Vejez y vulnerabilidad no son sinónimos y es importante marcar esta distinción en la medida que naturalizar esta asociación aumenta la mirada negativa de esta etapa de la vida. En este sentido es necesario diferenciar la vejez como una etapa del sujeto, cuyo inicio es construido y definido cultural y socialmente, de las condiciones estructurales en las que se produce el proceso de envejecimiento, que potencialmente pueden derivar en desventajas. Desde allí que el uso del concepto vulnerabilidad parece ser útil para analizar las condiciones de las personas mayores, ya que reconoce la relación dinámica entre las condiciones adversas y los recursos de las personas para enfrentarlas, y por tanto la vulnerabilidad es una potencialidad; este concepto también contribuye a identificar condiciones respecto al soporte institucional o de desprotección; y finalmente ayuda a reconocer los factores de riesgo, previos a la etapa de la vejez.

Es necesario diferenciar por tanto, cuándo la edad se convierte en un factor de riesgo y cuáles son las condiciones estructurales que derivan en desventajas en la vejez. El con-

cepto de vulnerabilidad parece ser de utilidad como perspectiva de análisis desde un ámbito más social, como se indicó anteriormente. La Teoría de la Desigualdad Acumulada por su parte, permite observar aspectos más individuales en que los sistemas sociales generan desigualdad y que “se manifiesta durante toda la vida a través de los procesos demográficos y de desarrollo, y que las trayectorias personales son formadas por la acumulación de riesgos, los recursos disponibles, las trayectorias percibidas y la acción humana” (Ferraro & Shippee, 2009, p. 334).

Esta teoría plantea cinco axiomas:

**1. Los sistemas sociales generan desigualdad, que se manifiesta en el transcurso vida a través de los procesos demográficos y de desarrollo.** De allí que la comprensión de la desigualdad no se puede limitar al ámbito individual, sino que se debe considerar las condiciones sociales estructurales.

**2. La desventaja aumenta la exposición al riesgo, pero la ventaja aumenta la exposición a la oportunidad.** Si bien podemos conocer las consecuencias de la desventaja, ventaja y desventaja no son definidas como opuestos absolutos y se requiere más bien comprender la desventaja desde una perspectiva multidimensional y observar la exposición a los factores en cuanto a su magnitud, inicio y duración que derivan en ventaja o desventaja.

**3. Las trayectorias a lo largo del ciclo vital se forman por la acumulación de riesgos, los recursos disponibles y la acción humana.** No plantea una mirada determinista, sino interaccional e incorpora la perspectiva a lo largo de todo el ciclo vital, se consideran los recursos que permiten compensar o cambiar las trayectorias desventajosas, así como el momento en el que influyen para cambiar la trayectoria desventajosa.

**4. La percepción de trayectorias de vida influye en las trayectorias posteriores.** Los sujetos evalúan y comparan sus trayectorias con otros significativos y toman decisiones para compensar sus desventajas u optimizar sus recursos. En

este sentido la percepción que hacen es más relevante que las condiciones objetivas para enfrentar los desafíos.

**5. La desigualdad acumulada puede llevar a la mortalidad prematura.** De allí que la selección no aleatoria puede distorsionar los resultados ya que se cambia la composición de la población y ello puede dar una falsa apariencia de disminución de la desigualdad.

Algunos autores plantean no diferenciar el término vejez de envejecimiento como producto y proceso, considerando la vejez no como una experiencia individual, sino social. Las transformaciones propias de la edad son significadas en un contexto particular y desde allí la vejez es una situación social (Esquivel, Calleja, Hernández, Medellín, & Paz, 2009).

Enfrentar el proceso de envejecimiento poblacional en nuestros países, implica necesariamente observar las trayectorias de los sujetos y el impacto de las desigualdades que derivan en una diversidad de “vejezes”, lo que es un desafío de las políticas.

La edad es uno de los ejes de las desigualdades sociales, que determina la distribución del bienestar, del poder y de la autoridad en la estructura social. Además, contribuye a identificar los momentos críticos y el encadenamiento de las desigualdades a lo largo del ciclo vital y la interrelación entre los factores que permiten la reproducción de las trayectorias desventajosas (CEPAL, 2016).

Hay que pensar en la desigualdad como la consecuencia de decisiones, carencias, y ventajas acumuladas en un contexto social, económico e institucional dado. Lamentablemente y a pesar de los avances que han experimentado los países de la región, aún persisten condiciones de desigualdad estructural a lo largo de todo el ciclo vital y que en la vejez se relacionan con la necesidad de asegurar ingresos estables, condiciones de salud que permitan la autonomía, las posibilidades de una integración y participación plena de los sujetos independiente de su edad, entre otras. A modo de ejemplo, el nivel educativo

logrado en la juventud, incide de manera significativa en las oportunidades laborales y por tanto los niveles de ingreso y el acceso a jubilación de tipo contributivo. Ha existido un incremento moderado de las jubilaciones en las personas mayores de 65 años entre los años 2002 y 2014 en casi todos los países de la región.

En 2014 contaban con una jubilación solamente el 30% de los hombres de 65 años o más con un nivel educativo de primaria incompleta y el 66% de aquellos que tenían educación secundaria o más; en el caso de las mujeres, esas cifras eran del 21% y el 62%, respectivamente, lo que evidencia una brecha de género que es resultado de una inserción más precaria de las mujeres en el mercado de trabajo (CEPAL, 2016, p. 22).

Además de la edad, el género es una variable relevante que genera amplias brechas de desigualdad en América Latina. Las mujeres hacen una contribución económica, muchas veces invisibilizada, considerando que el sistema de cuidado de América latina recae principalmente en las familias y son ellas quienes asumen este rol en todos los tramos de edad, generando una sobrecarga de tareas y consecuencias a nivel de su calidad de vida general.

Relacionar género y edad contribuye a la comprensión de la trayectoria de vida de las mujeres, diferenciándola de la de los varones, aportando al reconocimiento de la diversidad y que deriva en un doble riesgo de discriminación al combinar ambas variables (Posner, 1977. Citado en Huenchuán et al., 2010).

Las mujeres experimentan mayor pobreza y violencia a lo largo de la vida y en la vejez se suman aquellas específicas de la edad. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD) señala que las mujeres mayores tienen más riesgo que sus congéneres varones de ser pobres. Esto se duplica en las mayores de 75 años respecto a aquellas entre 26 y 40 años. El carácter contributivo de las pensiones afecta

negativamente a las mujeres, quienes en todos los tramos de edad son más dependientes en los ingresos de sus familias, asociado a una trayectoria laboral más inestable y precaria que los varones (Gasparini, Crosta, Haimovich, Alvarez, Haimovich, Sánchez & Bertranou, 2008).

Respecto al ámbito de la salud también se aprecia que en nuestros países ha habido una transición desde el predominio de las enfermedades transmisibles a aquellas no transmisibles, como las enfermedades crónicas o degenerativas y que representan el 62% de la mortalidad de la región. Para el 2014 la tasa de mortalidad de enfermedades transmisibles fue de 80 (94,2 hombres; 67,7 mujeres) y 436,3 para enfermedades no transmisibles (515,2 hombres, 373,2 mujeres) (Oficina Panamericana de la Salud, 2016). Sin embargo, al igual que en otros ámbitos se observa que estas transformaciones no afectan de igual manera a los distintos niveles socioeconómicos, en perjuicio de los más pobres y que en unos grupos los indicadores de salud son similares a los de los países desarrollados, en otros aun persisten elevados niveles de mortalidad en población joven, especialmente en el tramo de 16 a 59 años. Esto revela la necesidad de continuar avanzando hacia cambio de las conductas de salud, mejorar el acceso, especialmente en los sectores más desfavorecidos (Cotlear, 2011).

Esta amplia diversidad, impone un arduo desafío para comprender el tema de la vejez en su complejidad y adecuar las respuestas desde los diversos actores sociales.

## **Institucionalidad y vejez**

Entre las décadas del 60' y 70', los primeros países en desarrollar políticas de envejecimiento fueron Las Bahamas, Jamaica y Saint Kitts y Nevis. Con posterioridad a la Asamblea de Madrid lo hicieron los demás países de centro y sud América a excepción de Argentina, Costa Rica, Cuba y México, quienes lo hicieron más tempranamente (CEPAL, 2016).

Paulatinamente los países de América Latina han ido construyendo una institucionalidad para abordar la temática de la vejez. En la mayoría de los casos las respuestas son focalizadas en un ámbito específico, no articuladas con otros sectores y centradas en la etapa de la vejez. Es el área de la salud en la mayoría de los casos la pionera en incorporar dentro de sus políticas la preocupación por los mayores.

Posteriormente la tendencia ha sido incluir la institucionalidad de la vejez en los ministerios del área social, en la medida que se integran otras variables a la comprensión del fenómeno, pero en general persiste la mirada desde la consideración de los mayores como beneficiarios de políticas, desde la perspectiva de la carencia y con respuestas que buscan compensar la vulnerabilidad. En general es una trayectoria similar a la que han experimentado otras respuestas desde el Estado a poblaciones consideradas en condición de desventaja como las políticas de infancia o hacia las mujeres.

Independiente de la diversidad entre los países, la perspectiva de los derechos humanos ha ido impregnando la institucionalidad sobre el envejecimiento y en la actualidad se instala como una realidad incuestionable y como la base desde donde se plantean las políticas públicas. El Estado y los ciudadanos construyen un acuerdo común y es en esa relación donde se legitima el discurso social que se problematiza, dando como resultado una respuesta institucional. En países como los nuestros, donde se mantienen profundas desigualdades e inequidades estructurales, la desigualdad y la debilidad institucional son fenómenos interdependientes y en la práctica no favorecen el cambio, perpetuado la vulnerabilidad.

Los acontecimientos más relevantes que influyeron en la institucionalidad destinada a las personas mayores y que permitieron derivar hacia un tratamiento más integral de la temática son: Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de Viena, realizada el año 1982; la declaración del año 1999 por parte de las Naciones Unidas como el Año Internacional

de las Personas Mayores y Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, realizada en Madrid el 2002. Ellos permitieron promover un cambio de perspectiva en relación a las personas mayores y derivar hacia enfoques más integrales en el tratamiento gubernamental de los asuntos vinculados a este grupo social (CEPAL, 2016).

Un hito ampliamente anhelado ha sido la reciente Convención Interamericana Sobre La Protección De Los Derechos Humanos De Las Personas Mayores (OEA, 2017), como corolario de los esfuerzos a nivel mundial y regional para concordar principios rectores que orienten las políticas de envejecimiento de los países miembros. Este es sin duda un éxito ya que instala a los mayores como sujetos de derecho y es un desafío para las naciones adecuarse progresivamente a los principios de la convención plantea como objetivo: *promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad* (OEA 2017, p. 3).

Las políticas públicas han derivado paulatinamente desde una perspectiva vertical y heterónoma hacia una construcción desde los derechos humanos, distando mucho aún de la instalación de este paradigma en todos los ámbitos del quehacer social, pero es un primer paso hacia la consideración de las personas como titulares de derechos por parte del Estado y con ello, el empoderamiento y una mayor equilibrio de poder entre los intervinientes (Abramovich, 2006).

La inclusión de los interesados es el primer paso para una construcción de política desde la perspectiva de derechos. En una breve revisión de las políticas de envejecimiento de los países de América del Sur como Argentina, Chile, Uruguay, Perú y Colombia, se puede constatar que las personas mayores han tenido diversos niveles de participación y al menos a nivel declarativo se incorporan los principios rectores concordados

desde la Asamblea de Madrid y reafirmados en las diversas instancia donde se ha abordado el tema del envejecimiento.

Pendiente está aún una mayor articulación y coordinación de las acciones, la incorporación de la perspectiva de género, no sólo en las políticas de envejecimiento, sino en los diversos ámbitos atendiendo a los factores que derivan en trayectorias de vulnerabilidad para hombres y mujeres. La amplia diversidad de experiencias de envejecimiento, unido a los pendientes respecto a desigualdad en nuestros países, conlleva un amplio desafío no sólo para los responsables de generar respuestas institucionales, sino a toda la sociedad.

### **Referencias bibliográficas**

- Abramovich, V. (2006). Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. *Revista de la CEPAL*, 88, 35-50.
- Carreras, J. S., Pinazo, S., & Sánchez, M. (2008). La construcción de los conceptos y su uso en las políticas sociales orientadas a la vejez: la noción de exclusión y vulnerabilidad en el marco del envejecimiento. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, 75, 75-94.
- Cotlear, D. (Ed.) (2011). *Envejecimiento de la población: ¿está preparada América Latina?. Envejecimiento de la población*. Colombia: Mayol.
- Esquivel, L. R., Calleja, A. M. M., Hernández, I. M., Medellín, M. P. O., & Paz, M. T. H. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*, 1, 47-56.
- Ferraro, K.F., & Shippee, T.P. (2009). Aging and cumulative inequality: How does inequality get under the skin?. *The Gerontologist*, 49(3), 333-343.
- Gasparini, L., Crosta, F., Haimovich, F., Alvarez, B., Ham, A., Sánchez, R., & Bertranou, F. (2008). Un piso de protección social en América Latina: costos fiscales e impactos sociales. La Plata: CEDLAS.

- Gibbs, B. G., & Heaton, T. B. (2014). Drop out from primary to secondary school in Mexico: A life course perspective. *International Journal of Educational Development*, 36, 63-71.
- Gutiérrez, E., & Ríos, P. (2006). Envejecimiento y campo de la edad: elementos sobre la pertinencia del conocimiento gerontológico. *Última Década*, 14(25), 11-41.
- Huenchuan, S. (2011). Envejecimiento e institucionalidad para el cuidado de las personas mayores. En: Las familias latinoamericanas interrogadas: hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas (pp. 163-169). Santiago: CEPAL, 2011.
- Huenchuan, S., & Morlachetti, A. (2006). Análisis de los instrumentos internacionales y nacionales de derechos humanos de las personas mayores. *Notas de Población*, 81, 50-51.
- Huenchuán, S., Fassio, A., Carlos, S., Osorio, P., Miño, A., Batthyany, K., & Paredes, M. (2010). Envejecimiento, género y políticas públicas. Nieve-Espacio Interdisciplinario (Comps). Envejecimiento y Género: Acercamiento a la situación específica de las mujeres mayores en América Latina ya las recomendaciones internacionales. Montevideo: Ediciones Lucida.
- Naciones Unidas (2017) El desarrollo en un mundo que envejece. New York: ONU.
- OEA (2017). Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. *Cuaderno Jurídico y Político*, 2(7), 65-89.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2016). Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos. Washington, D.C.: OMS.



## CAPÍTULO 3

### **La gerontología comunitaria: poder, comunidad y vejez**

Ricardo Iacub

*Universidad de Buenos Aires*

Claudia Arias

*Universidad Nacional de Mar del Plata*

#### **Ejes de la gerontología comunitaria**

La posición de poder y la inclusión en la comunidad son ejes de análisis para evaluar e intervenir sobre el sujeto y la sociedad durante el curso vital. Los cambios y desequilibrios en los espacios de poder, así como la pérdida del sentido de pertenencia de un determinado grupo o individuo, evidencian las complejas, heterogéneas y dinámicas políticas sobre la edad (Iacub, 2002, 2006, 2011, 2013a) así como tienen efectos a nivel de la identidad en los sujetos (Iacub, 2002, 2006, 2011). Ambos ejes son los resultantes de una serie de coyunturas socio-históricas tanto a nivel social como individual que conforman modos de envejecer y ser viejos; al tiempo que son constructores de sentidos y propuestas para interpretar, abordar y transformar la realidad.

El término comunidad no supone necesariamente un enclave determinado (ya sea geográfico, étnico o religioso), sino una serie de espacios simbólicos o reales en los que se constituye una conciencia compartida, o identidad comunitaria, asociada a ciertos valores y rasgos comunes, que posibilite al sujeto sentirse parte de una red de intercambios afectivos, cognitivos e instrumentales. De esta manera, se destacan para los propósitos de este artículo dos ejes de significado del término de comunidad. La primera es una proyección utópica (De Marinis, 2010) que permite imaginar, comprender e interpretar un decurso social distinto, así como viabilizar a los

individuos, grupos y sectores sociales en pos de dicho ideal; en segundo término es una vivencia efectiva que permite sentirse parte, desarrollar capacidades, fomentar recursos, modificar problemas y generar transformaciones, así como mantener el control y poder sobre los ámbitos en los que se desenvuelven (Montero, 1984). Por esta razón, se evitará pensar a los grupos, en sus diversas escalas, como comunidades si no cumplen con los ejes antes citados. La “posición de poder” será considerada a partir de la noción de empoderamiento, no porque una se subsuma a la otra, sino porque permite situar un término con una trayectoria dentro de lo comunitario y por otro lado se asume en una construcción dinámica del poder, relativa al incremento en la percepción de capacidad para manejar e intervenir sobre el entorno, desde el individuo hasta los micro y macro contextos.

La Gerontología Comunitaria genera una lectura política, ya que se propone la construcción de poder y de ámbitos de pertenencia, donde el bienestar y la libertad de los adultos mayores se cuestionen y encuentren formas de realización. Para ello resulta importante la reflexión crítica, la investigación disponible y un fuerte anclaje ideológico desde donde se fundamenta la toma de decisiones con el fin de alcanzar ciertos objetivos. Planteo que implica un modo de operar con diversos grupos sociales cuyo fin es una proyección utópica (De Marinis, 2010) que dé lugar al empoderamiento y a una vivencia comunitaria. En la actualidad los adultos mayores presentan situaciones de desventaja con respecto al conjunto de la sociedad en donde emergen creencias, imágenes y actitudes negativas, así como situaciones de discriminación, abuso y violencia. De igual manera hallamos cambios en los entornos, desde los sociales, físicos y psicológicos del adulto mayor que afectan los niveles de integración, participación, planificación y control sobre las diversas esferas de desarrollo personal, lo que puede acarrear vivencias de desempoderamiento, exclusión, inseguridad, menor autoeficacia y autoconcepto. Este

conjunto de cambios fueron interpretados de diversos modos, muchas veces fragmentarios y reduccionistas, que soslayaron la multiplicidad de enfoques que requiere la complejidad del fenómeno del envejecimiento. En este marco cultural y social es donde emerge la Gerontología Comunitaria como una perspectiva que abarca desde la crítica cultural a los modelos vigentes, los desafíos políticos relativos a la modificación de las desventajas de este grupo social, la multiplicidad de abordajes de “las vejeces” generadas por tejidos diferenciales, ya sea de clase social, de género, de etnias, etc., los conocimientos multidisciplinarios y finalmente las prácticas que requieren interpretar un contexto, un momento histórico y un sujeto producido para poder impactar en un cambio social e individual.

### **La importancia de la perspectiva crítica**

La deconstrucción de ciertos paradigmas en los que se basa la gerontología resulta útil para dar cuenta de las continuas transformaciones que tienen los conceptos de envejecimiento y vejez y de su incidencia en los modos de vida de los adultos mayores. Aun cuando nuestra generación ha cuestionado y relativizado la centralidad de la problematización de la vejez en relación a la cuestión de la enfermedad, este factor no debería suponer un término de las lecturas críticas sino uno de sus momentos o variantes del relato. Factor que lleva a no poder dejar de pensar críticamente a las diversas narrativas que componen los modos de entender y pensar el envejecimiento y la vejez e incluso a la gerontología misma. Resulta necesario atender a la dinámica de las representaciones y a los modos de dar sentido a las realidades actuales y por venir, ya que el gerontólogo es hoy uno de los actores de peso dentro de la construcción de los relatos posibles y de las prácticas sociales con la vejez.

Lo social no es un todo homogéneo, sino la resultante de relatos y prácticas cambiantes e inestables que cuentan con

mayor o menor nivel de hegemonía. Su derrotero no resulta un camino totalmente previsible, sino que implica márgenes de indeterminación, de construcción ideológica y de tensión entre fuerzas. En este sentido la Gerontología Comunitaria se basa en un paradigma de la complejidad ya que reconoce que la realidad no puede contemplarse desde un pensamiento reduccionista, disyuntivo, simplificador y acrítico. Por ello, toda visión de conjunto permite niveles de organización posible pero sin dejar de lado los inevitables niveles de incertidumbre. Este modo de comprensión supone dar cuenta de las variantes discursivas que conforman un decir y un hacer sobre una temática y su sujeto, establecidos en base a mecanismos de poder que producen tales saberes, modos de agrupamientos y tipos de identidad (Iacub, 2012, 2014).

Los relatos están en permanente interlocución con otros que cuestionan, critican e interpelan, generando inestabilidades y transformaciones en el tiempo. Estas decodificaciones resultan fundamentales para poder salir de los espacios de significados dominantes y abordar los significados emergentes, particularmente cuando hablamos de temas o grupos humanos que resultan afectados por discursos que los marginan o reducen sus significados (Iacub, 2016b). La producción de conocimiento puede basarse en modelos poco explicitados o sesgados, de allí que “desenmascarar” la forma en que se constituye ese conocimiento y el uso social que este discurso permite o limita resulta fundamental (Iacub, 2011).

Las perspectivas sobre la vejez disputan espacios de control sobre los relatos de lo social, estableciendo concepciones e identidades diversas, así como también estrategias de transformación. Uno de los ejemplos emblemáticos que entran en conflicto con la “gerontología” es el discurso “*anti edad*”. Los relatos que componen el andamiaje de la gerontología aceptan los cambios vitales como esperables al desarrollo humano y añaden una multiplicidad de lecturas, a partir de diversas disciplinas, que promueven valores, terminologías y formas de

comprensión originales. Su propuesta ideológica lleva a la integración y aceptación social de esta etapa, aunque en marcos diferenciados a otras edades. Los relatos sobre la noción de “anti edad” (o popularmente *anti age*) argumentan el proceso de envejecimiento como una suma de pérdidas, patologías o deformaciones que llevan a atenderlo desde una perspectiva biomédica y donde la propuesta es la erradicación. Cada una construye su campo de poder específico a partir de un relato preñado de ideología donde se definen los contornos del objeto, el envejecimiento y la vejez, las definiciones de lo normal y lo patológico, las formas de integración ciudadana, etc., constituyendo de esa manera los efectos de control y manejo sobre el objeto.

Klein (1990) sostiene que cada “campo de conocimiento” implica una particular cosmovisión que organiza y concentra la experiencia, lo que determina que las preguntas que se piensen o formulen se encuentren limitadas al material, los métodos y los conceptos que se utilizan previamente, es decir a los relatos desde donde se construyó dicho campo. Katz (1996) considera que “son superficies retóricas que oscurecen órdenes políticos y jerárquicos más profundos” (p. 2). Por esta razón, resulta necesario revisar el sentido ideológico del conocimiento y las prácticas producidas, pero así también la vigilancia epistemológica, es decir donde los conocimientos científicos permitan cuestionar, criticar y reformular los enfoques alcanzados. Abordar críticamente los campos de conocimiento, donde se incluyen los conjuntos de relatos e imágenes o cualquier forma de narración sobre el envejecimiento y la vejez, permite conocer las posiciones de poder que producen, fijan y promueven en el conjunto social (Iacub, 2013c, 2016a). El objetivo en este nivel es situar y debatir el rol y el valor social de los adultos mayores.

Esta cuestión lleva a estar atentos a dichos procesos, lo cual constituye la base crítica sobre la que se asienta el discurso comunitario, aunque a su vez, este último toma posición

y elige una alternativa relativa a las posibilidades concretas de un momento sociohistórico y de contextos específicos que den lugar a las multiplicidades de opciones. Alternativa que no se encuentra exenta de críticas pero que puede resultar una de las mejores posibilidades en un momento específico, leído desde cierta comunidad de sentidos.

## **El salto a lo comunitario**

La palabra “comunidad” tiene su origen en el término latino *communitas* y toma como eje las características compartidas de un determinado conjunto, tanto a nivel político (nación), de una cultura o religión, de intereses y posibilidades compartidas y finalmente de un sentido de identidad.

La comunidad aparece en las referencias semánticas como aquellos aspectos que unen a los sujetos entre sí como variable elegida, aunque al mismo tiempo puede ser concebida como una lectura externa que agrupa a ciertos sujetos por referir elementos que se le suponen específicos y compartidos, como un mismo lugar de vivienda o características de edad, étnica o religión específicas.

De Marinis (2010) encuentra que en las definiciones populares aparece una connotación positiva, del orden de la “fraternidad”, la “unidad”, la “unión”, la “solidaridad”, la “comunióón” y la “cohesión”, de aquello que compartimos y nos distingue de los otros, de lo que nos identifica como lo que somos, de lo que habla de nuestros orígenes y legados culturales, nuestras inclinaciones, gustos, afanes y, probablemente también, nuestros destinos compartidos.

Lo común no implica falta de diferencias, ni dejar de considerar que lo diferente y lo semejante son espacios que alternan, varían y se constituyen en contextos de significados dinámicos y complejos. Sin embargo ciertos niveles de unidad y semejanza dan lugar a mayores niveles de integración que congrega intereses, afinidades, necesidades, etc. Esto implica

la puesta en juego de momentos de unidad, sin que implique criterios esencialistas y trascendentes acerca de lo que resulta propio o común a cierto grupo (Iacub, 2012).

La proyección utópica puede ser un marco ideal que permita un espacio cierto de encuentros y de esta manera incrementa la posibilidad de sentirse parte y de aumentar el poder. Para Max Weber (2006) la comunidad se basa en una relación social en la medida que se inspire en el sentimiento subjetivo (afectivo o tradicional) de los participantes de constituir un todo a partir de una razón incluyente (De Marinis, 2010).

Las diferencias que se generan en torno a ciertas alteridades de la cultura occidental, como las variedades de género, étnicas, religiosas, no resultan elementos propios a toda cultura, ni siquiera a nivel intracultural. Son devenires históricos que alojan o rechazan ciertas características y no otras, o que promueven ciertos ideales en detrimento de otros. Por esta razón hablar de comunidad no implica referir a una serie de enunciados inmutables, sino de aquello que resulta útil sostener como factor aglutinante e integrador en un determinado contexto socio-histórico.

Montero (2004) define la comunidad como un conjunto de individuos que se encuentran en transformación y desarrollo y que tienen una relación de pertenencia entre sí, con una identidad social y una suma de criterios compartidos que promueven una conciencia “para sí”. Cuando esta forma de conciencia se pone en acto, es decir cuando el conjunto puede reclamar por lo que considera que le corresponde, se genera una mayor interacción e integración social. Por ello De Marinis (2010) señala que la “proyección utópica” (p. 7) permite dar lugar a la “imaginación política” (p. 7) y a la realización comunitaria.

Sarason (1974) presenta el sentido psicológico de comunidad, donde la percepción individual toma un valor central. Sus definiciones refieren a “una red de relaciones de apoyo mutuo de la que uno puede depender” (p. 1), así como a “la

percepción de similitud con otros, reconocimiento de la interdependencia con los demás, la voluntad de mantener esa interdependencia dando o haciendo por otros lo que uno espera de ellos, [y] el sentimiento de que uno es parte de una estructura más amplia, estable y fiable” (p. 157). En esta misma línea McMillan & Chavis (1986), agregan “una fe compartida en que las necesidades de los miembros serán atendidas a través del compromiso de estar juntos” (p. 9).

Estas concepciones resultan oportunas por dos factores: por un lado pensar la comunidad desde estos atributos la define de un modo más claro y no se confunde con sociedad u otra agrupación alternativa que pierda de vista el lazo que la compone; por el otro, en la posmodernidad o modernidad tardía, los ordenadores tradicionales, tales como el grupo étnico, nacional, religioso o incluso la familia dejan de producir sentidos de comunidad o de afiliación necesaria y única. Por ello en los modelos actuales aparecen comunidades más elegidas e incluso múltiples y hasta contradictorias. Maya Jariego (2004), sostiene que el surgimiento de formas comunitarias tiene características nuevas y marcadas por el individualismo y la personalización de las prácticas sociales (Maya Jariego, 2002; Smith & Kollock, 1999; Wellman, 2001).

Las nuevas organizaciones emergentes para o con adultos mayores se están componiendo de maneras inusuales en relación a los de una generación anterior. Las propuestas de espacios específicos para este segmento permitieron agrupar a los mayores entre sí y generan un espacio que tradicionalmente le incumbía a la familia. Estos cambios se insertan en variables más amplias que se asocian con transformaciones en el mundo laboral, social, filosófico y hasta económico y donde la propia sociedad produce formas de nucleamiento que pueden, en ciertos casos, generar espacios comunitarios

Elías (1990) señala que: “La configuración social de las relaciones humanas no ha extinguido la necesidad elemental que todo individuo tiene de calor y espontaneidad en su rela-

ción con otros, no ha hecho desaparecer el deseo de seguridad y estabilidad de la afirmación emocional de la propia persona a través de las demás, ni su contrapartida, la necesidad de convivir con otras personas con las que se está a gusto. La gran diferenciación de la sociedad, que va de la mano de una gran diferenciación de las personas particulares, con una marcada individualización, conlleva una enorme multiplicidad y variabilidad de las relaciones personales” (p. 235).

Como ejemplo de sentido de comunidad, podemos ver esta persona siendo parte de un centro de adultos mayores:

“Yo paso todo el día acá, me distraigo, vengo todos los días, encontré un lugar y momentos para compartir. Encontré una satisfacción bárbara, me hice de muchísimos amigos y eso que jamás pensé estar acá y conocer cosas y gente. Yo siempre fui de campo y no conocía nada más que los pueblitos donde trabajaba, ahora me siento menos solo, no sé cómo explicarlo, soy medio corto de palabras pero creo que esto, si uno lo sabe aprovechar, sirve mucho. La gente debería venir más, tener más unión. Yo me siento muy bien formando parte de este grupo, dejé de estar solo, no tenía donde ir ni con quien, hasta que llegué acá y acá estoy. Creo que muchos llegan por lo mismo, por soledad y acá entre todos nos hacemos compañía” (Iacub, 2001, p. 95).

El “salto a lo comunitario” está dado por la capacidad de expresar, a partir de una reflexión crítica, la construcción de prácticas o intervenciones donde el foco esté puesto en la organización de comunidades que se otorguen nuevas formas de resolución a los desafíos y generen transformaciones colectivas.

Siguiendo la perspectiva comunitaria de Montero (2004), aunque considerada en relación a la cuestión de la Gerontología, considerar el fenómeno del envejecimiento focalizando el contexto cultural y social en el cual surge; tomando las vejeces

como fenómenos dinámicos, con sujetos grupos o sociedades que sean agentes de transformación y constructores de la realidad en que viven; incluyendo las limitaciones biopsicosociales aunque a su vez confiando en las fortalezas y capacidades que se potencian comunalmente; considerando la relatividad cultural y las diversidades de envejecimientos; sabiendo que todo problema es complejo y sus motivos y soluciones parten de la multiplicidad de causas que se generan; teniendo una orientación hacia la transformación y el desarrollo comunitario, que se arraiga tanto en las formas de investigación como de intervención; enfocando en la agentividad que lleva a dotar de control y poder a los que se sientan implicados, y finalmente movilizándolo a partir de una búsqueda de un bien para la comunidad, que pueda convertirse en un vector político de transformación comunitaria.

En este sentido, resulta importante considerar que la comunidad, en este caso, no necesariamente se nutre por adultos mayores, o por los miembros de un barrio o grupo de autoayuda, sino que en las mismas se incluyen profesionales u otros actores que tienen intereses comunes y son parte de los procesos de encuentro y transformación. La diferencia fundamental con otras metodologías es que el conocimiento se comparte y se construye comunalmente, confiando en los recursos de la gente para sortear y desafiar las dificultades.

## **El empoderamiento como cambio ideológico**

La noción de empoderamiento remite a grupos con demandas específicas que bregaban por cambios puntuales, como evitar los aumentos de precios en los supermercados británicos, o frente a niveles de discriminación hacia grupos particulares, como negros o mujeres. Detrás de estos movimientos se construyeron argumentaciones que establecieron esta particular forma de reivindicación, como el poder negro, el feminismo, y marcos teóricos que se plegaron a estos mo-

vimientos dándole fundamentos como desde el psicoanálisis, la psicología social o la teología de la liberación (Simon, 1994; Cornwall & Brock 2005; Calves, 2009).

El Cornell Empowerment Group concibe al empoderamiento como “un proceso intencional centrado en la comunidad local, que implica respeto mutuo, reflexión crítica, participación de grupo y cuidados personales, a través del cual la gente que carece de una igual distribución de los recursos gana mayor acceso y control de los mismos” (Perkins & Zimmerman, 1995, p. 570). De esta manera es posible considerar que este término cobró resonancia para describir un proceso de cambio político originado por diversos grupos sociales que reclamaban un mayor espacio de decisiones, inclusión, reconocimiento social y una toma de conciencia “para sí”. Lo que Musitu y Buelga (2004) consideran un cambio de valores que introduce la psicología comunitaria a partir del concepto de empoderamiento.

Diversos autores destacan las dinámicas que generan empoderamiento, así como los resultados del mismo en dimensiones diferentes (Lord & Hutchison, 1993; Rowlands, 1997).

En primer término se señala la dimensión personal que requiere el desarrollo de confianza, control de sí y la creencia en la propia capacidad individual. Kieffer (1984) agrega el control psicológico o la capacidad de influencia sobre las situaciones de la vida cotidiana y la participación comunitaria. Este proceso es correlativo de la toma de conciencia de las dinámicas del poder que operan en el contexto vital y generan una opresión interiorizada (McWhirter, 1991). En segundo término, las relaciones próximas es otro de los espacios donde resulta necesario el desarrollo de la capacidad de negociar e influir frente a otros que pueden tener un alto nivel de incidencia sobre el sujeto. Presby, Wandersman, Florin, Rich & Chavis, (1990) agrega que los pequeños grupos generan empoderamiento en tanto incluyen experiencias compartidas, análisis e influencia de los grupos sobre los propios esfuerzos.

En tercer término, la dimensión colectiva surge en relación al grupo como referencia potenciadora del sí mismo y donde el empoderamiento se relaciona con la utilización de recursos y estrategias para aumentar el control comunitario (Labonte, 1989).

La interacción entre cada una de estas dimensiones es permanente, aunque si podemos ver como los pequeños grupos tienen una influencia muy fuerte sobre lo individual y lo comunitario. La ideología que trasunta toma en cuenta la posición del oprimido, o de aquellos cuyas situaciones relativas al poder se encuentran en una situación de desventaja, para desde allí fortalecer su posición individual y colectiva, lo que redundaría en una ganancia de poder y sobrepasar las estructuras de dominación que sumían a un sujeto (Wise, 2005).

La noción de “conciencia dominada” de Paulo Freire (1968) ofrece una metodología que supone tomar conciencia de su situación, de sí mismo como sujeto, y que le facilite obtener “instrumentos que permitirían tomar decisiones” y volverse “políticamente consciente” (Freire, 1974). Para que desde allí el oprimido pase a una posición que vaya de la comprensión a la acción transformadora.

Desde la Posgerontología (Iacub, 2002; 2013a, 2013b) la cuestión del poder en la vejez interpela al gerontólogo a la mayor contextualización de las prácticas y de las posiciones teóricas en la medida que ante cada intervención resultaría necesario especificar las representaciones de vejez que rigen en ese contexto; el sujeto producido, y las propias representaciones disciplinarias desde donde cada uno actúa. Tomando a la gerontología como una respuesta política ante una coyuntura cultural, en donde emergen situaciones de injusticia que se traducen en discriminación y violencia cultural frente a los adultos mayores (Iacub, 2011, 2013b) o como señalaba Moody (1993) generando un conocimiento emancipatorio.

La suma de procesos que conlleva le otorga al término una complejidad en donde se procesan múltiples mecanismos

que permiten abordar desde el fenómeno político hasta los recursos para llevar adelante la puesta en marcha de una toma de conciencia que permita la transformación.

## **Las políticas de edades**

La situación de la vejez, con relación a los usos del poder, ha sido diferente a lo largo de la historia occidental: hubo momentos de alta valoración, e incluso de gerontocracias, y etapas de crítica, denigración y negación. Estas variaciones dependen de culturas, momentos históricos, recambios de poder, tipos de economías, etcétera. Las políticas de edades regulan las representaciones del envejecimiento y la vejez en la medida que asignan significados, proponen prácticas sociales y ejercen controles sobre el desenvolvimiento de los individuos. Es decir que funcionan como mecanismos que legitiman y regulan los criterios de edad, estableciendo roles y funciones, obligaciones y permisos (Iacub, 2011, 2012, 2014).

En la actualidad, hallamos valoraciones múltiples, aun cuando existan algunos parámetros preeminentes. La representación de la vejez suele ser negativa. Se la reduce a una cuestión de deterioro, sin tomar en cuenta la riqueza que puede tener esta etapa vital y las enormes potencialidades de los adultos mayores. Por esta razón Thursz (1995) considera que el concepto de empoderamiento está basado en la convicción de que debería haber una fuerza alternativa contra los mitos populares de dependencia sobre las personas mayores. Esta cuestión resulta clave para alcanzar una sociedad más inclusiva, al tiempo que es uno de los factores que determinan la importancia del discurso gerontológico actual y de todo un profundo cambio en los modos de pensar y abordar esta etapa vital.

Uno de los cambios a nivel de la conciencia colectiva que se produjo en relación a la vejez es la definición del término “viejismo” que aglutina un conjunto de prejuicios y estereotipos. El mismo fue acuñado por el psiquiatra norteamericano

Robert Butler (1969) y alude al conjunto de prejuicios y estereotipos sobre el envejecimiento y la vejez. Lo define como una alteración en los sentimientos, creencias o comportamientos en respuesta a la edad cronológica percibida de un individuo o un grupo de personas, donde los atributos personales son ignorados y los individuos son etiquetados de acuerdo con estereotipos negativos basados en la afiliación grupal. Creencias e imágenes negativas que los supone basados en la dificultad de aceptar el paso del tiempo. Uno de los factores más interesantes relativos a la constitución del término *viejismo* es que Butler contribuyó decisivamente a introducir un giro político en la temática (Iacub, 2011, 2012, 2013d). Este grupo de edad no solía concebirse entre los clásicos conjuntos discriminados y esta calificación ayudó a evidenciar que existe un problema hacia la vejez y los adultos mayores, y que debiera ser interpretado primariamente como un problema de la sociedad que no acepta ciertos grupos sociales.

### **El empoderamiento como recurso psicológico**

La psicología del envejecimiento ha brindado muchas contribuciones teóricas sobre el ajuste psicológico antes los cambios biológicos, psicológicos y sociales del envejecimiento. Muchos de estos hicieron hincapié en el control (Brandtstädter & Grève; 1994; Heckhausen & Schulz's, 1995), otros sobre la utilización de los recursos disponibles (Baltes, 2000), sobre la fijación de metas (Carstensen, 1992, 1995), o sobre el nivel de autoeficacia (Bandura, 1986).

El interés de pensar el empoderamiento como un recurso específico que potencia y fortalece al sujeto, permite comprender la capacidad de estimular los mecanismos psicológicos de ajuste o adaptación. Por ello diversos investigadores consideran que el empoderamiento permite incrementar los recursos, o revertir las dificultades, que se generan en la toma de decisiones (Simon, 1994) en las situaciones de apatía, alienación

(Seeman, 1959) o interés y compromiso, en la indefensión o en la esperanza aprendidas (Seligman, 1975; Zimermann, 2000), en los mecanismos de control (Rotter, 1975), o en las creencias sobre la eficacia (Bandura, 1977).

Existe otra dimensión enunciada por Berger y Neuhaus (1977) que encuentran en las organizaciones e instituciones “estructuras mediadoras” que proporcionan a los individuos oportunidades para implicarse en el devenir de la misma, reducir el sentimiento de indefensión, aprender nuevas habilidades, desarrollar el sentido de comunidad, u otras (Maya Jariego, 2004) y de empoderamiento (Zimermann, 2000).

Los ámbitos organizacionales que permiten el efecto de comunidad que venimos señalando tienen efectos concretos sobre los mecanismos de empoderamiento y se reflejan en liderazgo, creencias positivas y apoyo social (Dalton, Elias & Wandersman, 2001; Speer & Hughey, 1995).

En las últimas décadas los adultos mayores han cambiado notablemente su estilo de vida. Cada vez sus vidas trascienden los límites del hogar y del contexto exclusivamente familiar. Actualmente, un elevado número de personas mayores participa en distintos espacios de índole recreativa, social, cultural, política, educativa y artística, entre otras (Arias, 2015).

Sin duda, más allá de los objetivos explícitos y específicos que persigue cada uno de dichos espacios, establecer nuevas relaciones, conformar grupos, generar proyectos, resolver problemas, fortalecer la autoestima y propiciar el desarrollo del potencial en esta etapa de la vida son algunos de los logros adicionales de las personas mayores como individuos y como colectivo social (Iacub & Arias, 2011).

## **Concluyendo**

La Gerontología Comunitaria emerge como un instrumento eficaz para dar cuenta de una problemática compleja y dinámica, fruto de una tensión de fuerzas, donde resultan

necesarios múltiples niveles de problematizar e intervenir.

La dimensión política implica la búsqueda de la transformación positiva de la noción de envejecimiento y vejez así como de la vida de los adultos mayores. Esta posición no implica perder el compromiso con la ciencia, como referente de una interlocución permanente. Sin embargo la perspectiva crítica debe tener una posición de vigilancia hacia dónde se conduce el desarrollo científico y cuáles son los objetivos éticos que se persiguen.

En este sentido la Gerontología Comunitaria es política en la medida que traza horizontes posibles, debate, crítica y reclama espacios de poder; busca el empoderamiento de los mayores y gestiona espacios de comunidad. Por esta razón tiene dos objetivos centrales: la revisión crítica y la propuesta de intervención. Toma magnitudes micro, meso y macro que interactúan permanentemente ya que no reduce los fenómenos a criterios aislados.

Esta lectura de la Gerontología persigue la transformación de ciertas situaciones de desventaja y desafiliación en un grupo con ciertas especificidades aunque con elementos propios a otros segmentos de grupos minoritarios o aminorados socialmente. Para ello pretende ser un espacio crítico, científico y de intervención que argumente y haga posible esta suma de cambios.

### **Referencias bibliográficas**

- Arias, C. (2015). La red de apoyo social. Cambios a lo largo del ciclo vital. *Revista Kairós Gerontología*, 18(20), 149 -172.
- Baltes, P.B. (2000). *Human strengths: facets of a positive psychology*. XXVII International Congress of Psychology. Estocolmo, Suecia.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Pensamiento y acción. Fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca.
- Berger, P., & Neuhaus, R. (1977). *To empower people. The role*

- of mediating structures in public policy*. Washington, DC: American Enterprise Institute.
- Brandstädter, J., & Greve, W. (1994). The aging self: stabilizing and protective processes. *Developmental Psychology*, 25, 96-108.
- Butler, R. (1969). Age-ism: another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9, 243-246.
- Calvès, A.E. (2009). Empowerment: généalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement. *Revue Tiers Monde*, 4(200), 735-749. DOI 10.3917/rtm.200.0735
- Carstensen, L.L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 7(3), 331-338.
- Carstensen, L.L. (1995). Evidence for a life span theory of socioemotional selectivity. *Current Directions in Psychological Science*, 4(5), 151-156.
- Cornwall, A., & Brock, K. (2005). What do buzzwords do for development policy? A critical look at 'participation', 'empowerment' and 'poverty reduction'. *Third World Quarterly*, 26(7), 1043-1060.
- Dalton, J.H., Elias, M.J., & Wandersman, A. (2001). *Community psychology. Linking individuals and communities*. Stamford: Wadsworth, Thomson Learning.
- De Marinis, P. (2010). La comunidad según Max Weber: desde el tipo ideal de la *Vergemeinschaftung* hasta la comunidad de los combatientes. *Papeles del CEIC*, 1(58), 1-36.
- Elías, N. (1990). *La sociedad de los individuos ensayos*. Barcelona: Edicions 62.
- Freire, P. (1974). *Educación para el cambio social*. Buenos Aires: Tierra Nueva.
- Heckhausen, J., & Schulz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review*, 102, 284-304.
- Iacob, R. (2001). *Proyectar la vida: el desafío de los mayores*. Buenos Aires: Manantial.

- Iacub, R. (2002). La Postgerontología: hacia un renovado estudio de la gerontología. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(1-2), 155-157.
- Iacub, R. (2006). *Erótica y vejez. Perspectivas de Occidente*. Buenos Aires: Paidós.
- Iacub, R. (2011). *Identidad y envejecimiento*. Buenos Aires: Paidós.
- Iacub, R. (2012). ¿Seguimos siendo los mismos? En: Actas III Jornadas de Musicoterapia en Geriátría y Gerontología: Sonido, Salud y Vejez, dirigida por la Asociación Argentina de Musicoterapia.
- Iacub, R. (2013a). Nuevas reflexiones sobre la Posgerontología. *Revista Kairós Gerontología*, 16(4), "Dossier Gerontología Social", 295-311.
- (2013b). Nuevos paradigmas en gerontología en Nuevos paradigmas del envejecimiento en América Latina 4ta Conferencia Internacional Oxford Institute of Ageing (pp. 39-46) CIEDESS: Santiago de Chile.
- Iacub, R. (2013c). *El poder en la vejez: entre el empoderamiento y el desempoderamiento* (1a ed.). Buenos Aires: Inst. Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados - ISBN 978-987-21224-2-3. INSSJP. (Saberes Mayores).
- Iacub, R. (2013d). Identidad social y variaciones del sí mismo en la vejez, entre los discursos moderno y posmoderno, pp. 75-94. En V. Montes de Oca (coord.) *Envejecimiento en América Latina y el Caribe Enfoques en investigación y docencia de la Red Latinoamericana de Investigación en Envejecimiento* (Iarna) México: Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM.
- Iacub, R. (2014). Masculinidades en la vejez. En una sombra ya pronto serás. *Voces en el Fénix* 5(36), 38-47.
- Iacub, R. (2016a). El empoderamiento como una estrategia política de las personas mayores (pp. 293- 302) en R. Iacub (comp.) *Larna Argentina 2014: Seminario Diversi-*

- dad cultural y envejecimiento: la familia y la comunidad. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Libro digital, PDF.
- Iacub, R. (2016b). Masculinidades en la vejez (pp. 356-365). En R. Iacub, (comp.) Larna Argentina 2014: Seminario Diversidad cultural y envejecimiento: la familia y la comunidad. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Libro digital, PDF.
- Iacub, R., & Arias, C. (2011). Empoderamiento en la vejez. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2(2 11-2010 / 4-2011), 25-32.
- Katz, S. (1996). *Disciplining old age: the formation of gerontological knowledge*. Virginia: University Press of Virginia.
- Kieffer, C. (1984). Citizen empowerment: a developmental perspective. *Prevention in Human Services*, 3, 9-36.
- Klein, J. (1990). *Interdisciplinarity: history, theory and practice*. Detroit: Wayne State University Press.
- Labonte, R. (1989). Community empowerment: the need for political analysis. *Canadian Journal of Public Health*, 80(2), 87-88.
- Lord, J., & Hutchison, P. (1993). The process of empowerment: Implications for Theory and Practice. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 12(1), 5-22.
- Maya Jariego, I. (2002). En busca del mundo perdido (¿el declive de la comunidad o el auge de comunidades personales?). *Araucaria. Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades*, 7, 188-192.
- Maya Jariego, I. (2004). Sentido de comunidad y potenciación comunitaria. *Apuntes de Psicología*, 22(2), 187-211.
- Montero, M. (1984). La psicología comunitaria: orígenes, principios y fundamentos teóricos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 16(3), 387-400.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.
- Moody, H (1993). Overview: what is critical gerontology and why is it important? En T.R. Cole, W.A. Achenbaum, P.L.

- Jakobi & R. Kastenbaum (eds), *voices and visions of aging: toward a critical gerontology* (pp. XV-XLI). Nueva York: Springer.
- Musitu, G., & Buelga, S. (2004). Desarrollo comunitario y potenciación. En G. Musitu, J. Herrero, L. Cantera y M. Montenegro (Eds.), *Introducción a la psicología comunitaria* (pp. 167-195). Barcelona: UOC.
- McMillan, B., & Chavis, D.M. (1986). Sense of community: a definition and theory. *Journal of Community Psychology*, 14, 6-23.
- McWhirter, E.H. (1991). Empowerment in counseling. *Journal of Counseling and Development*, 69, 222-227.
- Perkins, D., & Zimmerman, M.A. (1995). Empowerment theory, research, and application. *American Journal of Community Psychology*, 23(5), 569-579.
- Presby, J., Wandersman, A., Florin, P., Rich, R., & Chavis, D. (1990). Benefits, costs, incentive management and participation in voluntary organizations: a means to understanding and promoting empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 18(1), 117-148.
- Rowlands, J. (1997). *Questioning Empowerment*. Oxford: Oxfam.
- Rotter, J.B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 56-67.
- Sarason, S.B. (1974). *The psychological sense of community: prospects for a community psychology*. San Francisco: Jossey Bass.
- Seeman, M. (1959). On the meaning of alienation. *American Sociological Association*, 24(6), 783-791.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness*. San Francisco: W. H. Freeman.
- Simon B., (1994). *The empowerment tradition in american social work: a history*. New York: Columbia University Press.

- Smith, M.A., & Kollock, P. (1999). *Communities in Cyberspace*. New York: Routledge.
- Speer, P.W., & Hughey, J. (1995). Community organizing: an ecological route to empowerment and power. *American Journal of Community Psychology*, 23, 729- 748.
- Thursz, D (1995). Introduction. En: D. Thursz, C. Nusberg y J. Prather (eds.), *Empowering older people. An international approach*. Westport: Auburn House.
- Weber, M, 2006 [1922]. Sobre algunas categorías de la sociología comprensiva. En M. Weber, *Ensayos sobre metodología sociológica*. Avellaneda: Amorrortu.
- Wellman, B. (2001). Physical place and cyberplace: the rise of networked individualism. *International Journal of Urban and Regional Research*, 1.
- Wise, T (2005). *White like me: Reflection on race from a privileged son*. Brooklyn, New York: Soft Skull Press.
- Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment theory: psychological, organizational, and community level of analysis. En J. Rappaport & E. Seidman, *Handbook of Community Psychology*, (43-63). New York: Kluwer Academic.



## CAPÍTULO 4

### **Las transformaciones de las familias, las personas mayores y las políticas sociales de cuidado: temas en proceso de ajuste**

Ana Castro Ríos<sup>1</sup>  
*Universidad Católica del Maule*

*“La construcción del orden está íntimamente vinculada a la producción social del espacio y del tiempo. Por un lado, el orden es creado mediante la delimitación de su entorno, estableciendo un límite entre inclusión y exclusión. No hay orden social y político sin fronteras que separen un nosotros de los otros”.*

Norbert Lechner

#### **Introducción**

Uno de los ámbitos humanos donde se representan o reflejan de manera importante todos los cambios sociales es la familia, dada su alta vinculación con la economía, la política, y la cultura; en cuanto a la economía, es productora y receptora de bienes y servicios, así como receptora de beneficios sociales. En relación con la política, es la gran intermediaria entre los individuos y el estado, así como ante otras organizaciones; también en la educación, en cuanto a los procesos de participación ciudadana y los valores y ejercicio de la democracia. En torno a la cultura, es la familia la que principalmente genera y transmite valores, tradiciones, manifestaciones culturales,

---

1. Trabajadora Social, Pontificia Universidad Católica de Chile. Máster en Educación para el Trabajo Social por The Catholic University of America, Washington D.C., Estados Unidos. Doctora en Estudio de las Sociedades Latinoamericanas, Mención Sociología, Universidad ARCIS, Chile. Académica de la Escuela de Trabajo Social, perteneciente a la Facultad de Ciencias Sociales y Económicas de la Universidad Católica del Maule.

a través del reconocido proceso de socialización. Si bien hoy la familia sigue cumpliendo con estas funciones y tareas, los cambios de la sociedad le han demandado ajustes importantes, que todavía están en evolución en las familias en general y en mayor tensión en las familias rurales en particular.

Los procesos de cambio de la modernidad se expresarían en el ámbito de la familia en temas como el ejercicio de derechos democráticos, la autonomía de sus miembros y avances en el reparto equilibrado del trabajo, de las oportunidades entre sus miembros y en la toma de decisiones familiares; la responsabilidad del cuidado de los adultos mayores.

Para conseguir lo anterior, es necesario promover la equidad social y disminuir las desigualdades sociales, y se requiere de acciones institucionales que favorezcan estos procesos. Así, en la medida que se amplíen las oportunidades educativas, laborales, de salud, se podrán producir cambios inter generacionales que sí marcarían transformaciones en la sociedad y las familias que permanezcan más sólidas en el tiempo.

En esta perspectiva, la intervención del Estado supone, entre otras múltiples acciones, ampliar las garantías públicas relacionadas con los derechos de los ciudadanos, lo que implica procesos de integración, inclusión y universalidad. De la misma manera, supone continuar con las acciones de prevención en diversas materias y especialmente en la población de mayor riesgo, según las realidades y los recursos particulares de la sociedad (Castro, 2014).

En este capítulo, junto con exponer testimonios de personas que pertenecen al seno de familias rurales, se realizará una reflexión en torno a la evolución que se ha venido dando en las estructuras familiares y la necesidad de que las políticas públicas asuman los retos para hacerse cargo del actual panorama de necesidades de la población y, en especial, de las políticas de cuidado para la población de personas mayores.

## **¿Cuáles son las mayores transformaciones de las familias en América Latina?**

Históricamente las familias latinoamericanas han venido ejecutando funciones esenciales como la socialización y el cuidado de sus miembros, permitiendo, sin duda en diferentes niveles de desarrollo según el acceso de éstas a bienes y servicios, el bienestar de los niños, jóvenes, adultos y personas mayores que la conforman (Castro, 2014). En este sentido, las familias siguen siendo protagonistas del desarrollo de sus miembros y por tanto los cambios en su estructura y formas de funcionamiento deben interesarnos como áreas de estudio y de intervención social.

“La transición demográfica se refiere a la transición de regímenes de tasas de mortalidad y fecundidad altas a regímenes de tasas de mortalidad y de fecundidad bajas. Estos cambios han ocurrido en paralelo con el desarrollo económico, la transición entre sistemas económicos pre-industriales predominantemente rurales a sistemas económicos industriales y predominantemente urbanos, y diversos cambios socio-culturales” (Ullman, Maldonado & Nieves, 2014, p. 25).

Estas transformaciones en Latinoamérica, presentan una heterogeneidad relacionada estrechamente al nivel de desarrollo económico alcanzado por los países, las pautas socio-culturales dominantes y las tendencias demográficas en cada país.

Siguiendo los datos entregados por los autores anteriormente indicados, Chile, está catalogado en una etapa de transición demográfica *muy avanzada*, es decir, se han alcanzado niveles bajos en fecundidad y mortalidad, y en cuanto al crecimiento de la población muy baja o nula; esto se evidencia en un descenso en los hogares nucleares biparentales y, en para-

lelo, un incremento de la proporción de hogares unipersonales y nucleares sin hijos (Arriagada, 2001, 2002, 2004).

Los antecedentes para estos cambios son evidentes en el caso de las familias urbanas: la postergación del matrimonio y la fecundidad, sumado a la decisión de algunas parejas de no tener hijos por el desarrollo de proyectos personales, contribuyen directamente al aumento de hogares nucleares sin hijos.

También la elevada y creciente esperanza de vida, así como la esperanza de vida –activa y autónoma–, y por consiguiente el aumento pronunciado en la población de personas mayores, ayudan a explicar la presencia de cada vez más hogares unipersonales. Mientras que en décadas pasadas la norma era que estos se incorporaban a los hogares de sus hijos o familiares, creando así familias extensas, ahora conforman hogares unipersonales con cada vez mayor frecuencia (Ullman et al, 2014, p. 27).<sup>2</sup>

Si bien estas tendencias son claras y observables en el ámbito urbano, las transformaciones de las familias rurales han venido evolucionando un poco más lento. Así lo han confirmado los estudios de Irma Arriagada desde la década de los 90 en la CEPAL y los estudios que la propia autora ha venido realizando en una de las zonas más rurales del país, como lo es la región del Maule (2007 en adelante).

En este punto se rescatan, los cambios que las propias familias indican que se han ido produciendo en el ámbito rural. A partir de un estudio de caso cualitativo, se realizaron entrevistas en profundidad, durante más de cuatro meses el año 2007 a siete familias rurales (número que alcanzó a saturar la información), con presencia de a lo menos tres generaciones

---

2. Se retomará más adelante la estructura de familias extensas, presentes aún en las familias rurales de Chile.

en su estructura, de las zonas de Rauco, Teno y Romeral, ubicadas cerca de Curicó, Región del Maule, que refieren aspectos tanto demográficos como de desarrollo económico:

- **Disminución de número de hijos:** ellos hacen una comparación con las extensas familias de los abuelos, que alcanzaban desde 23, 13, 11 y 8 hijos, con la de los padres que ya disminuyen a 5, 4 y 3. Las generaciones más jóvenes piensan en 2 ó 3 hijos como máximo. Esta visión y experiencia coincide en todas las familias entrevistadas.

- **Aumento de los años de escolaridad en las nuevas generaciones:** las familias entrevistadas indican que las actuales generaciones han podido estudiar más años y tienen expectativas de acceder a la Universidad o Institutos de Estudios Superiores. Valoran mucho el que sus hijos, nietos alcancen más años de estudios, como una manera de tener más recursos para acceder a mejores trabajos. La frase “tienen que ser más que yo” es reiterativa en los padres. Ven la educación como una posibilidad para salir de los trabajos mal remunerados del campo y si bien reconocen las nuevas alternativas de establecimientos y becas que se han ido propiciando en sus territorios, las mejores opciones de formación se encuentran en las ciudades más grandes (Curicó, Talca), lo que entonces acarrea otro tipo de gastos a las familias y que por cierto, algunas con esfuerzo logran cubrir, pero para otras es imposible.

- **Incorporación de la mujer al trabajo:** en este punto, todos los miembros de las familias reconocen este gran cambio que han traído consigo los procesos de modernización en las zonas rurales. Lo valoran, principalmente, como la posibilidad de mejorar el ingreso familiar y contar con más recursos para los hijos. Los entrevistados relatan que en este sentido se ha producido algo que antes era *impensado* en el campo, que las mujeres compartieran las labores de la tierra con los hombres... “Antes era una admiración que Ud. viera a una joven o a una señora de más edad trabajando en el campo” (don Luis, 73 años). En otro nivel de análisis, algunas entre-

vistadas sostienen también que, con la incorporación al trabajo remunerado, la carga de tareas que debe enfrentar la mujer ha aumentado, pues las labores de casa no las ha traspasado a otro miembro de la familia. Así también, todas las actividades de crianza de los hijos, continúan a su cargo de forma principal, con la diferencia en lo rural, de que la mujer cuenta con una red familiar más amplia que permite “turnar” el cuidado de los niños, entre las mujeres de la familia, según sus horarios disponibles.

- **Aumento de convivencias en vez de la fórmula del matrimonio:** uno de los cambios señalados por las familias como notorios en lo rural, es que las parejas no están formalizando con el matrimonio su relación. Señalan ellos que, si bien “se siguen casando mucho”, hoy a diferencia de años anteriores, hay parejas que no se casan y eso ha ido en aumento. Se sigue evaluando socialmente mejor el matrimonio, pero las convivencias coexisten con el matrimonio en el mundo rural.

- **Postergación del proyecto de formación de familias por estudio o trabajo de las nuevas generaciones:** los jóvenes de las familias entrevistadas, pretenden continuar estudiando, por tanto, sus proyectos de formar familia se suspenden en el tiempo al logro de esto. Por otra parte, quienes después de la enseñanza media aspiran a incorporarse inmediatamente al trabajo formal, no necesariamente tienen dentro de sus proyectos de vida formar familias en el corto plazo.

- **Las condiciones de vida han mejorado notablemente en el campo:** uno de los aspectos que marcó unanimidad en las familias entrevistadas, fue el hecho de que las condiciones de vida han mejorado para las personas que viven en sectores rurales. Las condiciones de pobreza a las que hacían alusión las personas mayores especialmente, no guardan relación con las posibilidades y recursos con los que hoy cuentan. Para ellos claramente ha habido avances en el sector rural en cuanto a mejoramiento de la conectividad, acceso a servicios como educación, salud, comercio, entre otros. La valoración

más importante realizada por las personas, tiene que ver con enfrentar hoy “una vida menos sacrificada...antes a las cinco de la mañana recuerdo levantada, acarreando animales con mi mamá” (Sra. Baleria, 40 años).

En este punto, es importante destacar que una de las diferencias sustanciales entre las familias urbanas anteriormente indicadas, es todavía el mantenimiento de la estructura de las familias extensas en los espacios rurales; esto especialmente, para efectos del cuidado de los niños y los personas mayores (Castro, Saavedra & Saavedra, 2010).

Una de las hijas mujeres será la que se quedará a cargo del cuidado de los padres adultos y por tanto de los sobrinos que estudian en las ciudades más grandes de alrededor de la casa rural. “Yo no tengo hijos...pero he criado a casi todos mis sobrinos, junto con cuidar a mis padres ahora viejitos...a mí me tocó, pero yo lo hago feliz, así los chiquillos pueden estudiar y mis hermanos están tranquilos en sus trabajos...” (Sra. Rosa, 58 años).

Para estas familias entrevistadas, el cuidado en las áreas rurales está radicado en las familias y no tanto en los servicios dados por las políticas sociales.

### **¿Qué ha pasado con las políticas sociales y de cuidado a propósito de los cambios familiares?**

Parece importante recalcar que los cambios relacionados con la fecundidad, los cambios en los patrones de participación laboral femenina y los cambios más generales en las estructuras de las familias latinoamericanas, no han ido acompañados por cambios paralelos en la manera como se organizan y reparten las responsabilidades domésticas y de cuidado dentro del hogar. Estas siguen a cargo de manera importante, de las mujeres; son ellas las que una vez terminadas las labores remuneradas fuera del hogar, deben retomar las responsabilidades domésticas que no han sido asumidas por los demás

miembros, o sólo lo han sido en calidad de “ayuda” secundaria (Valdés, 2007).

En el contexto rural, como se indicó, las redes de ayuda están todavía, principalmente vinculadas a las mujeres de la propia familia que asumen el cuidado de niños y personas mayores, y que por diversas razones han ido asumiendo este rol. Lo hacen ya sea en sus propios hogares, o en la mayoría de los casos, en la propiedad de sus padres, que pasa a convertirse en el eje de la vida familiar. Esto en cambio, ya no es condición para las familias urbanas.

Según Nieves y Robles (2016), el cuidado es fundamental para el bienestar y desarrollo de las personas, por tanto la irrupción más reciente del cuidado en la agenda regional de políticas públicas y los regímenes de bienestar ha estado impactada por la expansión de la noción de la llamada *crisis de los cuidados*.

Esta crisis tiene relación con los elementos antes expuestos, en relación a los cambios demográficos, el envejecimiento progresivo y la creciente participación laboral de las mujeres, aunque todavía en desiguales condiciones. Los arreglos familiares, por mucho tiempo suponían a las mujeres (y aún lo hacen) como encargadas primordiales de los diferentes miembros de la familia; sin embargo hoy las exigencias puestas a las mujeres por la propia sociedad, en el ámbito del trabajo remunerado, no están permitiendo compatibilizar el cuidado *no remunerado* de éstas a sus familias (niños y personas mayores de manera sustancial) (Caro, 2016).

Se torna perentorio entonces, para las políticas públicas, asumir el estado de estas transformaciones y las urgentes medidas para reorientar lo que aún se mantiene como exigencia a las familias. Con ello se cuestionan las bases institucionales que definen quién debe asumir los costos de la reproducción social y cómo se distribuye la carga de cuidado en las sociedades (Nieves & Robles, 2016).

Mantener las condiciones de la responsabilidad del cui-

dado en las mujeres, sostiene en el tiempo un trabajo no remunerado a expensas de su autonomía económica y sin políticas sociales que regulen esa situación, aumentando los contextos de precariedad para que estas enfrenten además su propia vejez. En estratos empobrecidos, haberse hecho cargo de los hijos y sus padres, finalmente las deja en desamparo.

Las políticas de cuidado, en el caso de las personas mayores, además deben considerar aspectos más amplios, refiriéndose también a la regulación de las instituciones prestadoras de servicios y la atención especializada de salud. Los gastos que esto demanda, son otro elemento que termina tensionando aún más a las familias.

Se trata entonces, de que las políticas junto con satisfacer un conjunto de necesidades, contribuyan a redefinir culturalmente la división sexual del trabajo y la asignación de la responsabilidad del cuidado a las mujeres en la familia; esto para hacerse cargo plenamente del enfoque de derecho de sus ciudadanos, en una propuesta del reparto equilibrado del trabajo doméstico (al menos).

## **Las políticas públicas para las personas mayores**

Nos señalan Kornfeld, Abusleme y Massad (2016) que en los últimos 30 años, la población del país ha experimentado un proceso de envejecimiento acelerado y sin precedentes históricos.

Según las cifras aportadas por el censo 2012, hasta 1970 las personas mayores de 60 años representaban el 8% de la población nacional; aumentando al momento del censo a un 11,4%. En los próximos 20 años se estima una tasa de crecimiento del 3,7% anual para este grupo etario, proyectando para el 2025 alcanzar una población del 20% de los chilenos. Actualmente en el escenario sudamericano, según datos de la CEPAL (2013), somos el segundo país más envejecido después de Uruguay.

Hoy ya se reconoce que el envejecimiento es un proceso que abarca todo el ciclo vital y que cruza a toda la población; esto trae aparejado por tanto un fenómeno complejo y multi-dimensional que acarrea consecuencias y desafíos tanto para los sujetos que lo experimentan como para la sociedad en su conjunto. Las políticas públicas deben estar atentas a colocar esfuerzos, en todas las problemáticas que involucran la atención de personas mayores, especialmente en salud y protección social, pero también en aquellas áreas de bienestar integral.

En Chile, se han definido tres ámbitos prioritarios de intervención: la vulnerabilidad, la dependencia y la participación social (Kornfeld et al., 2016). Esto a partir del lanzamiento de la Política Integral de Envejecimiento Positivo en el año 2012.

Esta política busca proteger la salud funcional y mejorar la integración de las personas mayores en los distintos ámbitos de la sociedad e incrementar sus niveles de bienestar subjetivo. Esta instancia convierte la temática de la vejez y el envejecimiento en un tema transversal a todos los organismos del Estado (p. 154).

Está pensada como una política de envejecimiento que responda a procesos dinámicos de las personas y no solamente a la “condición estática de ser una persona mayor”. Además, según se plantea, no se limita a solucionar problemas, sino que busca crear condiciones para un futuro que le permita al país enfrentar con éxito los desafíos de las nuevas estructuras demográficas, que ya se han descrito anteriormente; permitiendo que las personas mayores estén integradas y manifiesten niveles de bienestar subjetivo tan altos como los jóvenes.

Señalarán los mismos autores que, la óptica de protección social y el enfoque de derechos en las políticas públicas, constituyen la decisión de garantizar a todos sus ciudadanos, igualdad de oportunidades durante todo el ciclo vital, frente

a los escenarios de vulnerabilidad existentes, para alcanzar el bienestar y el aseguramiento de su calidad de vida.

## **A modo de reiteración y conclusiones**

Según Jelin (1998) es necesario tomar en consideración el diagnóstico de las tensiones y problemas sociales asociados a la familia, con el fin de delinear políticas públicas *correctoras, compensadoras y transformadoras*. Para ello surgen áreas importantes de consideración, planteadas por la autora:

- *Equidad entre géneros*: que implica una reestructuración de las relaciones económicas al interior de la sociedad.
- *Defensa de los derechos humanos*: que implica necesariamente la intervención en el mundo privado de las familias, pues la violencia doméstica y el respeto de los derechos de los niños, son temas que requieren intervención.
- *Relación entre familia y las políticas de equidad e igualdad más amplias y de largo plazo*: en la medida que la familia es formadora de nuevas generaciones, es una instancia mediadora entre la estructura social en un momento histórico dado y el futuro de esa estructura social.

Para promover la equidad social y disminuir las desigualdades sociales se requieren de acciones institucionales que favorezcan estos procesos, así en la medida que se amplíen las oportunidades educativas, laborales, de salud, se producirán cambios intergeneracionales que sí marcarían transformaciones más sólidas en el tiempo.

En esta perspectiva, la intervención del Estado supone ampliar las garantías públicas relacionadas con los derechos de los ciudadanos, lo que implica procesos de integración, inclusión y universalidad. De la misma manera supone continuar con las acciones de prevención en los temas y la población de mayor riesgo, según las realidades y los recursos particulares de la sociedad. Hablar entonces de políticas que favorezcan a las familias es un tema lleno de discusión y contradicciones.

Goldani (2005 citada en Sunkel, 2006), nos indica que deberíamos hablar de nuevas políticas públicas orientadas *para la familia*. Estas políticas incluirían:

- La emergencia de nuevos arreglos familiares, como parte de los procesos demográficos que la sociedad ha venido enfrentando.
- La redefinición del cuidado y la protección intergeneracionales, conformando un reparto más equitativo de las responsabilidades reproductivas.
- Una mayor conciliación entre trabajo y reproducción doméstica que no rezague o postergue social, cultural y económicamente a las mujeres.

La modernidad implicó una serie de transformaciones en la sociedad, pero el cambio central residió en lo que se ha denominado, por autores como Bauman y Beck, *individuación*, donde la elección personal, la voluntad, la libertad y la responsabilidad de cada persona han ido definiendo su propio destino. Sin embargo, este proceso va de la mano y se encuentra en permanente tensión con la necesidad de una identidad colectiva y de pertenencia grupal, es decir, no podemos hablar de un *nosotros sin los otros*.

### **Referencias bibliográficas**

- Arriagada, I. (2001). *Familias latinoamericanas. Diagnóstico y políticas públicas en los inicios del nuevo siglo*. Serie Políticas Sociales 57. Santiago: CEPAL.
- Arriagada, I. (2002). Cambios y desigualdad en las familias latinoamericanas. *Revista de la CEPAL* 77. Santiago: CEPAL.
- Arriagada I. y Aranda V. (2004) (compiladoras). *Cambio de las familias en el marco de las transformaciones globales: necesidad de políticas públicas eficaces*. Serie Seminarios y conferencias 42. Santiago: CEPAL.
- Castro, A. (2014). Los procesos de cambio de las familias rurales: una demanda de diversidad para las políticas socia-

- les. En J. Fawaz, P. Soto y N. Zicavo, (Eds.) *Resignificando la familia en América Latina. Entre imágenes y realidades* (pp. 69- 98). Concepción: Ediciones Universidad del Bío Bío.
- Castro, A., Saavedra, E. & Saavedra, P. (2010). Niños de familias rurales y urbanas y desarrollo de la resiliencia. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, (3) 1: 109-119.
- Caro, P. (2016). *Relatos de cambio en tensión. Trabajos, familias y género en Valles del vino en Casablanca y Mendoza*. Santiago: Ed. Universidad Santo Tomás.
- CEPAL (2013). Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe. Santiago: Autor.
- Jelin, E. (1998). *Pan y afectos. La transformación de las familias*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Kornfeld, R., Abusleme, M., & Massad, C. (2016). El servicio nacional del adulto mayor de Chile. En S. Huenchuan (Ed.) *Envejecimiento e institucionalidad pública en América Latina y el Caribe: conceptos, metodologías y casos prácticos* (pp. 151-178). Santiago: CEPAL.
- Nieves, M., & Robles, C. (2016). *Políticas de cuidado en América Latina. Forjando la igualdad*. Serie Asuntos de Género 140. Santiago: CEPAL.
- Sunkel, G. (2006). *El papel de la familia en la protección social en América Latina*. Serie Políticas Sociales 120. Santiago: CEPAL
- Ullman, H., Maldonado, C., & Nieves, M. (2014). *La evolución de las estructuras familiares en América Latina, 1990-2010. Los retos de la pobreza, la vulnerabilidad y el cuidado*. Serie Políticas Sociales 193. Santiago: CEPAL
- Valdés, X. (2007). *La vida en común: familia y vida privada en Chile y el medio rural en la segunda mitad del siglo XX*. Santiago: LOM.



## CAPÍTULO 5

### **Cuidadores de adultos mayores: desgaste y daños a la salud**

Ana Carolina Reynaldos Quinteros  
*Universidad Católica del Maule*

#### **Introducción**

El cuidado de los adultos mayores es un tema que va en creciente importancia, en la medida que este grupo etario aumenta en proporción respecto al resto de la población y las expectativas de vida crecen año a año. Según Marín (2007) décadas anteriores, existía una visión por parte de los planificadores y salubristas sobre que los ancianos se volverían cada vez más dependientes y caros, sin embargo, la discapacidad en adultos mayores está disminuyendo a pesar de que el grupo etario de los “muy mayores” (sobre 80 años) va en aumento. Por lo tanto, si se invierte en programas eficientes y con servicios geriátricos focalizados, sería posible revertir estas proyecciones. Este autor reporta que en Reino Unido, España, Costa Rica y otros países se recomienda un geriatra por cada 10.000 adultos mayores de 60 años o bien uno cada 4.000 mayores de 75 años, no obstante en Chile en 2007 había unos 20 en todo el país, cuando se habrían requerido unos 260 en ese momento. La existencia de servicios especializados en adultos mayores, permite que se pueda prevenir la pérdida de funcionalidad de éstos, a la vez que contribuye con la familia a mantener una vida con funciones equitativas y una organización adecuada a las necesidades de cada uno.

Cuando la persona mayor ya no puede mantenerse viviendo en forma independiente y no cuenta con un cuidado familiar o en el entorno inmediato, puede quedar en abandono o bien terminar institucionalizada, lo cual tiene como re-

percusión un aumento de los costos para el Estado, a nivel de hospitalizaciones o residencias de larga estadía, por lo que el cuidado en la vejez se transforma en una problemática política, social y económica para los países (Carretero, Garcés & Ródenas, 2006). De acuerdo a datos obtenidos de la 3° Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez (U. Católica–Senama, 2014), unos de los principales temores de los mayores es “tener que depender de otras personas” (56,8%) y “quedarme solo” (46,8%) por lo cual, además de las consideraciones anteriores, este tema se vuelve altamente relevante.

### **El cuidador informal: características y cifras internacionales**

Existen los cuidadores formales e informales de adultos mayores. Se entiende por cuidador informal aquel que brinda atención voluntaria y no remunerada hacia una persona con dependencia, sea ésta física, mental, emocional o económica (Carretero & cols, 2006; Papalia, Stern, Feldman & Camp, 2009; Rodríguez, Tortosa & Rodríguez, 2015), que puede incluir desde hacer encargos, transporte, quehaceres domésticos hasta el cuidado físico completo (aseo, alimentación, administrar medicinas).

La mayoría de los cuidadores son informales y son principalmente cónyuges (40%) o hijos(as) adultos(as) aunque también suelen encontrarse nietos(as). Las mujeres tienen más probabilidades de dar y recibir cuidados en el hogar (Carretero & cols, 2006; Papalia y cols, 2009; Eterovic, Mendoza & Carrillo, 2015; Rodríguez, Tortosa & Rodríguez, 2015). Se estima que en Estados Unidos, el año 2007 casi un 14% de los hogares cuidaban informalmente a algún mayor de 50 o más años (Carretero & cols, 2006) y que en Canadá el año 2002 un 4% de los adultos proporcionaba atención a un miembro de la familia afectado por algún tipo de incapacidad física o mental. Estos mismos autores aportan cifras de Europa, donde un

5.5% de la población adulta se estimaba que daban atención no remunerada a mayores ese año. En el caso de España en particular, se calcula que un 15% de los hogares cuidaba en 2004 a personas dependientes.

Por motivos económicos o sociales, las familias asumen el cuidado de las personas mayores, prolongando su permanencia en el hogar de modo tal que no sea necesaria su institucionalización (Rodríguez, Tortosa & Rodríguez, 2015); es más, hay políticas sanitarias que favorecen el cuidado en el propio entorno domiciliario. En sociedades africanas, asiáticas o latinoamericanas los adultos mayores suelen esperar ser cuidados en los hogares de sus hijos o nietos, sin embargo en EEUU, la mayoría de los mayores no quiere vivir con los hijos, no quieren molestar y prefieren no ceder su libertad (Papalia & cols, 2009).

Se ha descrito en perfil del cuidador informal como (Carretero & cols, 2006; Gobierno de Chile, 2016; Serrano, 2016): mujer y familiar de la persona dependiente (por lo general esposa o hija), de edad media (entre 45 y 65 años), con un bajo nivel de estudios, bajo nivel socioeconómico y que no trabaja remuneradamente. El cuidado se entrega casi siempre en el domicilio de la persona dependiente y es de larga duración.

Por otro lado, los cuidadores formales perciben una remuneración por su labor, están asociados a una organización (gubernamental o privada), están capacitados para dar esta asistencia y proporcionan una variedad de servicios de cuidados personales y tareas del hogar, en el caso de los que no están en residencias (Carretero & cols, 2006; Serrano, 2016). En todo caso, quienes ejercen esta labor no están exentos de tensiones y estrés que depara conciliar tareas administrativas y rutinarias con un real cuidado en el ámbito relacional hacia los residentes (Banerjee, Armstrong, Daly, Armstrong & Braedley, 2015).

A ellos se suman condiciones laborales desfavorables, que invisibilizan y devalúan su rol, en detrimento de la calidad

de la atención que pueden finalmente dar a los adultos mayores a su cargo.

Ante la figura del “voluntario”, no hay acuerdo de si considerarla como formal o informal, sin embargo Carretero y cols. (2006) prefieren denominarlo como “cuidador informal” debido al carácter desinteresado y altruista de su rol.

### **Desgaste, satisfacciones y daños a la salud del cuidador**

Para una familia puede ser una complicación alojar a un adulto mayor en su hogar y alterar así la privacidad, el espacio y las relaciones entre todos. La persona mayor se puede sentir inútil, aburrida o aislada de sus pares, mientras que el hijo o hija suele ver afectadas sus relaciones con la pareja e hijos (Papalia & cols, 2009). Si a eso se suma que el adulto mayor sufre de un deterioro mental –como Alzheimer u otras formas de demencia– o cambios de personalidad, la relación de cuidado se puede volver más estresante. Se ha reconocido el cuidado informal como una actividad altamente estresante (Flores, Rodríguez & Seguel, 2012; Rodríguez, Tortosa & Rodríguez, 2015; Serrano, 2016). Se ha descrito el agotamiento o burnout del cuidador como un cuadro de un cansancio excesivo (físico, mental y emocional) que afecta a los adultos que cuidan a parientes ancianos (Carretero & cols, 2006; Fernández, 2009; Papalia & cols, 2009). El propio cuidador se puede volver sujeto de atención de los servicios sociales y sanitarios producto de esta función.

Hay diversas definiciones de carga del cuidador, pero en general hay acuerdo que es el impacto que el cuidado tiene sobre la salud física, mental y en las relaciones familiares, laborales y el estado financiero de la persona que cuida (Carretero & cols, 2006; Flores, Rodríguez & Seguel, 2012; Rodríguez, Tortosa & Rodríguez, 2015; Izquierdo, Manjarrés, Nieves, Pacheco & Pérez, 2016). En ocasiones se distingue la *carga subjetiva* (también llamada tensión), entendida como las reac-

ciones emocionales resultantes del cuidado, como ansiedad o estado de ánimo disminuido, de la *carga objetiva*, que apunta a características concretas del cuidado (tiempo, tareas, limitaciones en su vida social y en su tiempo libre).

Las tensiones generadas pueden ser tan grandes que a veces pueden conducir a abuso, negligencia e incluso a abandono de la persona dependiente. Hasta el cuidador más paciente y dedicado se puede frustrar, volver ansioso o resentido por la presión de satisfacer necesidades del adulto mayor que parecen interminables. Los cuidadores que más tensión sufren son aquellos que trabajan tiempo completo, crían hijos pequeños, carecen de apoyo y tienen limitados recursos financieros (Papalia & otros, 2009). La tabla 1 muestra algunos factores frecuentes que afectan a los cuidadores:

Tabla 1: Estresores en el Rol de Cuidador

FACTOR ESTRESOR	FRECUENCIA
Críticas o quejas del padre/madre	71,6%
Padre/madre demandante o no coopera	67,4%
Padre/madre agitado	66,4%
No contar con ayuda de familia o amigos	61,1%
Tener gastos adicionales por el cuidado	54,7%

Fuente: Adaptado de Papalia, Sterns, Feldman & Camp (2009), p. 393.

Pero no todos los cuidadores experimentan altos niveles de estrés, sino que depende de su edad, circunstancias, calidad de la relación con el adulto mayor y recursos disponibles. Una persona puede ver el cuidado como un reto, sobre todo si cuentan con recursos personales, familiares y comunitarios para enfrentar este desafío (Papalia & cols, 2009). Carretero y cols, (2006) mencionan estudios donde las personas asumían el rol de cuidador sin una razón clara o más allá de sentirlo

como una responsabilidad familiar, por una decisión personal. La tabla 2 resume algunos de los elementos que pueden volver satisfactoria la labor del cuidador.

Tabla 2: Recompensas en el Rol de Cuidador

FACTOR	FRECUENCIA
Saber que el padre/madre fue (es) bien cuidado	100%
Pasar tiempo en compañía del padre/madre	92,6%
Ver al padre/madre disfrutar de las pequeñas cosas	84,2%
El padre/madre muestra (mostró) afecto o aprecio	81,1%
La relación con el padre/madre se volvió más cercana	64,2%

Fuente: adaptado de Papalia, Sterns, Feldman & Camp (2009), p. 386.

### **Antecedentes de programas a nivel internacional**

En diversos países especialmente europeos y de América del Norte se han ido diversificando los servicios para el cuidado de los adultos mayores. Papalia y cols (2009) distinguen para EEUU los sistemas de **alojamiento permanente** (hoteles de retiro, comunidades de retiro y hogar grupal) orientados a adultos mayores de diferentes grados de dependencia. Existen también los **alojamientos compartidos**, donde conviven personas de diferentes generaciones y para lo cual algunas agencias sociales ponen en contacto a estas personas para compartir una vivienda a conveniencia de ambas partes. El **alojamiento asistido**, por otro lado, son servicios entregados en la propia vivienda del adulto mayor por personal que asiste con cierta regularidad a llevar alimentación, compras y hacer aseo, entre otras tareas.

En Australia existe un sistema de cuidado de larga data, que se inició a comienzos del siglo XX por parte del Estado y que actualmente cuenta con financiamiento tanto gubernamental

mental como de privados y de las propias familias. De acuerdo a lo reportado por Pérez (2012), en su primera etapa (1901 a 1950) su foco estuvo puesto en los sistemas de pensión y seguros de salud, en un segundo momento (1951 a 1969) se implementaron servicios de salud y enfermería a domicilio, para posteriormente (1970 a 2000) integrar programas y servicios a domicilio además de la creación de residencias, para poner énfasis en la actualidad en la planificación y gestión estratégica de todos estos servicios. Contempla 3 tipos de cuidados:

- **Cuidado comunitario:** orientado a adultos mayores que pueden seguir viviendo en sus casas o alojamientos especiales (*retirement village*), asistidos por servicios domiciliarios. Es el más numeroso, con 600.000 usuarios en el país.

- **Cuidado residencial:** para mayores que no pueden vivir en sus casas por razones físicas, médicas, psicológicas o sociales y son derivados a hospedajes de baja complejidad (alojamiento, servicios y asistencia doméstica básica) o a *nursing homes*, que cuentan con cuidados de enfermería, cuidados paliativos y servicios más complejos. En todos estos casos, las personas o familias pueden pagar por servicios adicionales. En 2012 había unas 150.000 personas viviendo en cerca de 2.800 residencias en el país.

- **Cuidado flexible:** considera personas con necesidades transitorias como cuidados después de una hospitalización o enfermedad grave, servicios multipropósito dirigidos a zonas rurales o aisladas, cuidados innovadores (uso de nuevas tecnologías) y atención a grupos específicos (aborígenes, veteranos de guerra, migrantes).

Todos estos servicios son financiados por el Estado con copago por parte de los usuarios (con un tope del 85% del monto de su pensión) y al año 2012 gastaba cerca del 0,8% de su PIB en ellos (66% en cuidados residenciales y 29% en cuidado comunitario).

En España existen 3 tipos de programas (Carretero & cols., 2006; Fernández, 2009):

- **Servicios domiciliarios:** contemplan asistencia a domicilio en labores domésticas y trámites, teleasistencia (telefónica), ayudas técnicas (adaptación de la vivienda o aparatos de apoyo) y programa de intervención con familias.
- **Servicios intermedios:** clubes y centros de adultos mayores (asistencia periódica y voluntaria para mayores autovalentes), centros diurnos para adultos mayores dependientes y estadía temporal en residencias (post hospitalizaciones o enfermedades graves).
- **Sistemas de alojamiento:** viviendas individuales, viviendas tuteladas, familias de acogida y residencias de larga estadía.
- 

Estos son algunos de los diferentes tipos de soluciones que se han explorado e implementado en estos países, sin embargo en Latinoamérica y otros países en desarrollo, aún no se cuenta con soluciones adecuadas y al alcance de la mayoría de la población. De acuerdo a un completo informe de Comunidad Mujer (2014), los países de la OCDE a pesar de tener una gran variedad de ofertas para este grupo etario y sus cuidadores, las políticas que más frecuentemente se encuentran son: (i) Sistemas de previsión social, que asegure un ingreso económico mínimo para la subsistencia, (ii) Sistemas de cuidado (domiciliario o en residencias), con copago por parte de las familias o a costo del Estado por completo, y (iii) Permisos para trabajadores que cuidan a familiares (entre otros, a mayores dependientes), pero son pocos los países que efectivamente contemplan esto en sus códigos del trabajo.

Por otra parte, en una comparación realizada entre varios países (Francia, Suecia, Alemania, Canadá y Corea del Sur) los programas que más se repiten son (Comunidad Mujer, 2014):

- Pensiones y asignaciones económicas.
- Apoyo domiciliario.
- Residencias de larga estadía.

- Adaptación de viviendas.
- Apoyo económico para cuidadores.

En otros países latinoamericanos se pueden encontrar soluciones con mayor o menor cobertura. Batthyány (2015) menciona el caso de Costa Rica, donde la oferta de servicios es de tres tipos: hogares de larga estadía, albergues que son viviendas tuteladas y con atención de necesidades básicas y centros diurnos, que proporcionan actividades diarias de recreación y prevención en salud. Recientemente se ha estado implementando un programa de atención domiciliaria, que por el momento es de financiamiento privado o mixto. Sin embargo se calcula que no más del 2% de la población de adultos mayores estaría siendo atendida en alguna de estas modalidades. La autora también alude al Programa Nacional del Cuidado (SNC) de Uruguay, que se enfoca en grupos vulnerables como la infancia, discapacitados y adultos mayores. En este último caso, los esfuerzos están orientados a mejorar la calidad de los servicios de larga estadía y por otra parte a los mayores y sus cuidadores que residen en sus hogares, acciones que incluyen adaptación y refacción de viviendas, programas de teleasistencia, viviendas tuteladas y centros diurnos. Hay un especial interés en fortalecer a los cuidadores dándoles formación y dando apoyo a las familias (Comunidad Mujer, 2014).

En Chile los programas orientados a la población adulta mayor se focalizan en los mayores autovalentes y los dependientes, acciones desarrolladas por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) y Chile Cuida, programa dependiente de la División Sociocultural de Gobierno (Comunidad Mujer, 2014; Gobierno de Chile, 2016), como se muestra en la Tabla 3. Sin embargo, no todos estos programas se encuentran implementados en todos los municipios del país y el programa Chile Cuida se encuentra en fase de funcionamiento piloto.

Tabla 3: Programas para el adulto mayor en Chile.

<b>Programas para mayores autovalentes</b>	<b>Programas para mayores dependientes</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centros de Atención al Adulto Mayor (CEAM)</li> <li>- Fondos concursables para adultos mayores organizados.</li> <li>- Asesores seniors voluntarios, que apoyan a escolares vulnerables.</li> <li>- Viviendas tuteladas, para mayores autovalentes</li> <li>- Programa vínculos, que conecta a los mayores con subsidios y otros beneficios</li> <li>- Turismo social.</li> <li>- Programa contra el maltrato y el abuso al AM</li> <li>- Programa Escuela de funcionarios públicos, en temas de gerontología y cuidados especializados, para funcionarios de Eleam y la red de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecimientos de larga estadía para el adulto mayor (ELEAM).</li> <li>- Programa de capacitación a cuidadores (formales e informales)</li> <li>- Fondo de ayuda directa a cuidadores (subsidio mensual).</li> <li>- Programa de cuidados domiciliarios</li> <li>- Programa de respiro a cuidadoras.</li> <li>- Programa a mujeres que buscan empleo, para orientarlas a brindar cuidados especializados a mayores.</li> </ul>

Fuente: elaboración propia a partir de Comunidad Mujer (2014) y Gobierno de Chile (2016).

No obstante todo lo anterior, la mayoría de las familias sigue enfrentando el tema del cuidado como un desafío particular, sin esperar soluciones desde el Estado o la comunidad.

## **Perspectivas**

Como hemos visto, en nuestros países latinoamericanos las soluciones para los cuidados de adultos mayores aún recaen principalmente en las familias y en especial en las mujeres.

En un extenso estudio realizado por la OMS hace ya una década, se detectó que muchas de las preocupaciones de las personas mayores, sus cuidadores y sus proveedores de servicios apuntan a la disponibilidad de cuidados suficientes y de buena calidad (OMS, 2007). En este estudio -realizado en 33 ciudades de los 5 continentes- fueron consultados adultos mayores de grandes ciudades y mega-ciudades (Ciudad de México, Moscú, Nueva Dehli, Rio de Janeiro, Shanghai, Tokio, Estambul, Londres y Nueva York), donde el cono sur latinoamericano estuvo representado por Argentina. De este estudio salieron diversas sugerencias para el futuro:

- Programas y servicios oportunos y accesibles de promoción y prevención en salud.
- Mayor disponibilidad y a un bajo costo de servicios de apoyo domiciliario, desde poder hacer encargos o compras a compañía para ir al médico y otros trámites.
- Faltan opciones seguras y satisfactorias para personas que deseen seguir viviendo en sus hogares, así como viviendas colectivas para mayores o residencias, que idealmente sean de pequeño tamaño y no tan masivas.
- Distribución de servicios para adultos mayores en sectores céntricos y accesibles, además de cercanos entre sí (salud, servicios sociales, centros culturales y recreativos).
- Disminuir la burocracia y mejorar el trato de funcionarios.
- Aumentar la cantidad de voluntarios que apoyen y acompañen a los mayores.

En Chile y Latinoamérica sólo en los últimos años se han

desarrollado estudios y propuestas para proporcionar soluciones habitacionales adaptadas a las necesidades de los adultos mayores, que prolonguen su funcionalidad e independencia (Léniz, 2007; Jiménez, 2009).

Geerts & Van den Bosch (2012) realizaron una extensa revisión en países europeos sobre los tipos de cuidado proporcionados a los mayores y la transición entre unos y otros. Vieron que lo más frecuente es la transición desde cuidados informales a cuidados formales, determinada sobre todo por limitaciones físicas y discapacidad, que imposibilitan las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) o actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). En países mediterráneos, donde hay una mayor tendencia a proporcionar cuidados por parte de la familia, es más posible encontrar una tendencia a la complementariedad (no sustitución) de cuidados informales con cuidados formales, que en países del norte de Europa. Si existen opciones de cuidado informal, los mayores tenderán a elegir éstos al cuidado formal. Mucho del acceso a sistemas de cuidado formal está determinado por la capacidad económica del adulto mayor y su familia.

El deterioro funcional es evitable de manera que el costo de salud en el adulto mayor no debiera ser visto como un gasto sino como una inversión a mediano plazo (Marín, 2007). Este autor agrega que al reducir las desigualdades de acceso a la salud para toda la población, también se benefician los mayores. Los programas implementados para adultos mayores también benefician a los más jóvenes, especialmente a los que tienen discapacidad. Resultaría más barato para el país tener mayor número de mayores autovalentes que postrados o discapacitados. Los daños a la salud del cuidador, abultan la población a tratar asociada a la población adulta mayor (Serrano, 2016).

Finalmente, Batthyány (2015) sostiene que la temática del cuidado ha salido de la esfera privada para pasar a ser considerada una temática pública, en la cual además se requiere equilibrar la distribución del trabajo no remunerado y la par-

ticipación del sector público y privado en esta tarea, puesto que ahora recae principalmente en la familia. En los países latinoamericanos se tienden a reproducir las desigualdades: quienes más recursos tienen, tienen menos personas a quienes cuidar y quienes menos recursos, cargan con mayor cantidad de dependientes, con menos acceso a servicios de salud y apoyo. Además, la división sexual de este tipo de trabajo exige una transformación cultural, hacia un modelo más solidario y de corresponsabilidad. Por último, se requiere que los empleos vinculados al cuidado dejen de ser precarios y se vuelvan de alta calidad, no sólo en lo económico.

Una buena prevención y disponibilidad de servicios adecuados y oportunos para adultos mayores y sus cuidadores pueden prolongar notablemente su funcionalidad, reduciendo los costos de una atención especializada, aliviando a la familia y en especial a los y las cuidadoras, los cuales con un apoyo institucional y comunitario real y de fácil acceso pueden mejorar sustancialmente su calidad de vida.

### **Referencias bibliográficas**

- Banerjee, A., Armstrong, P., Daly, T., Armstrong, H., & Braedley, S. (2015). Careworkers don't have a voice: epistemological violence in residential care for older people. *Journal of Aging Studies*, 33, 28-36.
- Batthyány, K. (2015). *Las políticas y el cuidado en América Latina*. Santiago: CEPAL – Cooperación Española.
- Carretero, S., Garcés, J., & Ródenas, F. (2006). *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención social*. Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Comunidad Mujer (2014). *Modelos de cuidado de personas adultas dependientes, cuidadores y su participación en el mercado laboral. Informe final*. Santiago: Comunidad Mujer-BID.
- Eterovic, C., Mendoza, S., & Sáez, K. (2015). Habilidades de cuidado y nivel de sobrecarga de cuidadoras/as informales de personas dependientes. *Enfermería Global*, 38, 235-248.

- Fernández, J. (2009). *Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba*. Tesis doctoral, Valencia, Departamento de Antropología Social, Universidad de Valencia.
- Flores, E., Rivas, E., & Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y Enfermería*, 18(1), 29-41.
- Geerts, J., & Van den Bosch, K. (2012). Transitions in formal and informal care utilization among older Europeans: the impact of national contexts. *Eur J. Anging*, 9, 27-37.
- Gobierno de Chile (2016). *Programa Chile Cuida. Derechos, Protección Social, Cuidados, Familia, Género, Trabajo y Territorio*. Obtenido de <https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmlD=42768&prmtIPO=DOCUMENTOCOMISION>
- Izquierdo, D., Manjarrés., Nieves, K., Pacheco, W., & Pérez, B. (2016). Nivel de sobrecarga y características del cuidado en cuidadores de personas con trastornos mentales. Tesis para obtener el título de Enfermera. Cartagena, Facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena.
- Jiménez, F. (2009). *Edificio residencial para el adulto mayor en Peñalolén*. Proyecto de título. Santiago: Facultad de Arquitectura y Urbanismo - Universidad de Chile.
- Léniz, L. (2007). *Vivienda colectiva para el adulto mayor en Santiago Poniente*. Memoria de título. Santiago, Facultad de Arquitectura Universidad de Chile.
- Marín, P. (2007). Reflexiones para considerar en una política pública de salud para las personas mayores. *Revista Médica de Chile*, 135, 392-398.
- OMS (2007). *Ciudades globales amigables con los mayores: una guía*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Obtenido de: <http://www.who.int/ageing/AFCSpanishfinal.pdf>
- Pérez, S. (2012). El sistema de cuidados del adulto mayor en Australia, ¿un modelo para Chile? *Claves de Políticas Pú-*

- blicas-U. Diego Portales*, 9, 1-8.
- Papalia, D., Sterns, H., Feldman, R. & Camp, C. (2009). *Desarrollo del adulto y la vejez*. México: McGraw Hill.
- Rodríguez, M., Tortosa, V., & Rodríguez, M. (2015). El cuidador informal entre el envejecimiento, evaluación de la carga en su calidad de vida. En J. Gásquez, M. Pérez, M. Molero, I. Merceder & F. Soler (Eds) *Investigación en Salud y Envejecimiento*, Volumen I, ASUNIPEV.
- Serrano-Santo, D. (2016). Necesidades de los cuidadores de pacientes con deterioro cognitivo: lo que necesitan frente a lo que les ofrecemos. *Psicogeriatría*, 6, 81-88.
- U. Católica-Senama (2014). *Chile y sus mayores. Resultados 3° encuesta nacional sobre calidad de vida en la vejez 2013*. Santiago: UC.



## CAPÍTULO 6

### **Los jubilados y su percepción ante los cambios en su entorno familiar**

Susana Preciado Jiménez  
Guadalupe Mojica Vázquez  
Gabriela Silva Magaña  
*Universidad de Colima, México*

#### **Introducción**

En la primera década del siglo XXI se han identificado nuevos grupos sociales, que aun cuando han sido atendidos por la disciplina del Trabajo Social, ésta ha sido desde una mirada general, sin considerar sus particularidades, como es el caso que nos convoca en este trabajo. Las personas jubiladas, como un nuevo grupo social, han venido creciendo en los últimos años, y puede ser caracterizado desde cómo se origina, que es a partir de que éstos individuos reciben una prestación social por haber concluido un periodo igual o mayor a los 28 años de trabajo en el mercado laboral de manera formal, y hubiesen cotizado en alguno de los programas de seguridad social, llamado comúnmente Seguro Social. Esta sería la condición principal, pues es la manera de acceder a este grupo, otras características son: la edad, pues generalmente son personas mayores a los 60 años, sin embargo, esto no es una condición para ingresar a este grupo, de acuerdo a disposiciones legales hasta 1997 en México, se requirió el cumplimiento de 28 años laborales, y lograr un mínimo de semanas cotizadas.

Otras características de los miembros de este grupo, son de tipo cualitativo, como son las necesidades familiares y sociales que deben afrontar a partir de ingresar a este grupo de pensionado. Al reconocer a este grupo social fue entonces que se vio la necesidad de realizar un estudio de tipo exploratorio

en la Universidad de Colima, al identificar que año con año se va incrementando el número de personas en esta situación. El interés de este estudio surgió a partir de ir conociendo compañeros de trabajo que iniciaron esta etapa, y cómo, a partir de las conversaciones con algunos de ellos, el proceso de cambio se miraba distinto. Fue entonces, que se propuso identificar cómo percibe este grupo su retiro laboral, los cambios que se generan en éstos, así como la percepción de las modificaciones que se gestan en su entorno familiar. Particularmente, cuando las personas han referido que se han percatado de que en su entorno familiar y personal se requirió hacer cambios, sobre todo con respecto a los roles que tenían y que definitivamente se vieron afectados. Este estudio de investigación se realizó en el periodo de 2015-2016, con una muestra de jubilados de la Universidad de Colima y del Gobierno del Estado, sin embargo, para efectos de lo que aquí se presenta, solamente incluiremos la muestra de los universitarios. La investigación hace uso de métodos cualitativos, a partir de una entrevista exploratoria y descriptiva, la muestra seleccionada fue por conveniencia, asistiendo a la Asociación de Jubilados y Pensionados de la Universidad de Colima, en donde en una reunión con sus agremiados se dio a conocer el proyecto, se les invitó a participar, y quienes se mostraron entusiasmados, se les pidieron sus datos personales para establecer una cita para el desarrollo de la entrevista.

La población de personas que se han retirado por haber cumplido con su rol laboral en la Universidad de Colima es de aproximadamente 779 personas al 2016, quienes oscilan entre las edades de 55 a los 85 años de edad. De acuerdo a la legislación mexicana, éstos fueron inscritos al Régimen de la Ley del Seguro Social de 1997, y para poder iniciar sus trámites para su retiro o pensión por vejez o cesantía debieron haber cumplido con los siguientes puntos:

- Tener un mínimo 1250 semanas de cotización en el Régimen Obligatorio del Seguro Social.

- Contar con suficientes recursos de la cuenta individual para el retiro.
- Pensión, que al calcularse en el Sistema de Rentas Vitalicias, sea superior en más de 30% de la pensión garantizada, una vez cubierta la prima del seguro de sobrevivencia para sus beneficiarios.
- Causar baja en el Régimen Obligatorio de la Ley del Seguro Social.
- Encontrarse privado de trabajo remunerado.

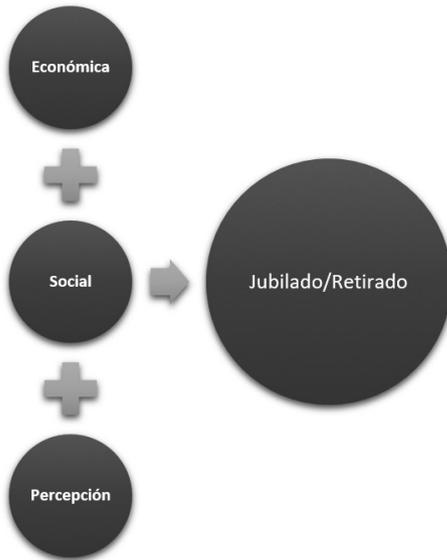
Esta investigación resulta pertinente dado que los trabajos sobre esta temática que se han realizado han sido más desde la visión de estudios actuariales, de la administración del recurso, e incluso desde la aplicación de la Ley del Seguro Social y/o de la Afores; los cuales son sumamente importantes dado que permiten generar programas de apoyo para éstos, sin embargo, conocer la percepción de estas personas que estuvieron activas laboralmente por 28 años, era importante reconocer las modificaciones que implica ese retiro laboral, así como su reincorporación al ámbito familiar, partiendo del principio, que estas personas tan solo dejan el rol laboral, pero siguen asumiendo el resto de actividades, y por supuesto los roles que han venido ejerciendo durante todo este tiempo, por lo que se vio interesante identificar si éstos han visto alterados.

## **Conceptos claves**

Para comprender al grupo de pensionados universitarios, identificar los cambios que se suscitan a partir del retiro laboral, así como los generados en su ambiente familiar, es importante poner en común los conceptos de jubilación, retiro, roles, y percepción, que serán los guiaron esta investigación. El jubilado o quien solicita su retiro laboral para poder contar con una pensión económica, debe haber realizado un trabajo remunerado formal, y se asumió en el contexto socio-familiar como el responsable de la manutención del hogar, o bien par-

ticipan en el sustento del hogar a partir de su aportación económica (generalmente las mujeres que viven con pareja asumieron esta postura). De igual manera, este sujeto contribuye en la toma de decisiones en la utilización de este recurso, ya sea que lo hace de manera exclusiva, o de manera colaborativa (ver figura 1).

Figura 1. Conceptualización del jubilado

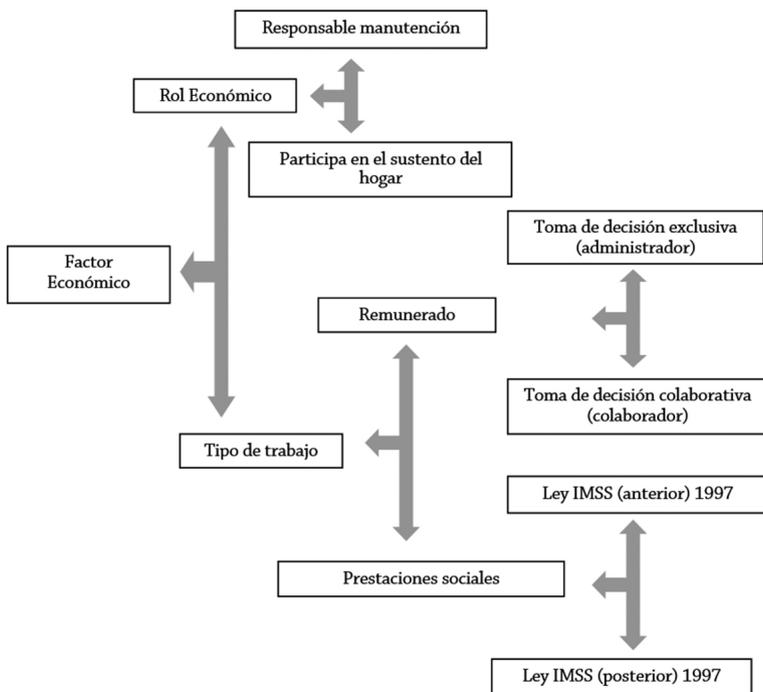


Fuente: Elaborado por las autoras, con base en la discusión conceptual (2016).

En este sentido, los cambios que se generan en quien se retira laboralmente se pueden visualizar desde tres factores: el económico, donde el retirado o jubilado, puede ser el principal sustento o bien quien complemente el gasto. Donde se incorporan dos elementos; el rol económico (que puede visualizarse desde su rol de responsable de la manutención de la familia, o bien como el que participa, contribuye o colabora en el susten-

to del hogar). Este rol se establece a partir del tipo de trabajo que realiza, que puede ser remunerado (y que es cuando al ejercer el rol de administrador, toma decisiones exclusivas sobre la distribución del recurso, o bien toma decisiones de manera colaborativa, rol de colaborador, cuando el gasto lo complementa). En ese trabajo remunerado, y al ser de tipo formal, se debe considerar el momento de su ingreso, para identificar las prestaciones sociales a las que tiene derecho, y por tanto en México, se puede dividir entre quienes ingresaron antes de 1997, y se sujetarán a la Ley del IMSS de 1973, o bien aquellos que se incorporaron durante o después de 1997, a quienes les aplica distintas leyes (ver figura 2).

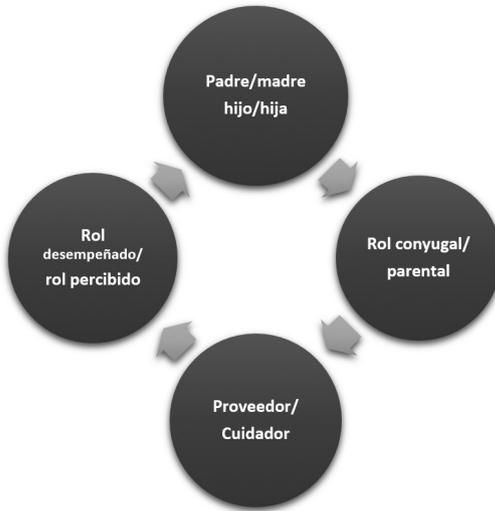
Figura 2. Cambios en las funciones del jubilado/retirado



Fuente: Elaborado por las autoras, con base en la discusión conceptual (2016).

El segundo factor es el social, en donde se consideran aspectos tales como su estado civil, el tipo funciones que desempeñan dentro del hogar, el tipo de parentesco que se tiene. Las relaciones y sus funciones se definen a partir del parentesco (padre, madre, hijo, hija), por su relación (esposos, padres, hijos o rol conyugal o parental), en función de las tarea que desempeña (proveedor, cuidador, etc.). También en este punto se considera el rol que cada uno de los integrantes desempeña o percibe que ejecuta (ver figura 3).

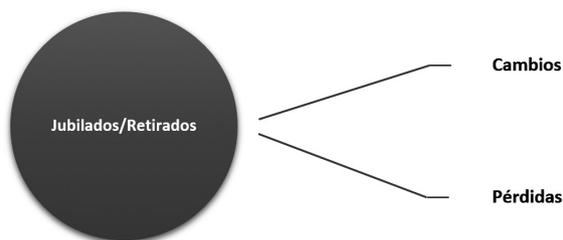
Figura 3. Funciones sociales



Fuente: Elaborado por las autoras, con base en la discusión conceptual (2016).

Finalmente, el factor de la percepción, aspecto donde la persona se autodefine en esa nueva fase de su vida como jubilados o retirados, y es donde hacen énfasis a los cambios o pérdidas que de manera directa o indirecta cada uno de ellos asumen de manera personal (ver figura 4).

Figura 4. Percepción en su nuevo rol



Fuente: Elaborado por las autoras, con base en la discusión conceptual (2016).

## La jubilación en México

La jubilación se ha definido con mucha frecuencia como una interrupción abrupta en la actividad laboral o profesional desarrollada durante la vida o una parte importante de la vida por causa de la edad. Sin embargo, esto no necesariamente es así, pues cuando comienzan su etapa laboral reconocen que existe un tiempo marcado en su contrato colectivo de trabajo, que habrán de dejar ese lugar; empero, la no planificación de ese tiempo, puede afectar la percepción que se tiene sobre el retiro, porque éste podría estar relacionado a factores de salud, de trabajo y no por cuestiones personales. La situación que aquí se señala, es descrito por Abarca (1991) como “el retiro laboral representa un cambio, una transformación de la rutina de trabajo, una separación de los vínculos sociales, un acomodo a un nuevo ritmo” (p. 19). O bien, por Castrillón (1995), que señala que “la jubilación se define como el período de retiro de las obligaciones laborales que se da en los trabajadores que cumplen con los requisitos necesarios para éste y en el cual la persona disfruta de una pensión para el sostenimiento personal y familiar” (p. 35). Por lo que “al existir una pérdida de papeles, la jubilación trae consigo un impacto psicosocial en las personas, debido a que el trabajo se convierte

en una experiencia vital que forja la identidad, la cual entra en crisis no sólo cuando el trabajador (a) pierde su ocupación, sino porque la sociedad no le da la alternativa para recuperar los papeles laborales perdidos” (Abarca, 1991, p. 19). Por tanto, con lo expresado anteriormente, se puede entonces comprender que la jubilación o retiro es una transición importante en la vida de las personas, y que puede ser:

- **Inducida:** cuando se estimula el retiro del trabajador de sus actividades laborales.
- **Obligatoria:** se presenta cuando por razones de edad y regulaciones legales, se obliga al trabajador a retirarse del ejercicio laboral.
- **Voluntaria:** ocurre cuando la persona decide retirarse de la actividad laboral (Fandiño, 1996, p. 35).

Durante la etapa laboral de una persona, se considera que además de realizar actividades productivas, en esa acción también se establecen relaciones sociales. Es decir, en el espacio de trabajo, como lo dice Cerdas (1991) “no es simplemente producir, sino que en él se establecen relaciones sociales, se hacen amigos y brinda la oportunidad para participar en diferentes actividades. Es decir, el trabajo significa la esencia misma de la identidad social por medio de la cual el hombre y la mujer se definen existencialmente” (p. 35). Por otra parte, Castrillón (1995, p. 35) menciona que “el trabajo y el funcionamiento psicológico de los individuos están recíprocamente relacionados a lo largo de toda la vida, debido a que condiciones ocupacionales moldean la personalidad y el comportamiento de los hombres y mujeres”.

Por ello, es que al momento de iniciar el proceso del retiro laboral se deben hacer una serie de ajustes, y más que a la actividad funcional, se debe tomar en cuenta los otros cambios que las personas deben afrontar, la separación de un grupo social, la identidad social que le atribuía su trabajo, al reconstruir relaciones sociales con esas personas fuera del ámbito laboral, actividades sociales relacionadas con la actividad laboral, y además

el reasignarse nuevos roles dentro de la familia. De igual manera, esta nueva etapa de vida incluye un reacomodo del ingreso económico, lo cual, en ocasiones significa una experiencia de frustración, fracaso e insatisfacción, debido a que las personas no están preparadas para enfrentar el cambio y la crisis que determinan o no un retiro laboral satisfactorio.

Aunado a lo anterior, este grupo de personas, deben reconocer de igual manera en qué etapa del ciclo de su vida familiar se encuentran y cómo esas “transformaciones en la estructura familiar,... pueden ser aceptadas o pueden producir crisis y conflictos, situación que se ve favorecida u obstaculizada por mitos y estereotipos que otras personas tienen con respecto a la vejez” (Abarca, 1991, p. 19). Entonces, desde estas visiones, se puede comprender como la persona que concluye su etapa laboral, también tiene que hacer una serie de ajustes, que no solamente dependen directamente de él o ella, como son la capacidad de adaptación, su actitud de vida, sino también van implícitos cambios de tipo familiar y social que pueden facilitar o complicar este tránsito, además en la sociedad deberían existir iniciativas que permitan el desarrollo de oportunidades para este grupo social que cada vez se vuelve más numeroso, y no solamente deberían estar pensadas en acciones de hobbies y distracciones, sino de apoyos socioculturales que favorezca su desarrollo personal y familiar.

Los cambios a partir del retiro de acuerdo a Abarca (1991, p. 7), de manera directa puede traducirse en: (1) Pérdida de metas e ilusiones; (2) Pérdida de círculo de amigos; (3) Pérdida de poder y de prestigio; (4) Rompimiento de la rutina familiar; (5) Depresión por no tener nada que hacer; (6) Preocupaciones por los ingresos familiares; (7) Sentimientos de inutilidad y de que son un estorbo; (8) Pérdida de iniciativa, problemas de sueño; (9) Falta de energía; e (10) Inactividad y descuido personal. Sin embargo, dado que se incluyen elementos de percepción, en este proceso también emergen algunos temores que tienen que ver con creencias o tabúes con

respecto a la jubilación, que se atribuye una serie de desvalorizaciones por parte de la sociedad, como señalar que “la persona pensionada ya no es rentable para los fines del mismo sistema social” (Cerdas, 1991, p. 28). Por tanto “el impacto psicológico que puede provocar la jubilación, supone un proceso de asimilación y de ajuste a un nuevo estilo de vida y de balancear las consecuencias positivas y negativas que dependen del contexto histórico personal con respecto al trabajo, el envejecimiento y la jubilación, depende también del balance y de las diferencias individuales para percibir como positiva o negativa” (Castrillón, 1995, p. 47).

### **Modificaciones en el entorno familia**

El escenario de un jubilado al reincorporarse a su casa de tiempo completo habrá de pasar por las fases de euforia, ocupación y luna de miel y posteriormente a una realidad percibida y sentida. No obstante, que en cada caso deberá ser distinto por características propias de la persona, también están en función aspectos de su historia familiar, del ciclo de vida de la familia, de los ajustes sociales y personales que ha ido realizando, y por supuesto, del apoyo familiar y social que puede estar recibiendo; sin duda alguna en esta parte del proceso existe una gran carga subjetiva. La persona que se retira debe reajustar la organización de su tiempo y de sus actividades que acostumbraba a realizar cuando estaba sujeto a un horario de trabajo; por tanto, ese reacomodo implica que a partir de ese momento deberá ajustar su horario de salida y regreso a casa, por ejemplo. Empero, en el hogar también debe haber otros ajustes, con las personas que tienen una estancia mayor en éste, es decir, quienes su horario en casa pudiera contemplar horas en las cuales no comparte con quien “regresa”; por tanto, la reorganización del horario también lo deben realizar otras personas, pues de igual manera, su horario estaba organizado de tal manera, que cumplía con sus compromisos y

disponía de su tiempo de manera distinta.

A este respecto Pérez y Rodríguez (2011), describen las “pérdidas y consecuencias del retiro”, señalando que la reincorporación del trabajador retirado a su ámbito familiar es un proceso que para cada caso resulta diferente, por ello señala que esa transición “no se logra en un ambiente de armonía y felicidad” (p. 78), sino que deben establecerse ajustes por y para todos los involucrados, porque por un lado, los que han estado en casa deben “aceptar la integración del nuevo integrante de tiempo completo” (p. 78), y quien regresa, debe reconocer las dinámicas que existen en el interior de la casa y que no siempre estuvo involucrado del todo; por otro lado, al disponer de un tiempo de 8 horas que anteriormente lo dedicaba a su trabajo, ahora deberá ser reorientado, aprender a utilizarlo, y sobretodo, reconocer que dentro de su familia habrá un rol y una función que éste deberá desempeñar. Por tanto la jubilación comprende un periodo de cambios muy importante en los que el ser humano está obligado a involucrarse, y es por ello que esta etapa dentro de la vida del jubilado puede convertirse en la más importante o la de mayor desprecio, puesto que con todo lo vivido durante los años laborados, pudo haberse perdido de experiencias familiares en las que ahora le cuesta trabajo volver a involucrarse, esto debido a que con ello se viene otro proceso llamado pensión en el que más bien se involucran más los trámites para así poder concluir esta etapa de la vida.

## **Los jubilados y sus roles**

Presentar este estudio sobre los jubilados de la Universidad de Colima y sus roles, puede considerarse desde una perspectiva multidimensional, sin embargo para efectos de este estudio se tomaron en cuenta los referentes a la familia, su identificación y la diversificación de los roles en la dinámica familiar, y su percepción de bienestar o calidad de vida que se presentarán en los apartados correspondientes.

## ***Caracterización de los sujetos***

La Asociación de Jubilados y Pensionados de la Universidad de Colima, es una asociación civil que surgió el 21 de octubre de 2013, entre sus objetivos está el de poder contribuir a la calidad de vida de quien laboró en la Universidad de Colima, ofreciéndole un espacio para la convivencia, actividades culturales, sociales, deportivas. La asociación ha firmado convenios de colaboración con hoteleros y otras empresas para poder otorgar descuentos a sus afiliados. Otro de los propósitos de la asociación es que sus agremiados sigan teniendo un vínculo con la institución participando en acciones de apoyo a la población en circunstancias especiales, así como en la “Casa del Jubilado” algunos de los socios ofrecen asesorías, así como charlas y conferencias tanto a universitarios como al público en general. En la misma “casa” las personas que acuden, ahí pueden desarrollar actividades como clases de canto, club de lectura, actividades de esparcimiento (juegos de mesa). Existe una programación en donde cada uno de los asociados puede inscribirse.

Actualmente (2016), la asociación cuenta con 359 agremiados de un total de 779 jubilados de la institución. Bajo ese contexto, se realizó la investigación, en la que decidieron participar 35 personas jubiladas de la Universidad de Colima, entre los 61-70 años, participaron hombres y mujeres, en su mayoría casados y algunos casos de personas viudas. La escolaridad, de este grupo por ser trabajadores de la Universidad de Colima, más del 60% fueron profesores o administradores, su nivel de estudio fue de licenciatura, aun cuando también hubo personas, con primaria (11.6%), secundaria (5.35%) y bachillerato (9.5%). En las entrevistas descriptivas que se realizaron a las personas participantes, encontramos la siguiente información que se presentan en las siguientes categorías: (a) Rol económico, (b) Rol familiar, (c) Rol social, y (d) Percepción del jubilado. El desempeño del rol económico durante el reti-

ro o jubilación de un trabajador, dependerá en gran medida en varios aspectos que deben considerarse en la familia, como la etapa del ciclo de vida familiar. Los casos aquí estudiados se encontraron en: casamiento y salida de los hijos del hogar, pareja en edad madura, ancianidad. En el primer grupo de jubilados que se encontraron en la etapa de “salida de los hijos del hogar”, señalaron que aun los hijos se encuentran realizando estudios profesionales o bien han concluido éstos. Desde el punto de vista del rol económico, parecería que tienen menos dependientes económicos, sin embargo hubo algunos casos que se mostraron preocupados al tener que continuar apoyando a sus hijos mientras que “encuentren un trabajo estable”, “pues ayudarles a que se acomoden y encuentren casa”. En algunos casos, las familias se expresaban preocupadas por el hecho de que en ocasiones tenían que hacer préstamos a sus hijos y pues ellos, ahora solo contaban con su pensión. Por tanto, se descubrió que el rol económico es un importante predictor de las actitudes hacia el retiro, en este sentido, todos los entrevistados universitarios, se mostraron satisfechos en gran medida con su jubilación. Hubo incluso algunos que mencionaron haber planificado este momento, para poder realizar otras actividades que habían quedado pendientes. Dada las condiciones de ser trabajadores universitarios, su adaptación hacia la jubilación fue más satisfactoria, además, señalaron que podían participar de actividades sociales y culturales que les invitaban de la propia asociación. Por tanto, se puede considerar que cuenta con un sistema de apoyo social. Sin embargo, a partir de que sintieron que dejaron el rol de proveedor principal (por el hecho de que dejaron el rol laboral), algunos de ellos empezaron a enfrentar situaciones para las cuales aún no estaban preparados, en algunos casos, tuvieron que hacer modificaciones a sus planes e incluso a “su economía familiar”, produciendo algunas crisis y conflictos. En el análisis de esta información se advierte que ello se encuentra relacionada con mitos y estereotipos, situación que se favore-

ce u obstaculiza tanto a los jubilados como a su propia familia. Esto se confirmó durante las entrevistas, al observar como el tema de la economía familiar estaba ligada más a la aceptación de esa pérdida del rol económico, así como a cuestiones de tipo personal, particularmente a poder “tener el control del gasto y de las actividades de la casa”, o bien, en no reconocer que ya no seguía con su rol de proveedor total del hogar, y que deberían responsabilizar a los otros miembros (los hijos) de su nueva situación.

Los jubilados en la edad madura, vivieron esta etapa del rol económico de forma diferente, pues aun cuando enfrentaron ajustes, éstos se van a visualizar más en el rol familiar, y en menor medida en el económico. Algunos de los jubilados manifestaron que sus ingresos económicos eran suficientes para cubrir sus necesidades, e incluso señalaron que algunos costos se habían reducido, “el trabajo implica una inversión, la ropa, las actividades sociales, el traslado, etc.”. Incluso se observó que hubo un ajuste positivo en sus relaciones familiares porque han logrado planificar sus actividades personales, de pareja, sociales. Los jubilados en ancianidad, señalaron que este rol económico, debía tener ajustes pues a partir de que comenzaron a manifestar mayor fragilidad, y enfermedades crónicas, se tuvieron que realizar gastos que no estaban contemplados como el contar con un cuidador para su servicio, medicamentos, entre otros, que si mermaban el ingreso de su pensión. En número generales, en el rol económico el 91.6% de los jubilados estuvieron satisfechos con sus ingresos económicos ya que estos son suficientes para cubrir sus necesidades, mientras que un 6.3% su economía es déficit para saldar sus gastos, y un 2.1% no respondió nuestra pregunta. Los roles familiares son identificados por parentesco o por función. Los roles por parentesco se mantienen por toda la vida de la persona, son roles de extensión, solo que pueden modificar su expresión, así, se encontró que el rol de padre y madre con hijos adultos fue de interdependencia, ayuda, consejo y afecto;

mientras que en los casos de adolescentes y adultos jóvenes fue de autoridad, de afecto y de dependencia; los roles de hijo(a) adulto(a) mayor con una madre o padre viejo fueron de afecto, cuidador y proveedor, lo que implicó un cambio. Los roles nuevos son los que surgen con algunas transiciones de la familia (Iglesias, 200, p. 43). Mientras que para Moragas, (1995, p. 31), son el conjunto de funciones que asume cada miembro es lo que conocemos como “su rol” dentro de la familia. Entonces partiendo de lo aquí expresado, a partir de la jubilación, los roles podrían ser alterados o modificados, con respecto a la función que se viene a desempeñar al reintegrarse al hogar. Si bien es cierto que el pensionado siempre ha formado parte de ese hogar, sus funciones dentro de éste fueron distintas, dado que disponía de tiempos y actividades diferentes, y cuando comienza a pasar más tiempo dentro de casa, sus funciones cambian, aun cuando siga realizando los roles de papá, hermano, hijo, esposo.

Los entrevistados señalaron que al incorporarse a su casa, un 90.5% de la población se ha sentido satisfecho con su relación familiar debido a que mantienen una buena comunicación y conviven frecuentemente con sus familiares. Sin embargo, un 7.4% de los jubilados no cuentan con el apoyo de su familia y el 2.1% de la población no respondió nuestra pregunta. A las preguntas de cómo distribuye su tiempo, un 62.1% menciona que aún cuenta con su pareja y con ella asiste a las diferentes actividades que tienen, el 24.2%, señala que incluye tiempo para sus amigos, 10.5% en compañía de sus hijos y el 3.2% no respondieron. En este rol familiar fue importante considerar los aspectos de vida en pareja, y en su mayoría señalaron que “ayudó en el proceso”, sin embargo, también expresaron que hubo un momento de “ajustes”, “yo siempre he sido mandón y pues llegué a tratar de ordenar la casa, a hacer cambios aquí y allá, y pues ella me dijo así: mira viejo allá eras como el jefe, pero aquí la jefa soy yo”, otro entrevistado comentó, “mi esposa me dijo, ah ¿quieres cambios?,

y cómo le hacías en la uni, primero lo veías con el director o el rector, verdad!, pues aquí igual, primero los ves conmigo, y ya decidimos”.

En general, los jubilados –tanto hombres como mujeres– aludieron que después de la jubilación se tuvieron que reorganizar su tiempo y su espacio, pues “uno se jubila del trabajo pero no de los demás”, y comenzar a realizar actividades en el tiempo que antes dedicaban al trabajo, para hacer cosas que siempre quisieron hacer y no podían, y que ahora lo pueden hacer, “mientras se tenga salud y se pueda uno mover”. En los casos de jubilados en la etapa de “salida de los hijos del hogar”, se encontró que fue donde hubo mayores ajustes en su nuevo rol, pues aun cuando se sentían apoyados ante ellos, señalan cómo su presencia en el hogar generó algunos roces con su pareja “mis hijos al verme ahí me pedían permiso para algo y yo decía que sí, y después me enteraba que mi esposa había dicho antes que no, y pues ya se imagina”, en otros casos comentaron que las implicaciones fueron que la familia que estaba generalmente en casa no estaba preparada tampoco para recibir a un integrante más de tiempo completo, y entonces los conflictos se hicieron presentes en temas tales como nuevas obligaciones (asumidas, aceptadas o impuestas), nuevas demandas de tiempo, y uno que no se había presentado en el rol anterior, los estereotipos. Una entrevistada comentó, “como me jubilé, pues me querían de tiempo completo en la casa, y pues no, yo también quiero hacer otras cosas con mi tiempo”, incluso hubo una mujer que comentó, “no sé cómo le hacía antes con todo esto de las tareas de la casa, los hijos (y ya están grandes) y el trabajo, pues antes me ajustaba muy bien el tiempo y ahora no, incluso estoy pensando en buscarme un trabajo para ver si me vuelvo a acomodar”.

Se refiere al conjunto de expectativas que comparten los miembros de un grupo en relación con el comportamiento de una persona que ocupa una determinada posición dentro del mismo grupo. Importante es mencionar, que en el lugar de

trabajo se establece relaciones de tipo social, y no solamente laborales. Esto fue un aspecto que se consideró en las entrevistas, al encontrar que a nivel social, en el proceso de ajuste de los jubilados, si influyen los estereotipos que existen entorno a ello. En comentarios con personas próximas a jubilarse se observó este aspecto al hacer referencia que “cuando dejas de trabajar, pues también dejas de ser productivo” y ese argumento debería de cambiar, pues la vida no sólo es el trabajo.

En las entrevistas se encontraron respuestas muy interesantes con respecto a su percepción sobre la jubilación en relación al rol social, y aunque fueron muy sutiles las diferencias, sí existen formas de expresarlo distinto. Una de las entrevistadas mencionó que en su área de trabajo, eso de la jubilación pues era más fácil para las mujeres, y que incluso sus compañeros señalaban, “pues para ustedes es más fácil, tienen otras cosas que hacer, pero uno como hombre, pues es más difícil, que queda, más que irse al jardín con el resto de los señores que ahí se sienta a ver pasar el tiempo”. Incluso, como se observó en el rol familiar, las mujeres han sentido, que su jubilación se asocia con regreso de tiempo completo al hogar, y pues eso es un condicionante social, que implica cierta presión. Otra de las entrevistadas comentó, “ahora que me jubilé, pues me voy a dedicar con mayor tiempo a mi casa, a organizarla, a tenerla limpia, y pues porque no, poder ayudar a mis hijos con los nietos cuando se vean presionados”; sin embargo, otra entrevistada mencionó, “yo me jubilé y le dije a mi marido, voy a dedicarme a escribir, a tomar clases de pintura, a cuidarme; y luego mis hijos dijeron –te podemos traer a los chicos– y les tuve que decir que no, porque aquí no es guardería”.

Otro elemento que estuvo presente, fue que se sentían cuestionados del porqué de su jubilación, pues algunos de ellos, al cumplir 28 años de trabajo, no habían cumplido aún los 60 años, y se sintieron cuestionados por dejar de trabajar, “tan joven y ya quieres que te mantenga el gobierno”. En otras

palabras, si para un grupo de personas la jubilación implica que dejas de ser productivo, para otros, parece ser que se vuelven una carga para quienes siguen trabajando. Al revisar los roles económico, familiar y social que desempeñan los jubilados, se les preguntó qué significaba la jubilación para ellos, sobre todo por los comentarios que se recibieron en el rol social, y los resultados fueron interesantes. Un 38.9% señala que es el fin laboral después de tantos años de trabajo; un 17.9% menciona que es el bienestar en su vida; un 16.8% señala que es la compensación laboral que merecen después de los años de servicio a la institución; un 15.8% no contestó; el 6.3% indica que es un derecho de todos los trabajadores; un 3.2% nos menciona que es la aceptación de dicha etapa; y finalmente 1.1% refiere que es una depresión al dejar de laborar. Como se observa en sus respuestas, para muchos de ellos está relacionado con la conclusión de su rol laboral y con sus derechos como trabajador para recibir una compensación; para otros lo relacionan con el tema del bienestar, y solamente un porcentaje menor lo definió con algo negativo. Lo cual ofrece una perspectiva de cómo la percepción individual cambia, al comenzar a vivir esa etapa, y la percepción social. Indudablemente estos resultados nos muestran ese proceso de transición y ajuste en esta nueva etapa de su vida, y que en función de su edad, el género, los factores económicos y de salud, así como la etapa del ciclo de vida familiar, influyen en la manera en que asumen su nuevo rol y funciones.

## **Discusión y conclusiones**

En este documento se ha dado cuenta sobre el grupo social de pensionados/jubilados de una institución de educación superior. Es una agrupación de personas que comparten su identificación como trabajadores de la Universidad de Colima, que cumplieron con un periodo igual o mayor a los 28 años de labor y haber cotizado para el Instituto Mexicano del Segu-

ro Social. Además, de su experiencia laboral, se identifican en ellos aspectos de factores económicos (pensiones), familiares (se identifican roles y funciones dentro de su dinámica familiar), sociales, (expectativas, formas de comportamiento, estereotipos). Donde se logran identificar que la articulación de estas funciones y roles, les permite tener un significado sobre la jubilación desde dos vertientes principales: derechos laborales y bienestar. Aún cuando este grupo no es homogéneo en edad y género, si es factible identificar que al término de su rol laboral, existe una transición y ajuste en los roles económico, familiar y social, los cuales se asocian a su historia de vida y a su ciclo familiar. Por tanto, la jubilación o retiro se encuentra relacionado a su estilo de vida y del significado del trabajo. Si bien, no se revisó en este documento el tema de género, se pudo observar que sí existe una diferencia, particularmente en el reconocimiento y los espacios que se van generando al grupo de mujeres trabajadoras, y por otro lado, las pérdidas que pudieran tener al retornar solamente a su rol de cuidadoras del hogar. La percepción de la jubilación se encierra dentro de los aspectos de la vivencia de su nuevo rol y su aceptación; al señalar que la jubilación es la manera de asumir el cierre de un ciclo de vida que da inicio a otro, en donde debe haber una resignificación de los roles que han tenido y de las nuevas funciones que deben adquirir en el espacio familiar y social.

En los resultados obtenidos, se encontró que la percepción de los jubilados sobre dicha etapa varía en sus significados: para algunos sólo es un derecho laboral, un fin de los años trabajados o en algunos tristeza o depresión, viéndose, en algunos casos, forzados a dejar su espacio laboral. De igual manera, el asociar la jubilación con una etapa de cambios al final de su vida, sin sentirse preparados para ello, no solamente se afecta su rol laboral, sino también sus relaciones personales y emocionales. Sin embargo, indagando más en las entrevistas, se encontró que en general los jubilados universitarios, si observan cambios en su bienestar físico, mental y social, argu-

mentando que la afectación física va implícita con el tiempo, sin embargo, ahora después de un tiempo transcurrido han observado más beneficios con la jubilación, particularmente en el ámbito de las relaciones sociales, pues advierten que esos grupos de compañeros que tuvieron cuando laboraron, muchos de ellos ahora son sus amigos, y que dentro de la Asociación se reencuentran; también reconocen que durante su rol laboral pudieron desarrollar capacidades y habilidades que ahora pueden utilizar para sentirse bien; pero también se identificaron aspectos de tipo emocional, como sentimientos de depresión, nostalgia, el reconocer que al retirarse dejaban en ese lugar muchos años de su vida, y que ahora deben buscar nuevos retos y alicientes.

Podemos concluir, por tanto, que los jubilados perciben los cambios que se generan en su entorno familiar desde el rol económico, familiar y social, los cuales están asociados a sus historias de vida, a su dinámica familiar, y por supuesto a los roles asignados y asumidos por la población en estudio. Los ajustes personales y sociales están en función de su vivencia, del momento histórico, de los roles y del apoyo familiar. Este grupo ha vivido, desde su vivencia subjetiva y al momento del estudio las fases de euforia, ocupación y luna de miel. La jubilación implica una resignificación de la identidad de género. En el caso de los hombres, les permite mantener un rol de proveedores y protectores con ciertos ajustes. Las mujeres, mantienen el de madres y esposas, sin embargo, en ellas se logra observar cierta independencia económica, al contar con el ingreso de la pensión.

## **Recomendaciones**

Al finalizar este estudio surgen una serie de recomendaciones para el abordaje del proceso de transición del trabajo al retiro laboral y el ajuste a la jubilación en los trabajadores universitarios. Se recomienda continuar con el desarrollo de

investigaciones de corte cualitativo que permita comparar las fases de la jubilación en personas recién jubiladas y otras que tengan tres o cuatro años de jubilados para ampliar los conocimientos del proceso de la vivencia y los ajustes a la jubilación. De igual manera, sería recomendable hacer una investigación para explorar como desde las diferentes etapas del ciclo vital se vive el retiro laboral. Igualmente sería muy interesante analizar el tema de la jubilación desde la perspectiva de género, la construcción de la identidad y el significado del rol laboral. A la institución educativa se recomienda preparar a nivel personal, familiar, laboral y social sobre el proceso y ajustes de la jubilación, para que la transición sea lo más favorable posible. Para la disciplina de la orientación, en los procesos de transición y ajuste a la jubilación tener presente la condición de género, la construcción de la identidad y el significado del trabajo.

### **Referencias Bibliográficas**

- Abarca, S. (1991). *El jubilado y la familia. Cuadernos de gerontología*. Costa Rica: E.D.N.A.S.S.S-C.C.S.S.
- Barrera, E., Malagón, J., & Sarasola, J. (2007). Evolución de la preparación a la jubilación en la empresa. *Aposta Revista de Ciencias Sociales*, 35, 1-36.
- Castrillón, M. (1995). *Impacto psicosocial de la jubilación*. Tesis de graduación de posgrado en psicología. Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Cerdas, D. (1991). *Reflexiones acerca de la identidad en etapa de la jubilación*. Cuadernos de gerontología, 5, 16-33.
- Fandiño, D. (1996). *La jubilación como proceso. En memoria del curso de formación de capacitadores en preparación para la jubilación*. Costa Rica: C.E.N.D.E.I.S.S.S.
- Fernández, G. (1996). *La jubilación y el reencuentro con la pareja*. Costa Rica: C.E.N.D.E.I.S.S.S.S.
- Iglesias, J. (2001). Rol familiar influencias personales, familiares y sociales. Chile Usse.

- Moragas, R. (2000). Preparación para la Jubilación. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.) *Gerontología Social* (pp. 453-472). Madrid: Pirámide.
- Pérez, M. C. & Rodríguez, G. R. (2011). Jubilación. En R. Rodríguez & G. Lazcano (Eds.) *Práctica de la geriatría* (pp.50-58). México: McGraw-Hill.

## CAPÍTULO 7

### **Funcionalidad del adulto mayor: un aporte a su calidad de vida<sup>1</sup>**

Sara Herrera Leyton<sup>2</sup>  
Paola Pincheira Morán<sup>3</sup>  
*Universidad Católica del Maule*

*“Envejecer es como una montaña: mientras se sube  
las fuerzas disminuyen pero la mirada es más libre,  
la vista más amplia y serena”*

Ingmar Bergman

### **Introducción**

Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países del mundo, esta es una situación preocupante y sin precedentes en la historia (Organización Mundial de la Salud, 2015).

En Chile, esta situación también es una realidad y aunque el aumento de la esperanza de vida puede considerarse

---

1. Trabajo derivado de la tesis de Magíster en Enfermería “Factores asociados a la funcionalidad de AM residentes en hogares de larga estadía de la ciudad de Linares” del programa de Magíster en Enfermería Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Católica del Maule.

2. Enfermera Universidad de Concepción, Magíster en Enfermería Comunitaria, Universidad de Concepción. Diplomada en Docencia Universitaria, Universidad de Chile. Diplomada en Gestión del Cuidado y Calidad en Enfermería, Universidad Católica del Maule. Es académica de la Escuela de Enfermería y Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica del Maule.

3. Enfermera, Universidad de Santiago de Chile. Diplomada en Atención de Urgencia de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Magíster (c) en Enfermería, Mención en Gestión del Cuidado, Universidad Católica del Maule.

como el resultado de un éxito en las políticas públicas del país, también constituye un gran desafío para la sociedad saber enfrentar este envejecimiento, adaptarse, prepararse y asegurar a las personas mayores que no solo vivirán más años, sino que además gozarán de calidad de vida y de integración en la sociedad, de modo que puedan disfrutar de su adultez mayor y no tan solo sobrevivir a ella, sintiéndose acompañados, tranquilos, seguros y felices.

Debido a las características de la sociedad actual, acelerada y productiva, muchas veces se vulneran los derechos de las personas mayores, experimentando discriminación, incluso a veces de sus propias familias, siendo en algunos casos alejados de su entorno, excluidos del hogar y destinados a vivir en hogares de larga estadía.

Los hogares recién mencionados también llamados asilos o residencias colectivas, están orientados a prestar atención y cuidados a personas mayores con diferentes características, los que se van a entregar de acuerdo a sus necesidades. Es fundamental conocer el grado de funcionalidad de cada uno de ellos, ya que resulta relevante para poder prevenir sus alteraciones cuando se pueda, abordarlos cuando ya están presentes y programar los cuidados de enfermería hacia el adulto mayor de acuerdo a esta información importante para mantener esta población funcionalmente sana, especialmente los institucionalizados, lo que permitirá programar los cuidados de enfermería de acuerdo a sus necesidades individuales, además de la realización de intervenciones de prevención y promoción que favorezcan su autonomía, con el objetivo de mantener a la población mayor sana y funcional tanto física, psíquica como socialmente y mejorar su calidad de vida.

## **Estadísticas del envejecimiento en Chile y el mundo**

Uno de los cambios que ha traído el siglo XXI es la tendencia mundial al envejecimiento de la población, situación

que se ve reflejada en las estadísticas sociodemográficas que revelan los estudios de cada país.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), la población mundial está envejeciendo a pasos acelerados, y entrega datos relevantes como por ejemplo, entre el año 2015 y el año 2050 la proporción de la población con más de 60 años de edad pasará de 900 millones hasta cerca de 2000 millones, lo que representa un aumento del 12% al 22%, fenómeno que sucederá tan solo en el transcurso de medio siglo, mucho más rápido que en años precedentes.

Para los países europeos, por ejemplo Francia demoró casi 150 años para adaptarse a este proceso de incremento del 10% al 20% de población mayor de 60 años, mientras que en Brasil, China y la India esto sucederá en poco más de 20 años (OMS, 2015). Por lo tanto, en aquellos países donde el proceso ha sido más lento, se pudo contemplar el tiempo necesario para la preparación y adaptación a este aumento de la población adulta mayor. En cambio, en los países donde todo esto ha sido más rápido, incluyendo a Chile, no se ha dado el tiempo necesario para la preparación de la población y del país en general en los ámbitos como la salud, la educación y en las políticas de gobierno, lo que está provocando que las personas mayores hoy en día no cuenten con los beneficios, atenciones y condiciones adecuadas para vivir en la sociedad.

Chile por lo tanto, no permanece ajeno a este fenómeno y las estadísticas nacionales lo demuestran. El Instituto Nacional de Estadísticas (2007), manifiesta que nuestro país de igual forma está viviendo una etapa avanzada de transición al envejecimiento demográfico, situación que tiene su impacto en la sociedad no sólo en el ámbito de la salud, sino también en la economía y en la composición de la fuerza de trabajo. Agrega que el aumento en la esperanza de vida, la disminución de la natalidad y los bajos índices de mortalidad infantil, son las causas principales del envejecimiento de la población en América Latina. Se calcula que en el año 2010 existían 50

adultos mayores por cada 100 menores de 15 años y que en el año 2040 estas cifras prácticamente se igualarán. Es así que entre los años 1950 y 2002 las personas mayores de 60 años aumentaron en nuestro país de un 6,8% a un 11,4% correspondientemente.

De acuerdo a los resultados de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN, 2013), el porcentaje de adultos mayores que viven en Chile es un 16,7%, lo que en números se traduce a 2.885.157, representando un incremento del índice de envejecimiento de 9,3% con respecto al año 2011. Según la misma encuesta, de este porcentaje un 57,3% son mujeres y un 42,7% son hombres.

En cuanto al panorama regional, el mayor índice de envejecimiento de población en Chile está en la Región de los Ríos con 99,4 adultos mayores de 60 años por cada 100 niños menores de 15 años, en segundo lugar se encuentra la Región del Maule con 95,7 y en tercer lugar la de Valparaíso (87,8) y Los Lagos (85,3).

Finalmente, de acuerdo con todas las estadísticas mencionadas, se cree que por primera vez en la historia las personas pueden esperar vivir muchos años más debido a este aumento de la esperanza de vida, lo que brinda una oportunidad importante para las personas mayores, sus familias y para la sociedad. Las aspiraciones serían, que en estos años de vida adicionales se pudieran emprender nuevas actividades, como estudios o antiguas aficiones, sin dejar de contribuir de forma importante en su familia y su comunidad. Sin embargo, hay un factor muy importante que condiciona en gran medida las posibilidades de realizar estas actividades, esto es, el estado de su salud (OMS, 2015). Es por esto la importancia de la mantención de la salud de los adultos mayores, ya que con ello se prevé también una mejor calidad de vida.

## **Factores que condicionan la salud y calidad de vida en el Adulto Mayor**

El envejecimiento biológico no siempre es igual en todos los adultos mayores. Algunos octogenarios tienen facultades físicas y psíquicas que les permiten desenvolverse sin problemas en su vida diaria, mientras que otros sufren deterioro funcional y cognitivo a edades mucho más tempranas. Lo interesante es que estas dos variaciones que se observan en la salud de las personas mayores son consecuencia de dos factores, su herencia genética y también su entorno tanto físico como social, ya que éste determina sus posibilidades de desarrollarse y sus hábitos de salud (OMS, 2015).

Se define como envejecimiento del individuo un proceso fisiológico que comienza en la concepción y que ocasiona cambios característicos durante todo el ciclo vital. En esta etapa se produce mayor dificultad para responder a los cambios biológicos, psicológicos y sociales (OMS, 1974).

Los principales problemas de salud que afectan a las personas mayores son las enfermedades no transmisibles (OMS, 2015). Por esto la importancia que se les debe otorgar a los cuidados de las complicaciones de enfermedades crónicas, las políticas de salud deben enfocarse en promover un envejecimiento saludable que conlleve a una buena calidad de vida en esta etapa a la que cada vez serán más los que lleguen a vivirla.

Como consecuencia de estas enfermedades crónicas, donde muchas veces el adulto mayor se ve afectado por más de una, se produce la polifarmacia, que constituye uno de los factores que puede tener un impacto negativo en la funcionalidad, por ello es importante la educación en cuanto a los horarios y dosis durante el día (Programa de Salud del Adulto Mayor, 2004).

Ante esta alta prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas y sus complicaciones, surgen mayores limitaciones funcionales y cognitivas, y discapacidades que también

afectan la independencia en el diario vivir de los adultos mayores. Por ello es normal relacionar la vejez con la enfermedad, la dependencia y la falta de productividad (Dependencia de los adultos mayores en Chile, 2008).

La OMS (2015) refiere que las principales causas de muerte y de discapacidad en las personas adultas mayores son fundamentalmente las cardiopatías, el accidente cerebrovascular y las enfermedades respiratorias, el deterioro sensorial, el dolor en el cuello y la espalda, la enfermedad obstructiva crónica (EPOC), los trastornos depresivos, las caídas, la diabetes, la demencia y la artrosis.

Además, los adultos mayores que viven en países de ingresos bajos y medianos soportan una carga de morbilidad más elevada que los que viven en países de altos ingresos. Quizá la proporción de personas mayores en los países de altos ingresos que necesitan ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria como hacer labores en el hogar sea menor en los últimos 30 años, pero la prevalencia de las limitaciones menos graves de la funcionalidad es prácticamente la misma (OMS, 2015).

Sin embargo, esto no quiere decir que no se pueda contemplar el proceso del envejecimiento como una experiencia positiva, donde se produzcan oportunidades e integración del adulto mayor, teniendo en cuenta que lo importante es la forma, el dónde y con quién se vivirá este proceso, ya que de estas condiciones dependerá su situación de salud, centrada principalmente en mantener su funcionalidad y favorecer su independencia.

### **La funcionalidad: principal indicador del estado de salud de la persona mayor**

Frente a todos estos datos, la OMS (1982) recomienda medir la salud en personas mayores en términos de su situación funcional y específicamente en términos de pérdida de

funcionalidad, o bien, de acuerdo a su nivel de discapacidad o dependencia.

Fillenbaum (1984), apoya la propuesta de la OMS y refiere que los adultos mayores usualmente padecen enfermedades crónicas y por ello la preocupación no es curarlas, si no que mantener, pese a ellas, la independencia funcional.

La funcionalidad del adulto mayor, se define como la capacidad para realizar los actos básicos, cotidianos e instrumentales de la vida diaria junto con la capacidad de enfrentar los elementos estresores en lo físico, biológico y social (EFAM-Chile, 2004).

Las actividades de la vida diaria (AVD), tienen relación con el autocuidado y consisten en poder realizar en forma independiente las actividades de sobrevivencia como comer, vestirse, arreglarse, bañarse, caminar, levantarse de la cama, hacer uso del baño (Willis, 1996).

En cambio las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), según Willis (1996) son tareas más complejas que requieren de competencia cognitiva en la vida cotidiana, y consisten en la habilidad para desempeñar adecuadamente tareas que se consideran esenciales para vivir independientemente en la sociedad, como usar el teléfono, ir de compras, trasladarse a lugares alejados, preparar comida, hacer las tareas de la casa, tomar los medicamentos y manejar el dinero.

A finales del siglo XX la OMS, instauró el concepto más amplio de “envejecimiento activo” reemplazando a lo que antes se refería como “envejecimiento saludable”, ya que en este proceso se requiere de optimizar las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante todo el ciclo vital con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad, el bienestar y la calidad de vida en la vejez y no solo referirse a la capacidad para estar físicamente activo.

Por esto, para todos los países continúa siendo un gran desafío saber enfrentar los problemas de salud de la población adulta mayor, ya que contempla además del aspecto físico, la

condición psicológica y emocional, lo que puede influir directamente en su capacidad funcional y cognitiva, muy importantes a la hora de evaluar su situación de salud. En relación a estas recomendaciones internacionales, en Chile, las autoridades pertinentes cada vez ponen más énfasis en el fortalecimiento de las políticas existentes y en la creación de otras que ayuden a mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

Así, ya en el año 1995, bajo esta mirada anticipatoria y preventiva internacional, se crea el Control Sano del Adulto Mayor, cuyo elemento principal fue la Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM) utilizado como instrumento predictor de la pérdida de funcionalidad en este grupo etario.

En el año 2002, del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), que contempla a toda persona que ha cumplido los 60 años, sin diferencias entre hombres y mujeres, y cuya misión es fomentar el envejecimiento activo y el desarrollo de servicios sociales para las personas mayores, cualquiera sea su condición. Busca fortalecer su participación y valoración en la sociedad, promoviendo su autocuidado y autonomía, favoreciendo el reconocimiento y el ejercicio de sus derechos, por medio de la coordinación intersectorial, el diseño, implementación y evaluación de políticas, planes y programas. Luego en el año 2008, este control de salud del adulto mayor se transformó en el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM) y se le agregó a parte del EFAM, mediciones antropométricas, evaluación de la presencia de redes de apoyo, riesgo de caídas, presencia de trastorno de ánimo y sospecha de maltrato.

Recientemente, en el año 2014, se crea un Programa Nacional de Salud de las Personas Adultas Mayores, que establece que la calidad de vida de las personas mayores debe estar al centro de la preocupación del sector salud, muy directamente ligada a la mantención de la funcionalidad, la comprensión y el manejo de la morbilidad y el retardo de la dependencia.

Una medida importante para preparar al país para esta

transición demográfica, sería educar a la sociedad en su conjunto a cerca de los cuidados que deben recibir las personas mayores, con respecto a la educación formal en el caso de todas las carreras del ámbito de la salud, tanto profesionales como técnicas, médicos, enfermeras, kinesiólogos, técnicos en enfermería entre otros, sus mallas curriculares deben adaptarse y completarse de modo que cubran todas las necesidades de aprendizaje sobre el cuidado integral del adulto mayor. En lo que se refiere al ámbito informal es importante la capacitación y apoyo a cuidadores y familiares en general, para que cuenten con las herramientas que les permitan entregar los cuidados que necesitan las personas mayores que tienen a cargo.

El reto entonces es prevenir y en términos de políticas de salud para el siglo XXI es mantener a la población mayor funcionalmente sana (EFAM-Chile 2003).

### **Los establecimientos de larga estadía para adultos mayores (ELEAM)**

La realidad social actual es que las familias son conformadas por un número reducido de integrantes, y esto las lleva a dejar de lado a las personas mayores que conforman el núcleo familiar, los que no reciben el reconocimiento social que se merecen, se sienten solos y con un futuro incierto. Esto les disminuye su autoestima y les provoca deterioro físico y emocional que puede afectar su salud y su grado de funcionalidad.

En relación a la dependencia, la OMS pronostica que de aquí al año 2050, la cantidad de personas mayores que no podrán valerse por sí mismas se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo. Muchas personas de edad muy avanzada perderán la capacidad de vivir independientemente porque padecerán limitaciones de la movilidad, fragilidad u otros problemas físicos o mentales. Por lo tanto, muchos adultos mayores necesitarán alguna forma de asistencia a largo plazo, que puede consistir en cuidados domiciliarios o comunitarios

y ayuda para la vida cotidiana, y en algunos casos internación en hogares de larga estadía u hospitalizaciones prolongadas en establecimientos de salud.

Cada vez es más frecuente que los hogares de larga estadía sean una alternativa para los adultos mayores que requieren de cuidados y de un lugar donde vivir debido a que las familias no pueden hacerse cargo de ellos. Generalmente la causa es la pérdida de la funcionalidad, por motivos de dependencia severa o por enfermedades mentales, como Alzheimer, demencia senil, entre otras.

Este alejamiento de las personas de edad avanzada de su propio entorno no sólo les afecta a ellas, sino que también ocasiona graves consecuencias para la sociedad en general. Los prejuicios, actitudes, prácticas o políticas, creencias desvalorizantes pueden dificultar la adopción de políticas más racionales y menoscabar la calidad de la atención sanitaria y social que se presta a las personas mayores. Estos establecimientos de larga estadía generalmente se asocian a sentimientos de soledad, tristeza y abandono, ya que los medios de comunicación se han encargado de mostrar actos abusivos y poco humanos hacia los adultos mayores que residen en ellos, además que ocasionan daños físicos y psicológicos a corto o largo plazo, más aún son hogares clandestinos no fiscalizados que cuentan con las medidas necesarias para llevar a cabo el cuidado de personas mayores.

Desde una mirada histórica, los primeros hogares de ancianos o residencias geriátricas aparecen en Europa en el Siglo XVI destinados a albergar locos, vagabundos, desviados de la ley y viejos. Quizá es por esto que aún existe ese estereotipo y la creencia en las personas que estos lugares son para alejar a estas personas de la sociedad, muy por el contrario de lo que deberían ser un lugar donde la familia debería estar incluida y donde se promueva la salud y la funcionalidad de los que llegan aquí.

En Chile, estos son denominados por el Servicio Nacio-

nal del Adulto Mayor (SENAMA) como Establecimientos de Larga Estadía del Adulto Mayor (ELEAM) y están regidos por el Reglamento D.S. N°14 de agosto del 2010 del Ministerio de Salud (MINSAL). La fiscalización la realiza Servicio de Salud del territorio correspondiente. Deben contar con una autorización sanitaria para funcionar otorgada por la Secretaria Regional Ministerial de Salud competente del lugar donde se encuentren ubicados. Según su último catastro en el año 2013, existían un total de 724 ELEAM, sin considerar la existencia de los hogares clandestinos que no son fiscalizados.

El SENAMA los designa para entregar servicios de cuidado a las personas mayores y los define como “lugares en que residen adultos mayores que, por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren de un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados para la mantención de su salud y funcionalidad”.

Kane, Ouslander y Abrass (2001), en su libro “*Geriatría Clínica*”, definen los objetivos de la atención en estos centros, como proporcionar un ambiente seguro y de apoyo para las personas con enfermedades crónicas, recuperar y mantener el mayor nivel posible de independencia funcional, conservar la autonomía personal, mejorar la calidad de vida, el bienestar percibido y la satisfacción vital; proporcionar unas condiciones y un ambiente cómodo y digno para las personas que padecen una enfermedad terminal y para sus familiares, estabilizar y retrasar el avance y el deterioro producido por las enfermedades crónicas, prevenir enfermedades agudas y la iatrogenia, identificándolas y tratándolas cuando se presenten.

Se puede concluir con todas estas definiciones, que los ELEAM existen entonces en todo el mundo, con diferentes nombres y funciones, pero en general todos tienen un enfoque similar. De acuerdo a indicadores del SENAMA sobre la realidad de las casas de reposo en el país, revelan que los ELEAM atienden a una población autovalente que alcanza apenas a cerca de un tercio de los residentes, mientras que un

18% aproximadamente son adultos mayores con dependencia severa.

La preparación de estos establecimientos, tanto en su infraestructura física como en la formación y capacitación del personal, es de vital importancia. Se hacen indispensables los cuidados de enfermería, cuidados especializados y oportunos, que favorezcan la autovalencia y retrasen el mayor tiempo posible el estado de dependencia.

### **Cuidados de Enfermería en el adulto mayor**

Según el Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud (2015), todos los proveedores de servicios hacia los adultos mayores deberán contar en el futuro con conocimientos gerontológicos y geriátricos básicos. Así como con competencias más generales necesarias para trabajar en sistemas de atención integrada, incluida una buena capacidad de comunicación, trabajo en equipo y manejo de tecnologías de la información.

El objetivo es prevenir las complicaciones de los adultos mayores y lograr la independencia en sus actividades, principalmente de autocuidado, promover su funcionalidad, y evitar por el contrario la demanda demás gastos y/o tiempo de la población económicamente activa. La meta es llegar a la adultez mayor de la manera más saludable posible, retardando el tiempo de aparición de la discapacidad y con un enfoque en la calidad, la dignidad y el buen vivir más que en la cantidad de años (Berrío, 2012).

Es por esto la importancia del rol de enfermería en el cuidado del adulto mayor, en los ámbito de la gestión, asistencial, educación e investigación, utilizando como estrategia la promoción del autocuidado para mantenerlo activo. Según todos los antecedentes descritos, sería muy importante la presencia permanente de la enfermera, y de su rol propio como lo son la prevención, promoción, educación, curación y rehabilitación para la salud. En los casos que sea necesario, además la incor-

poración de modelos y teorías en la práctica de los cuidados que se proporcionan por parte de todos los funcionarios del hogar.

La prevención es una actividad propia de enfermería muy importante a desarrollar con los adultos mayores, ya que su funcionalidad depende en gran medida de las actividades dirigidas a prevenir la enfermedad. Y en este caso, más específicamente, a prevenir la dependencia, ya que una vez que se desarrolla es más difícil revertirla y avanza con rapidez. Por esto, la enfermera es la responsable en atención primaria en salud de realizar el examen de medicina preventiva del adulto mayor (EMPAM).

### **Examen de medicina preventiva del adulto mayor chile (EMPAM)**

El EMPAM tiene como objetivos evaluar la salud integral y la funcionalidad del adulto mayor, identificar y controlar los factores de riesgo de pérdida de la funcionalidad y elaborar un plan de atención y seguimiento, para ser ejecutado por el equipo de salud (Ministerio de Salud Chile, 2008).

Como se mencionó, esta evaluación es realizada por la enfermera en todos los establecimientos de atención primaria en salud a toda persona mayor de 60 años, una vez al año en los controles de salud.

El EMPAM tiene seis grandes ítems, el de mediciones antropométricas (presión arterial, pulso, estatura, índice de masa corporal, circunferencia de cintura, y actividad física), el diagnóstico funcional donde se aplica el examen funcional del adulto mayor (EFAM), los exámenes a realizar, los diagnósticos, la terapia farmacológica y finalmente el plan de atención que se le otorgará al adulto mayor.

El EFAM, es el instrumento predictor de pérdida de funcionalidad de la persona mayor, que cuenta dos partes, una Parte A y una Parte B que se aplica cuando corresponda, los

cuales buscan pesquisar los factores que puedan afectar su autonomía y los clasifica según el grado de funcionalidad en “autovalente sin riesgo”, “autovalente con riesgo” y en “riesgo de dependencia”.

La Parte A consta de nueve preguntas, las primeras cinco miden la posibilidad de realizar AVD y AIVD, la pregunta seis apunta a conocer el estado cognitivo actual utilizando el “Mini Mental State Examination” o mini-mental. En cambio la número siete evalúa la reserva cognitiva adquirida de la educación formal cuantificando los años de escolaridad, y por último las preguntas ocho y nueve miden funcionalidad del tren superior e inferior.

El puntaje obtenido por el adulto mayor al realizarle la Parte A del EFAM, permitirá clasificarlo en “riesgo de dependencia” con un puntaje menor o igual a 42 o “autovalente” con un puntaje mayor o igual a 43. En el caso de que sea clasificado como “autovalente”, se le debe aplicar la Parte B que discrimina el riesgo.

La Parte B consta de seis preguntas. Las dos primeras evalúan el riesgo cardiovascular, la número tres y cuatro se refieren al estado cognitivo actual y la cinco y seis apuntan a la sospecha de depresión y ansiedad. Aquí el adulto mayor es clasificado como autovalente sin riesgo con un puntaje igual o mayor a 45) o autovalente con riesgo con un puntaje igual o menor a 45. Desde el año 2004, EFAM – Chile es incluido en el EMPAM, luego de un largo proceso de construcción y posterior validación.

El EFAM se realiza una vez al año en los servicios de atención primaria y se aplica a toda persona mayor de 60 años que no presente signos de discapacidad evidente, tales como personas que utilicen sillas de ruedas, ciegas o aquellas que sufran secuelas importantes, ya que en este caso se aplica desde el año 2011 el índice de Barthel, que valora el grado de dependencia del paciente con respecto a la capacidad de realizar 10 actividades de la vida diaria (AVD).

## Consideraciones finales

El crecimiento en número de adultos mayores en el mundo y en especial en nuestro país, es una realidad que no podemos dejar de lado, si sumamos a esto el aumento en la esperanza de vida, nos vemos enfrentados a una realidad que como profesionales de la salud no lo podemos ignorar, muy por el contrario, sumado al aumento de Adultos Mayores también debemos responsabilizarnos de su calidad de vida, dado que el aumento en años debe ir acompañado de una buena calidad de vida, la que no siempre se ve favorecida debido a que a menudo deben afrontar muchos desafíos, adaptaciones y aceptaciones, dados los cambios que en este grupo etéreo se presentan. Uno de ellos es el cambio en la funcionalidad que es el principal indicador del estado de salud de las personas mayores y que determina en gran parte la capacidad para autovalerse o ser dependientes de otros. La familia es el principal apoyo, la que no siempre puede aunque se quiera darles atención, por eso nacen los hogares de larga estadía que viene a suplir en parte la atención en la vida diaria de los adultos mayores, por lo que aquí es muy importante los cuidados de enfermería que se debe prestar a estas personas, requiriendo un buen trabajo en equipo, conocimientos en gerontología y geriatría con el fin de dar una atención integrada con acciones de promoción de la salud, prevención de complicaciones y poder mantener a los adultos mayores lo más funcional posible.

## Referencias Bibliográficas

- Berrío, M. (2012). Envejecimiento de la población: un reto para la salud pública. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 40(3), 192-194.
- De la Fuente, M., Bayona, I., Fernández, F., Martínez, M., & Navas, F. (2012). La dependencia funcional del anciano institucionalizado valorada mediante el índice de Barthel. *Gerokomos*, 23(1), 19-22.

- Escalona, C., Roca, A., & Blanco, K. (2012). Deterioro cognitivo, demencia y estado funcional de residentes en un hogar de ancianos: estudio descriptivo de corte transversal con abordaje cuantitativo. *Medwave*, 12(11). Recuperado de: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/5570>.
- Instituto Nacional de Geriátría. (2016). *Envejecimiento*. Recuperado de: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/menu5/envejecimiento.html>
- Leite, M., Castioni, D., Kirchner, R., & Hildebrandt, L. (2015). Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil. *Enfermería Global*, 14(37), 1-11.
- Medina, J. (2015). Envejecimiento de la población y necesidad de la intervención interdisciplinaria. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 23(1), 1-2.
- Ministerio de Salud. (2014). *Programa Nacional de salud de las personas adultas mayores*. Recuperado de: [http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03\\_14.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03_14.pdf)
- Muñoz, C., Rojas, P. & Marzuca, G. (2015). Valoración del estado funcional de adultos mayores con dependencia moderada y severa pertenecientes a un centro de salud familiar. *Fisioterapia y Pesquisa*, 22(1), 76-83.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Envejecimiento*. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
- Rodríguez, M., Cruz, F., & Pérez, M. (2013). Dependencia funcional y bienestar en personas mayores institucionalizadas. *Index de Enfermería*, 23(1-2), 36-40.
- Subsecretaría de Salud Pública. (2011). *Manual de aplicación*

*del Examen de medicina preventiva del adulto mayor. Recuperado de: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/ab-1f81f43ef0c2a6e04001011e011907.pdf>*

Sanhueza, M., Castro, M., & Merino, J. (2012). Optimizando la funcionalidad del adulto mayor a través de una estrategia de autocuidado. *Avances de Enfermería*, 30(1), 23-31.



## CAPÍTULO 8

### **Polifarmacia en el adulto mayor y el significado del uso de drogas en la vejez**

Claudio Rojas-Jara<sup>1</sup>

Luisa Ramírez Cisterna\*

Carolina Pinto Poblete\*

Carlos Concha Garrido\*

Sebastián Chandía Espinoza\*

Bárbara Cerda Rodríguez\*

Bastián Apablaza Osorio\*

*Universidad Católica del Maule*

*“La trágica grandeza de la finitud humana”.*

Alexandre Koyré

### **Introducción**

La vinculación de las drogas con el ser humano no es tan sólo un enlace histórico y cultural ampliamente estudiado y documentado (Brau, 1970; Escotado, 2008; Schultes & Hofmann, 2010). Las drogas también aparecen transversalmente en lo extenso del recorrido vital. Se espera que el uso problemático de drogas de mayor severidad tenga sus primeros actos durante la infancia temprana, donde la exposición a una serie de factores (experiencias adversas) ubiquen al niño/a en un escenario donde las drogas y su consumo adquieren fuer-

---

1. Psicólogo, Licenciado en Psicología, Mención Psicología de la Salud, Universidad Católica del Maule. Magíster en Drogodependencias, Universidad Central de Chile. Académico Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica del Maule, Chile. Correspondencia dirigirla a: crojasj@ucm.cl

\* Estudiantes de 5to año, Escuela de Psicología, Universidad Católica del Maule.

za (Vega & Sepúlveda, 2016). La adolescencia, por su parte, emerge como una etapa donde el uso de drogas es algo esperado, ya sea como un comportamiento exploratorio-evolutivo o de tipo adaptativo-reactivo (Rojas-Jara & Rioseco, 2016). Como nos refieren Chandía & Vásquez (2016) adolescencia y drogas son dos conceptos que comparten ciertas afinidades que les permiten congeniar de manera peligrosa, no sólo por el vínculo entre ambos sino también por los prejuicios sociales y culturales que se elaboran sobre el joven que usa drogas. Referenciar al adulto es un tema cada vez más complejo dado que el traspaso de la juventud a la vida adulta tiene consideraciones culturales y económicas fuertemente implicadas que dificultan su establecimiento de manera estricta. Sin embargo, se reconoce que en el periodo posterior a los 25 años se generaría una consolidación de patrones problemáticos de uso de drogas, cuyos antecedentes aluden a etapas anteriores del ciclo (Proyecto Hombre, 2008). Cuando aludimos a la vejez, y por cuestiones socioculturales, tendemos a asociarle a ciertos comportamientos, apariencias y características que serían propias de personas que se encuentran en esta etapa del ciclo vital humano. Sin embargo, algo poco estudiado durante este periodo tiene que ver con el uso de drogas. Como señala Fergusson (2016) “probablemente porque ambos temas, vejez y drogas, no suelen asociarse tan fácilmente y no son abordados desde el criterio del ciclo vital completo” (p. 189). Bajo estas consideraciones iniciales, daremos cuenta en el presente capítulo de algunos datos e información obtenidos en una búsqueda de artículos científicos<sup>2</sup> con respecto a la polifarmacia, o uso de múltiples fármacos, que aparece como una de las relaciones más preocupantes del uso de drogas y la

---

2. La investigación se desarrolló a partir de una consulta a 6 bases de datos con información de los últimos 10 años (Redalyc, Scielo, Pubmed, PePSIC, EBSCOhost, Trip y metabuscadores como Google Scholar) bajo el método Cochrane de revisiones sistemáticas (fases de preselección, revisión, evaluación de sesgos, elegibilidad e inclusión).

vejez. Sin ir más lejos en Chile según el Ministerio de Salud (2014, citado en Fergusson, 2016) el uso de fármacos de esta población alcanza un promedio de 4,2 medicamentos diarios, siendo casi el doble que los tramos menores. Esto urge no sólo por la noción de legalidad de los fármacos y el fácil acceso a ellos, sino también por los efectos que la multi-medicación (debidamente prescrita o por auto-medicación) puede generar en el adulto mayor. Finalmente, intentamos elaborar una mirada comprensiva y analítica a los significados que pueden estar tras el uso de drogas en adultos mayores.

### **Sobre el envejecimiento**

El envejecimiento de la población es un proceso intrínseco de la normal transición demográfica. Es esperable entonces que la disminución de la natalidad y el progresivo aumento de la esperanza de vida tengan un alto impacto en la edad de la población al disminuir el número de personas en edades tempranas y el aumento de sectores con edades más avanzadas (Serra & Germán, 2013).

En Chile, alrededor de 1975, la esperanza de vida en promedio llegaba hasta los 77,2 años. Pero durante los últimos años, específicamente desde el 2005-2010, la vida de las personas ha alcanzado una longevidad cercana a los 82,8 años y se proyecta que para el 2050 esta cifra llegaría a los 85,6 años. A raíz de esto, se proyecta que a partir del 2025, la población de adultos mayores supere a la de los infantes, llegando a 103,1 personas de la tercera edad por cada 100 menores de 15 años, pero esta cifra aumentaría a 170 en el año 2050 de acuerdo a las proyecciones (Ministerio de Desarrollo Social, 2012).

El Servicio Nacional del Adulto Mayor (2009) señala que Chile ha mostrado una drástica disminución en sus tasas de natalidad en los últimos años, lo que ha dado como resultado un envejecimiento de la población. Así mismo menciona que esta situación se irá profundizando con el paso de los años,

ya que de acuerdo a las estimaciones se pasará de 13,12 nacimientos por cada mil personas entre los años 2010-2025, a 10,98 durante los años 2045-2050.

Uno de los factores que influiría en lo que está ocurriendo en la población, como mencionan Velázquez y Gómez (2011), sería el hecho de que los distintos avances en salud han llevado a un aumento considerable de la esperanza de vida, logrando así que la población de adultos mayores aumente. Campos, León y Rojas (2011) destacan los diferentes avances tecnológicos y científicos, en relación a la medicina, que se han desarrollado en Chile en las últimas décadas y que han contribuido a la cura de diferentes enfermedades, logrando así incrementar la esperanza de vida de las personas, permitiéndoles vivir un número mayor de años.

Barrantes (2006) se refiere a la vejez como un proceso complejo, en el cual una persona es considerada mayor cuando llega a la edad de 60-65 años, independientemente de su historia clínica y situación particular. Un término actual asociado a esta edad es el de adulto mayor, expresión utilizada por las Naciones Unidas para referirse a los individuos que superan los 70 años de edad en los países en desarrollo, y 75 años, en países desarrollados. Alonso (2007, Citado en Lozano-Poveda, 2011), refiere que la edad fisiológica está ligada al proceso de envejecimiento y su relación con las capacidades funcionales, tales como la densidad ósea, el tono muscular y la fuerza del individuo, características que sufren transformaciones con el paso de los años. Rodríguez, Jiménez, Fernández y González (2007) hacen referencia a que la edad de 60 años se acepta como el límite para el comienzo de la ancianidad o vejez.

## **Fármacos y adultos mayores**

La vejez no sólo implica alcanzar cierta edad, también es un proceso y etapa natural del ciclo vital que se caracteriza, entre otras cosas, porque predispone al individuo a la

aparición de algunas enfermedades propias del envejecer y al consumo de cierto tipo y cantidad de medicamentos (Serra & Germán, 2013).

Con el paso de los años, existen una serie de cambios a nivel tanto fisiológico como psicológico. Estos cambios van de la mano con un incremento en las enfermedades crónicas (Reboredo-García, Mateo & Casal-Llorente, 2014). Algunas de las enfermedades más comunes en los adultos mayores son la diabetes, la hipertensión arterial, patologías osteoarticulares, colesterol elevado y enfermedades cardíacas (Katzung, 2013; Reboredo-García et al., 2014; Terán-Álvarez, González-García, Rivero-Pérez & Tarrazo-Suárez, 2016). Esta situación determina que los adultos mayores se vean expuestos a una mayor prescripción y uso de medicamentos para abordar patologías crónicas. Sin embargo, el elevado uso de fármacos en la vejez provocaría una serie de reacciones adversas y daños en su salud, en un contrasentido interesante de observar y analizar<sup>3</sup>. Se estima que la población adulta mayor presentaría, al menos 7 veces más eventos adversos por medicamentos que los jóvenes (Fuentes & Webar, 2013).

Velázquez y Gómez (2011) mencionan que los adultos mayores se han convertido en los consumidores más grandes de medicamentos, ya sea: a) porque les son indicadas para tratar las patologías que en su mayoría padecen, b) por automedicación, o c) por la prescripción simultánea de varios médicos, ya que es esperable que un solo adulto mayor, sea atendido por más de un facultativo. Rossi, Young, Maher, Rodríguez, Appelt, Perera, Hajjar & Hanlon (2007) refieren que acudir a diversos médicos de manera paralela está asociado a prescripciones potencialmente inadecuadas (PPI). En su investigación se demostró que 6 de cada 10 pacientes presentan evidencia de consumo innecesario de medicamentos. El acudir

---

3. Jacques Derrida en la Farmacia de Platón (1975) ya enunciaba las drogas como "pharmakon" en términos de que pueden ser significadas como remedio y veneno.

paralelamente a distintos médicos es denominado duplicidad terapéutica, afectando a 3 de cada 4 adultos mayores y siendo uno de los factores más frecuentemente relacionados con las PPI (Nicieza-García, Salgueiro-Vásquez, Jimeno-Demuth & Manso, 2016; Terán-Álvarez et al., 2016).

A este punto es observable, según Calenti (2010), que los tratamientos farmacológicos aun siendo útiles y beneficiosos tienen la capacidad de desencadenar efectos adversos para los adultos mayores, lo que además aumenta exponencialmente con el paso de los años. En primer lugar, porque este grupo consume el 34% de todas las prescripciones médicas indicadas, y en segundo lugar, porque un 40% de los fármacos que utilizan no necesitan prescripción alguna.

### **Polifarmacia en adultos mayores: presencias y consecuencias**

La polifarmacia es consensuada en general por diferentes autores como el uso de cinco o más medicamentos concurrentes, sin embargo, es importante mencionar que existen diversas definiciones al respecto (Chao, Tsai, Wu, Lin, Hsu, Chen & Hung, 2015; García-Baztán, Roqueta, Martínez-Fernández, Colprim, Puertas & Miralles, 2014; Lu, Wen, Chen & Hsiao, 2015).

Otros autores refieren que la polifarmacia es el consumo de múltiples preparados farmacológicos, sean estos prescritos o no (Charlesworth, Smit, Lee, Alramadhan & Odden, 2015; Frank, 2014; Serra & Germán, 2013). Asimismo, otros señalan que la polifarmacia puede ser apropiada o inapropiada, puesto que en ciertas ocasiones las prescripciones existentes pueden tener una indicación adecuada, no obstante, el uso de múltiples fármacos provoca reacciones adversas las cuales aumentan a medida que se prescribe una mayor cantidad de medicamentos (Hitzeman & Belsky, 2013; Milton, Hill-Smith & Jackson, 2008).

Cuando se realiza una prescripción farmacológica se deben tener en cuenta ciertos factores, como por ejemplo, los cambios vinculados a las respuestas del organismo frente a la utilización de medicamentos. A raíz de los cambios producidos a nivel fisiológico con el paso de los años, existe un decremento de la depuración renal, el tamaño del hígado y la masa corporal magra, afectando directamente la distribución, el metabolismo y la excreción de los fármacos. Estas alteraciones se conocen como cambios a nivel fármaco-cinético (procesos de distribución, absorción y liberación en el cuerpo de los medicamentos) y fármaco-dinámico (acción de los medicamentos y efectos que tiene en el organismo), y debido a estos cambios los adultos mayores suelen necesitar dosis más bajas (Filié, Satie, Martins & Barros, 2009; Katzung, 2013; Milton, Hill-Smith & Jackson, 2008; Pretorius, Gataric, Swedlund & Miller, 2013).

Algunas de las preparaciones farmacológicas más usadas de forma inadecuada (PPI) serían las benzodiacepinas (BZD), opiáceos<sup>4</sup> y anti-inflamatorios no esteroideos (García-Baztán et al., 2014; Katzung, 2013; Milton et al., 2008; Nicieza-García et al., 2016; Pretorius et al., 2013; Terán-Álvarez et al., 2016). Otras investigaciones apuntan a que los grupos farmacológicos más utilizados son los anti-bacterianos, los anti-hipertensivos, los anti-inflamatorios y los analgésicos no opioides (Charlesworth et al., 2015; Frank & Weir, 2014; Rodríguez et al., 2007, Alvarado & Mendoza, 2006).

Teniendo en consideración estos elementos, sumado a que durante la vejez ocurren diversos cambios a niveles fisiológicos y psicológicos, es importante precisar aquellas consecuencias que derivan del uso de diversos medicamentos. Sánchez-Gutiérrez, Flores-García, Aguilar-García, Ruiz-Bernéz, Sánchez-Beltrán y Moya-García (2012) buscaron dar cuenta

---

4. Además tanto las benzodiacepinas como los opiáceos tienen el potencial de causar dependencia.

de los efectos de la polifarmacia sobre la calidad de vida de los adultos mayores, y sus resultados plantean la presencia de diversos efectos adversos asociados. A nivel fisiológico mediato e inmediato se cuentan: la sequedad bucal, el dolor epigástrico, las palpitaciones, cefalea, insomnio, flatulencia, anorexia, tos seca, náuseas y somnolencia. Esto además afectaría de manera directa los patrones funcionales de reposo-sueño, eliminación, sexualidad y actividad-ejercicio. Además, detectaron que el 71,2% de los pacientes de la investigación no recibieron información del prescriptor sobre posibles reacciones adversas.

Otros efectos adversos muy frecuentes en los adultos mayores son aquellos relacionados al uso de fármacos anti-colinérgicos. Existen efectos periféricos (constipación, sequedad de la boca, hipotensión ortostática, arritmias, retención urinaria, glaucoma de ángulo cerrado), centrales (delirium, deterioro cognitivo) y anti-colinérgicos (se oponen a los producidos fisiológicamente por la acetilcolina). Los efectos adversos a fármacos anti-colinérgicos pueden contribuir a eventos como caídas, delirium y deterioro cognitivo en el adulto mayor (Fuentes & Webar, 2013). Calenti (2010) agrega que los adultos mayores presentan una mayor sensibilidad a los fármacos depresores del sistema nervioso central (sedantes o tranquilizantes), los que pueden producir estreñimiento y un mayor deterioro cognitivo en la población más anciana con Alzheimer.

En lo correspondiente a las consecuencias psicológicas del uso de variados medicamentos, hay datos que lo relacionarían con una disminución de los estados de alerta, vigilia y alteraciones de tipo cognitivo pero no existiría información suficiente para determinar la totalidad de consecuencias que la polifarmacia generaría en la salud mental del adulto mayor (Charlesworth et al., 2015).

En consideración de estos efectos adversos que puede generar la polifarmacia en el adulto mayor es que aparece re-

levante su detección y abordaje comprensivo, ya que muchas veces un efecto secundario de la mezcla de medicamentos se puede interpretar como la aparición de nueva sintomatología asociada al empeoramiento de algo ya padecido o una enfermedad adicional, provocando nueva medicación y aumentando el riesgo (Arnold, 2008).

Otras situaciones a considerar dentro del proceso de envejecimiento y su relación con el consumo de múltiples fármacos, tiene relación con aspectos sociales y psicológicos propios de esta etapa y que podrían verse impactados con la aparición de la polifarmacia. En la adultez mayor, los aspectos sociales tienen relación con procesos de duelo debido a pérdidas de algún ser querido, la jubilación y dificultades económicas, el aislamiento y la falta de apoyo social. A nivel psicológico se relacionan con cuadros de depresión, soledad, ansiedad, problemas de memoria, alteraciones cognitivas, demencia y confusión (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2008).

Como se ha señalado previamente, la polifarmacia es la medicación múltiple y simultánea para atacar diferentes malestares. Reeve, Wiese, Hendrix, Roberts y Shakib (2013) plantean en su investigación que comúnmente los pacientes con tratamientos polifarmacológicos, consumen uno o más medicamentos potencialmente inadecuados (MPI), es decir, medicamentos que según ciertos criterios ya dejaron de cumplir su función y se transforman en factores potencialmente riesgosos para la salud. En su investigación, demostraron que la mayoría de los participantes están dispuestos a dejar alguna de sus medicaciones, siempre que el médico dé el visto bueno y la edad no sea un factor determinante en el resultado. Moßhammer, Haumann, Mörike y Joos (2016) plantean que por parte de los médicos prescriptores se hace necesaria la promoción de un plan farmacológico individual, teniendo en consideración los cambios propios de esta etapa junto a los factores sociales y psicológicos asociados al uso de medica-

mentos. En esta misma línea, han surgido diferentes estrategias para minimizar el consumo inadecuado de fármacos, con el fin de promover la de-prescripción de los medicamentos que ya no cumplen su función original, una de ellas es la planteada por Belcher, Fried, Agostini y Tinetti (2006), que en su investigación muestran diferentes percepciones de los pacientes sobre su participación en el proceso de prescripción de medicamentos. En ella se refiere que los pacientes quieren ser partícipes de este proceso junto a su médico, con el fin de que el tratamiento sea planificado en base a las necesidades de cada adulto mayor. De esta forma, para aquellos pacientes que consideraron posible su propia participación en el diseño del tratamiento, los factores como el conocimiento, la comunicación, la confidencialidad, la confianza, el creciente número de medicamentos disponibles, y tener varios médicos prescribiendo recetas a la misma persona, eran temas recurrentes para facilitar o impedir su participación en el diseño del tratamiento.

### **Probables significados del uso de drogas en la vejez**

Establecer una exploración tentativa al porqué del uso de drogas en la vejez implica retornar, en términos conceptuales, a ciertos planteamientos que otorguen un sustento a la respuesta.

Inicialmente, es importante considerar que el uso de drogas en el adulto mayor no se reduce únicamente a la polifarmacia, como hemos revisado en extenso, sino también al uso de otras drogas legales (tabaco y el alcohol) e ilegales. Sobre este punto existe una cifra negra permanente dado que los actuales sistemas de encuestas sobre drogas en Chile (como en otras parte del mundo) no ahondan en la población mayor a 64 años, lo que invisibiliza, en términos de lo que refiere Fergusson (2016), la realidad que se esconde detrás de su omisión. Por otra parte, también es válido acotar que no todo uso de drogas en la vejez es en sí mismo un acto patológico, ya que

los usos recreativos y/o medicinales de cualquier droga no son potestad de una edad o etapa vital, sin embargo, claramente puede constituir un riesgo a la salud ya que la metabolización –como hemos dado cuenta– tiene un actuar diferente en el organismo durante la vejez.

Autores como Galbán, Sansó, Díaz-Canel, Carrasco & Oliva (2007) refieren, puntualmente, que la polifarmacia estaría relacionada directamente con la tendencia a vivir más años, y el interés humano de que así sea, sin embargo, advierten también que esta polimedicación puede transformarse en sí misma en un acto iatrogénico. Esta referencia nos muestra que la utilidad del uso de drogas en la vejez estaría conectada con los diferentes procesos que el adulto mayor debe desarrollar y a ciertas paradojas que en ellos se suscitan.

Indagar analíticamente sobre la función que adquiere el uso de drogas en el adulto mayor nos remite de manera natural con alusiones biopsicosociales de esta etapa, como también a las tareas y devenires que le caracterizan. Según Salvarezza (1988) la vejez implica un periodo crítico que se manifestaría intrapsíquicamente de tres maneras: a) **la acentuación de la interioridad**, con un mayor énfasis en la introspección, la estimación del sí mismo y la evaluación (favorable o no) de la vida recorrida; b) **el cambio en la apreciación del paso del tiempo**, con la consciencia y aceptación (angustiosa o no) de la propia finitud y de la vida con un tiempo limitado; y c) **la personalización de la muerte**, que toma fuerza con el fallecimiento de personas significativas (amigos, cercanos o los propios padres). En este punto, la muerte deja de ser una idea lejana para transformarse en algo real, próximo y concreto.

Fernández (2007) menciona que en condiciones normales, el cambio en la apreciación del tiempo y la personalización de la muerte van dejando progresivamente de ser preocupaciones para los adultos mayores a través de la articulación de ciertos mecanismos de elaboración y negación, pero no ocurriría lo mismo con la acentuación de la interioridad. Esta ten-

dería a permanecer en la vejez y facilitaría “el despliegue de potencialidades en el mundo cotidiano, que de ninguna manera supone aislamiento, marginación, pasividad, ni incremento del egoísmo” (p.81). El mismo Fernández (2004) reconoce que una tarea psicológicamente significativa de esta etapa consistiría en el intento por contemplar la vida en su plenitud, con aceptación y coherencia, culminando con la integridad del Yo<sup>5</sup>. Erikson (2000) agrega al respecto que esta contemplación del vivir en la vejez, incluye “una mirada retrospectiva de la vida de uno mismo hasta el momento presente” (p.116). Además, del monto de disgusto o desesperanza experimentado, dependerá la evaluación sobre si se ha vivido una buena vida o el lamento por las ocasiones y oportunidades perdidas. ¿Qué ocurriría entonces con aquel adulto mayor cuyo proceso de interioridad defina evaluaciones narcisistas con un alto componente de angustia y desesperación por las pérdidas que reconoce? ¿Qué resultaría de una apreciación persecutoria del tiempo en la vejez que incluya un pasado inmutable, un presente frágil y un futuro efímero? ¿Cómo podría manifestarse en el adulto mayor una significación depresiva de la propia muerte y su inevitabilidad?

Al parecer estas salidas no convencionales de las crisis propias de la vejez podrían decantar en ciertos duelos, tanto reales como simbólicos, con diferentes objetos que afectarían su apreciación personal y social. El adulto mayor atravesaría duelos: a) con el **soma** (el cuerpo) por la disminución de funciones corporales y la pérdida de la imagen de sí mismo; b) con lo **social** (el vínculo) por la pérdida de lazos, la jubilación y la reducción de interacciones sociales; y c) con la **psique** (lo psíquico) expresados en cambios en la afectividad y el enlentecimiento para adquisiciones intelectuales o nuevas destrezas (Fernández, 2004).

---

5. Cuando esto no ocurre, según Erikson (2000), se produciría una asfíxia al desarrollo normal del adulto mayor elaborando una identidad trastocada, o un yo temporal, que denomina como “vejez falsa” o de la abnegación.

El adulto mayor que vive de manera normal<sup>6</sup> la salida de estos duelos, integraría los aprendizajes como también las propias limitaciones que la vejez le establece. En cambio, cuando la depresión resultante de una parcial o nula resolución de los duelos anteriormente consignados lo domina, implica según Fernández (2004) que “la persona puede ser vencida por la desesperación y la desesperanza. Se acentúan los temores a la muerte y, aunque se pueda expresar desprecio por la vida, se continua anhelando la posibilidad de volver a vivirla” (pp. 172-173).

Todas estas situaciones que serían propias del tránsito por la vejez implican una aproximación con el dolor. La conciencia y elaboración de los cambios corporales (cabello, piel, dentadura, musculatura, etc.) y la renuncia a la imagen joven de sí mismo, la distancia con el esparcimiento libre y el contacto social, la jubilación que conlleva la pérdida del reconocimiento laboral y las limitantes económicas asociadas, la re-memoración de la vida desde la finitud del presente y la lasitud del futuro teñida por la muerte, son todas situaciones que eventualmente podrían establecer un enlace con el dolor. Frente a la exposición y vivencia del dolor emerge poderosa la figura de las drogas como un elemento que permitirían su cancelación (Le Poulichet, 2012; López, 2003). Freud (1915/1979) propone al respecto, que ciertos estímulos exteriores percibidos como amenazantes pueden ser interiorizados, implicando un aumento de la tensión y que tales estímulos cobran una “notable semejanza con una pulsión. Según sabemos, en ese caso sentimos dolor”<sup>7</sup> (p. 141). Agrega posteriormente que el dolor sólo puede ser vencido por la acción de una droga o la influencia de una distracción psíquica. De este modo, tanto duelos como pérdidas –en lo concreto y lo simbólico– durante la vejez podrían claramente elicitar el uso de drogas como un

---

6. Con lo espurio y débil que resulta el concepto de normalidad.

7. Recordemos que para Freud el dolor físico y psíquico tendrían la misma estructura.

mecanismo no tradicional de ajuste del aparato psíquico. El dolor, en este caso aparecería como una reacción esperada y genuina frente a la pérdida del objeto (la juventud, la vida, la posición social), y las drogas cumplirían en este sentido una doble función: la cancelación tóxica del dolor y el efecto de suplencia/suplemento.

Con **cancelación tóxica** nos referimos a que la polifarmacia o las drogas en general permiten la supresión de los dolores físicos pero también psíquicos que pueden ser percibidos en la vejez. Por eso como refiere López (2016) “ante el dolor crudo, no hay sino cancelación, se trata de una acción directa, sin recorrido psíquico, sin esfuerzo de tramitación” (p. 53). Esta función anestésica de las drogas frente a las pérdidas y duelos que el adulto mayor puede significar angustiosamente (trauma), no sólo explicita su rol sino que además, permite comprender la dificultad para dejarles cuando su uso se torna regular y/o dependiente. Por eso sería tan difícil resolver el problema de las drogas, mientras el trauma no haya entrado en la vía de la palabra como resolución simbólica y espacio para la terapéutica (López, 2016). ¿Quiénes, excepto aquellos en estado de masoquismo auto-flagelante, se permitirían la aproximación al dolor sin establecer alguna contramedida?

El **efecto suplencia/suplemento** depura de mejor manera la función que las drogas ofrecerían al adulto mayor en esta salida, reiteramos, no tradicional de las crisis vitales propias de este periodo. En esta línea, es *suplencia* porque la droga emerge con un objeto real (fármaco) que viene a suplir la carencia de un elemento simbólico (es el reemplazo de un algo), y es *suplemento* porque adiciona elementos al yo ahí donde aparecen inhibiciones y límites a sus funciones (es el agregado o suplemento de un algo) (López, 2003, 2016). De esta forma, las drogas no sólo proveen al adulto mayor de un objeto tangible frente a las pérdidas que vivencia, sino que además este objeto de reemplazo le aporta significativamente algo al individuo. La sensación de prolongar la vida con el uso

de múltiples preparados farmacológicos, el adormecimiento del fantasma de la muerte con el alcohol o la búsqueda por tranquilizar con el tabaco las ansiedades persecutorias de un pasado inmodificable, son algunas muestras del uso, significado y función que las drogas podrían alcanzar durante la vejez.

### **Aspectos finales**

Si la consciencia humana es soluble con las drogas, como refiere Riane Eisler, podríamos esperar que el inconsciente, con sus huellas y memorias, también lo sea y en ese sentido el adulto mayor encuentre en las drogas un silenciador pasajero a las angustias propias y próximas de la finitud humana. El desafío para el terapeuta en este abordaje de la función del uso de drogas en adultos mayores (sean legales o ilegales, una o múltiples), es ser, como Virgilio fue para Dante, un acompañante y un guía durante el proceso de (re)memoración integrada y (re)significación positiva del recorrido en el inexorable último tramo de la vida. De esta manera, el terapeuta debe tornarse en un facilitador de estos procesos, en un catalizador estable para las (re)interpretaciones que surgirán de la mirada a la historia y un soporte para la elaboración de los pendientes que sean detectados. Si somos hábiles en identificar la función que la droga posee en la vida psíquica del adulto mayor, y luego elaboramos conjuntamente los sustitutos terapéuticos que reemplacen positivamente su utilidad, el uso se volverá probablemente innecesario. No hay necesidad de un anestésico si el dolor ha sido procesado y remitido (Rojas-Jara, 2015).

Un resultado evidente en esta revisión es que la multi-medicación es algo tan regular como potencialmente peligrosa en el adulto mayor y que existirían diferentes motivos para tal presencia polifarmacéutica (tanto conscientes como inconscientes, médicas o psicológicas, personales o sociales, etc.) que le determinan y sostienen. Volviendo a Erikson (2000), consideramos del mismo modo, que llegar a la vejez es

un privilegio ya que permite retroalimentar una larga vida al poder re-vivirla, re-memorarla y re-significarla en retrospectiva. Sin embargo, en ese periplo es necesario desprenderse de algunos objetos o posesiones –simbólicas o reales– de manera mesurada, coherente e integradora y evitar así que sean las drogas (o la polifarmacia) las que ocupen ese lugar y actúen en reemplazo de aquello que nos negamos a dejar partir.

### **Referencias bibliográficas**

- Alvarado, M., & Mendoza, V. (2006). Prevalencia y factores de riesgo para polifarmacia en adultos mayores del Valle del Mezquital, Hidalgo. *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*, 37(4), 12-20.
- Arnold, M. (2008). Polipharmacy and older adults: a role for psychology and psychologist. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(3), 283-289.
- Barrantes, M. (2006). Género, vejez y salud. *Acta Bioethica*, 12(2), 193-197.
- Belcher, V., Fried T., Agostini, J., & Tinetti, M. (2006). Views of older adults on patient participation in medication-related decision making. *Journal of General Internal Medicine*, 21(4), 298-303.
- Calenti, M. (2010). *Gerontología y geriatría*. Madrid: Médica Panamericana.
- Campos, F., León, D., & Rojas, M. (2011). *Guía, calidad de vida en la vejez. Herramientas para vivir más y mejor*. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Brau, J. (1970). *Historia de las drogas*. Barcelona: Bruguera.
- Chandía, G., & Vásquez, K. (2016). ¿Conceptos en diálogo o elementos en pugna? Adolescencias y drogas. En C. Rojas-Jara (Ed.) *Drogas: interpretaciones y abordajes desde la psicología* (pp. 155-169). Talca: Universidad Católica del Maule.
- Chao, C., Tsai, H., Wu, C., Lin, Y., Hsu, N., Chen, J., & Hung, K. (2015). Cumulative cardiovascular polypharmacy is

- associated with the risk of acute kidney injury in elderly patients. *Medicine*, 94(31), 1-8.
- Charlesworth, C., Smit, E., Lee, D., Alramadhan, F., & Odden, M. (2015). Polypharmacy among adult aged 65 years and older in the United States: 1988-2010. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 70(8), 989-995.
- Erikson, E. (2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica.
- Escotado, A. (2008). *Historia general de las drogas*. Madrid: Editorial Espasa Calpe.
- Fergusson, I. (2016). Drogas en la vejez: una realidad invisibilizada. En C. Rojas-Jara (Ed.) *Drogas: interpretaciones y abordajes desde la psicología* (pp. 187-202). Talca: Universidad Católica del Maule.
- Fernández, A. (2004). Psicoanálisis en la vejez: cuando el cuerpo se hace biografía y narración. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 99, 169-182.
- Fernández, A. (2007). El psicoanálisis con adultos mayores: subjetividad, relato y vejez. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 4(1), 76-87.
- Freud, S. (1915/1979). La represión. En *Obras Completas*, Tomo XIV (pp.135-152). Buenos Aires: Amorrortu.
- Filié, M., Satie, A., Martins, E., & Barros, D. (2009). Farmacología en la tercera edad: medicamentos de uso continuo y peligros de la interacción medicamentosa. *Gerokomos*, 20(1), 22-27.
- Frank, C. (2014). Deprescribing: a new word to guide medication review. *Canadian Medical Association Journal*, 186(6), 407-408.
- Frank, C., & Weir, E. (2014). Deprescribing for older patients. *Canadian Medical Association Journal*, 186(18), 1369-137.
- Fuentes, P., & Webar, J. (2013). Prescripción de fármacos en el adulto mayor. *Medwave*, 13(4), 56-66.
- Galbán, P., Sansó, F., Díaz-Canel, A., Carrasco, M., & Oliva,

- T. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(1).
- García-Baztán, A., Roqueta, C., Martínez-Fernández, M., Colprim, D., Puertas, P., & Miralles, R. (2014). Prescripción de benzodicepinas en el anciano en diferentes niveles asistenciales: características y factores relacionados. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 49(1), 24-28.
- Hitzeman, N., & Belsky, K. (2013). Appropriate use of polypharmacy for older patients. *American Family Physician*, 87(7), 483-484.
- Katzung, B. (2013). Aspectos especiales de la farmacología geriátrica. En B. Katzung, S. Masters & A. Trevor (Eds.). *Farmacología básica y clínica* (pp. 1051-1059). México: McGraw-Hill.
- Le Poulichet, S. (2012). *Toxicomanías y psicoanálisis: la narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- López, H. (2003). *Las adicciones: sus fundamentos clínicos*. Buenos Aires: Editorial Lazos.
- López, H. (2016). Psicoanálisis y toxicomanías: sobre la causa y el objeto de las adicciones. En C. Rojas-Jara (Ed.) *Drogas: interpretaciones y abordajes desde la psicología* (pp. 45-62). Talca: Universidad Católica del Maule.
- Lozano-Poveda, D. (2011). Concepción de vejez: entre la biología y la cultura. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 13(2), 89-100.
- Lu, W., Wen, Y., Chen, L., & Hsiao, F. (2015). Effect of polypharmacy, potentially inappropriate medications and anticholinergic burden on clinical outcomes: a retrospective cohort study. *Canadian Medical Association Journal*, 187(4), 130-137.
- Milton, J., Hill-Smith, I., & Jackson, S. (2008). Prescribing for older people. *Clinical Review*, 336, 606-609.
- Ministerio de Desarrollo Social (2012). *Informe de política social*. Recuperado de: [http://www.ministeriodesarrollo-social.gob.cl/ipos-2012/media/ipos\\_2012\\_pp\\_186-205](http://www.ministeriodesarrollo-social.gob.cl/ipos-2012/media/ipos_2012_pp_186-205).

pdf

- Moßhammer, D., Haumann, H., Mörike, K., & Joos, S. (2016). Polypharmacy-an upward trend with unpredictable effects. *Deutsches Ärzteblatt International*, 113(46), 627-633.
- Nicieza-García, M., Salgueiro-Vázquez, M., Jimeno-Demuth, F., & Manso, G. (2016). Optimización de la información sobre la medicación de personas polimedizadas en atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 30(1), 69-72.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2008). *Consumo de sustancias en adultos mayores: un problema olvidado*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Pretorius, R., Gataric, G., Swedlund, S., & Miller, J. (2013). Reducing the risk of adverse drug events in older adults. *American Family Physician*, 87(5), 331-338.
- Proyecto Hombre (2008). El consumo de cannabis entre la población adulta: evaluación y necesidad del tratamiento. *Revista de la Asociación Proyecto Hombre*, 65, 3-7.
- Reboredo-García, S., Mateo, C., & Casal-Llorente, C. (2014). Implantación de un programa de polimedizados en el marco de la estrategia gallega de atención integral a la cronicidad. *Atención Primaria*, 46(3), 33-40.
- Reeve, E., Wiese, M., Hendrix, I., Roberts, M., & Shakib, S. (2013). People's attitudes, beliefs, and experiences regarding polypharmacy and willingness to deprescribe. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(9), 1508-1514.
- Rodríguez, R., Jiménez, G., Fernández, E., & González, B. (2007). Caracterización de las reacciones adversas medicamentosas en ancianos. Cuba, 2003-2005. *Revista Cubana de Farmacias*, 41(3), 1-11.
- Rossi, M., Young, A., Maher, R., Rodríguez, K., Appelt, C., Perera, S., Hajjar, E., & Hanlon, J. (2007). Polypharmacy and health beliefs in older outpatients. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 5(4), 317-323.

- Rojas-Jara, C. (2015). Tratamiento para el uso problemático de drogas. Conceptos y pilares elementales de una intervención terapéutica. En C. Rojas-Jara (Ed.) *Drogas: conceptos, miradas y experiencias* (pp. 25-40). Talca: Universidad Católica del Maule.
- Rojas-Jara, C., & Rioseco, M. (2016). Convivencia escolar y drogas: la distinción y el análisis de una relación. En G. Salas, C. Cornejo, P. Morales & E. Saavedra (Eds.) *Del pathos al ethos: líneas y perspectivas en convivencia escolar* (pp. 187-200). Talca: Universidad Católica del Maule.
- Salvarezza, L. (1988). *Psicogeriatría: teoría y clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Sánchez-Gutiérrez, R., Flores-García, A., Aguilar-García, P., Ruiz-Bernés, S., Sánchez-Beltrán, C., Benítez-Guerrero, V., & Moya-García, M. (2012). Efectos de la polifarmacia sobre la calidad de vida en adultos mayores. *Revista Fuente*, 4(10), 70-75.
- Serra, M., & Germán, J. (2013). Polifarmacia en el adulto mayor. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 12(1), 142-151.
- Servicio Nacional del Adulto Mayor (2009). *Las personas mayores en Chile. Situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez*. Santiago: Gobierno de Chile.
- Schultes, R., & Hofmann, A. (2010). *Plantas de los dioses: orígenes del uso de alucinógenos*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Terán-Álvarez, L., González-García, M., Rivero-Pérez, J., & Tarrazo-Suárez, J. (2016). Prescripción potencialmente inadecuada en pacientes mayores grandes polimedicaados según criterios «STOPP». *SEMERGEN*, 42(1), 2-10.
- Vega, M., & Sepúlveda, M. I. (2016). Estrategias para la prevención selectiva del consumo problemático de sustancias con niños pequeños expuestos a experiencias adversas. En C. Rojas-Jara (Ed.) *Drogas: interpretaciones y abordajes desde la psicología* (pp. 141-154). Talca: Univer-

sidad Católica del Maule.

Velázquez, L., & Gómez, R. (2011). Frecuencias y factores asociados al empleo de polifarmacia en pacientes hospitalizados en el servicio de urgencias. *Archivos de Medicina de Urgencia de México*, 2(3), 49-54.



## CAPÍTULO 9

### **Pensión no contributiva, participación y redes sociales del adulto mayor en el ámbito rural**

Rosa Rodríguez Reaño  
Aroma De la Cadena Fernández  
*Pontificia Universidad Católica del Perú*

#### **Introducción**

La etapa de la vejez es, desde la perspectiva de la gerontología crítica<sup>1</sup>, una etapa tanto de pérdidas como de ganancias, todo dependerá de la combinación de recursos y oportunidades individuales y sociales a la que estén expuestas las personas en el transcurso de su vida. Se añade a esta perspectiva el enfoque de derechos, género e interculturalidad que promueve el empoderamiento de las personas adultas mayores (PAM) y las oportunidades que brinda una sociedad inclusiva.

Tomando en cuenta esa perspectiva, en el presente trabajo desarrollaremos tres aspectos relacionados con la población adulta mayor, especialmente aquella en situación de pobreza y pobreza extrema: la justificación de la pensión no contributiva para adultos mayores de escasos recursos, la participación comunitaria de las PAM y las redes sociales relacionadas con el adulto mayor. Este documento tiene la finalidad de llevarnos a reflexionar acerca de la presencia y la inclusión del adulto mayor en situación de pobreza y pobreza extrema dentro de la

---

1. La gerontología crítica, es una teoría emergente que permite cuestionar la universalidad de conceptos tales como: autonomía, salud, independencia, familia, integración, estrés, participación, vejez y declinación, entre otros; y analiza la funcionalidad de estos conceptos para las diferentes culturas, de acuerdo a la carga moral, ética y valorativa que se les otorgue, así como las prácticas socio-culturales que se desprenden del significado de tales conceptos (Yuni & Urbano, 2008).

sociedad. Finalizaremos el texto con conclusiones principales y algunas recomendaciones.

## **Situación del adulto mayor en el Perú**

A nivel mundial se ha producido un incremento poblacional de las personas adultas mayores, lo que está asociado principalmente a tres factores: disminución de los índices de natalidad, descenso de las tasas de mortalidad a temprana edad y el incremento de la esperanza de vida de la población. Esto último ha hecho que la pirámide poblacional continúe ampliándose en la punta y tornándose más angosta en la base. El Perú no es ajeno a estos cambios demográficos, en 1950 el 5.7% de la población peruana eran personas mayores, pero actualmente los adultos mayores representan el 9.9% de la población (INEI, 2016). Esta situación exige al Estado un cambio en la formulación de políticas públicas, programas y servicios dirigidos a las personas mayores de 60 años; además exige a la sociedad un cambio de pensamiento y de actitud frente a constantes prejuicios y estereotipos que limitan los derechos de las personas adultas mayores; y exige a los individuos un cambio personal para la aceptación, adaptación o transformación en esta etapa de la vida sin perder los lazos sociales con los diferentes grupos a los que pertenecen.

En el Perú, existe una serie de normativas y lineamientos de políticas públicas<sup>2</sup> dirigidas a mejorar la calidad de vida de

---

2. Las principales normativas brindadas desde el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), ente rector en tema de vejez, envejecimiento y PAM, son: Ley N° 30490 Ley del Adulto Mayor (2016); D.S. N° 011-2011-MIMDES que aprueba la Política Nacional en relación a las Personas Adultas Mayores (2011); Decreto Supremo N° 002-2013-MIMP que aprueba el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013-2017 (2013); Resolución Ministerial N° 613-2007-MIMDES que aprueba las Pautas y Recomendaciones para el Funcionamiento de los Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor Adulto Mayor (CIAM), (2007); Resolución Ministerial N° 328-2014-MIMP que aprueba los Lineamientos de Política para la

las PAM, a promover el ejercicio de sus derechos, a acceder a oportunidades y al desarrollo de sus propias capacidades. Como parte de esta política se crea el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) por Ley N°29792 en el 2011, organismo rector de las políticas nacionales que promueven el Desarrollo y la Inclusión Social. El MIDIS elabora la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social “Incluir para Crecer”, con un enfoque de hogar y territorial, a partir de los cuales se definen cinco ejes estratégicos: 1) nutrición infantil; 2) desarrollo infantil temprano; 3) desarrollo integral de la niñez y la adolescencia; 4) inclusión económica y 5) protección del adulto mayor, de 65 años a más.

Dentro del Eje 5, protección del adulto mayor, se espera contribuir a incrementar el bienestar de los adultos mayores que carezcan de las condiciones básicas para su subsistencia. En ese sentido la protección del adulto mayor de 65 años y más se implementa mediante un programa denominado “Programa Nacional de Asistencia Solidaria, Pensión 65”, creado en el año 2011 mediante Decreto Supremo N° 081-2011-PCM; el cual entrega una subvención económica de 250 soles (equivalente a 76 dólares) bimensuales por persona (Pensión 65, 2017) que permita contribuir a la seguridad económica de los adultos mayores. Esta subvención comenzó a otorgarse en el año 2010, a través del programa Gracitudo<sup>3</sup>, aunque en menor número de departamentos y a un menor número de adultos mayores. Este tipo de subvención tiene críticas por el hecho de brindar una suma de dinero (así sea muy pequeña) a personas que, como señalan algunos “*nunca trabajaron a lo largo de sus vidas*”, o como escuchamos también “*nunca aportaron al estado*”. En las siguientes líneas sustentamos por qué consideramos que sí es válida la entrega de esta subvención.

---

Promoción del Buen Trato a las Personas Adultas Mayores (2014).

3. Este programa se creó e implementó en el año 2010.

## **¿Por qué se justifica una pensión no contributiva para los adultos mayores?**

A lo largo de sus vidas, las personas adultas mayores, sobre todo aquellas que viven en localidades rurales y en gran medida en condiciones de extrema pobreza, han aportado al país de diversas maneras. Si bien no tenían la obligación de pagar impuestos “oficiales” dado que sus exiguos ingresos no los hacían sujetos de tributación, sus “aportes” se han dado a través de diversas modalidades como, por ejemplo, faenas<sup>4</sup> para la construcción y arreglo de la infraestructura comunal –incluidas escuelas, centros de salud, carreteras y puentes, infraestructura de riego, siembras forestales, redes de agua y desagüe, electrificación, locales comunales, iglesias–; aportes en bienes para los gastos comunales o aportes en trabajo ya sea para las gestiones comunales o para cuidar el patrimonio comunal –rebaños, chacras comunales–. Debemos notar que muchas de estas “inversiones” le corresponde, idealmente, realizarlas al estado, tal como ha sucedido y sucede en otras zonas del país, ya sea urbanas o rurales “modernas”. Por otro lado, el reconocimiento de estos aportes debe llevarnos a desecher la idea de personas que no pagan impuestos y que, por lo tanto, no contribuyen al bien común.

Uno de los antecedentes de este tipo de trabajo gratuito fue la ley de Conscripción Vial<sup>5</sup>, con la cual el Ministerio de Fomento y Obras Públicas de ese entonces buscaba “[...] favorecer la modernización, desarrollo e integración del Perú

---

4. Trabajo colectivo realizado en comunidades respondiendo a intereses comunes y para beneficio del conjunto de la población, en muchos casos en función de incentivos o sanciones (Olson, 1986, 1992).

5. La obligatoriedad del trabajo para el mantenimiento de los caminos ya se había incluido en la Ley Orgánica de Municipalidades de 1857 y que fue modificada posteriormente en 1886, 1903 y 1917. En Ecuador se estableció una modalidad similar a través de la Ley del Trabajo Subsidiario que luego pasó a llamarse Ley Vial, nombre que también tuvo en Bolivia a partir de 1905 (Meza Bazán, 2011).

a través de la construcción de carreteras, caminos, ferrocarriles, puentes, edificaciones, etc.”<sup>6</sup>. Bajo esta Ley N° 4113, todos los varones residentes en el territorio, peruanos y extranjeros, cuya edad esté comprendida entre 18 y 60 años quedaban sujetos a un servicio obligatorio gratuito de entre 6 y 12 días de trabajo. Aquellas personas que no deseaban realizar este servicio podían abonar el valor de los jornales que dejaban de cumplir, lo cual convirtió a las personas con menores recursos en trabajadores gratuitos del estado, mientras que quienes disponían de dinero podían pagar los jornales correspondientes o enviar a otra persona en su reemplazo. Para este trabajo el Estado aportaba los materiales así como “coca y bebidas en los lugares donde existía esta costumbre”, siendo las autoridades políticas y la policía las encargadas de hacer cumplir la ley.

Es probable que ningún adulto mayor de hoy haya participado de este trabajo pero, sin duda, sus padres sí lo hicieron. También es posible que en la memoria de estas personas esté el recuerdo que cuando fueron niños les llevaban los alimentos a sus padres mientras cumplían con su tarea. Si bien muchas de las obras realizadas bajo este esquema y otros esquemas similares previos no necesariamente han quedado registradas, es claro que contribuyeron al desarrollo e integración nacional convirtiéndose en una práctica que se reforzó y generalizó en el país sobre la base de la antigua tradición que tuvieron los pueblos originarios de realizar trabajos colectivos para el beneficio común. De hecho, muchas obras de infraestructura que aparecen registradas como obras de determinado gobierno, en rigor fueron obras comunales con exiguos aportes del estado –p.e. puertas, ventanas– pero registradas en las memorias presidenciales como “obras totales” del estado.

Para continuar con la costumbre, durante el primer gobierno de Fernando Belaúnde Terry, en 1963, esta práctica se institucionalizó a través del sistema de “Cooperación Popu-

---

6. Portal del Ministerio de Transportes y Comunicaciones (2017).

lar”, llegándose a construir 270 kilómetros de carreteras que buscaban integrar las zonas de producción con los mercados urbanos. Así mismo, se amplió la frontera agrícola en 11 mil hectáreas de cultivo y se instalaron redes sanitarias para 98 mil familias; estos logros sí quedaron registrados y fueron reconocidos por las Naciones Unidas<sup>7</sup>. En ese entonces, las personas que aportaron este trabajo eran hombres jóvenes que superaban apenas la mayoría de edad y en este caso es bastante probable que muchos de los adultos mayores rurales de hoy hayan participado de estas tareas. En posteriores etapas las poblaciones han seguido aportando su mano de obra de manera gratuita.

En faenas comunales también construyeron escuelas y en muchos casos contribuyeron con la alimentación de los profesores que se hacían cargo de la educación de sus hijos en las escuelas rurales e incluso pagaban a los docentes en bienes –viveres, textiles– pues de otro modo no hubieran podido contar con ellos. El gobierno central aportaba, en algunos, casos, maquinaria o material de construcción mientras que la población masculina aportaba la mano de obra y las mujeres contribuía con la elaboración de los alimentos y el acarreo de materiales. En posteriores gobiernos, y con el desarrollo de la urbanización de los barrios marginales de las ciudades, se ha contado también con la mano de obra de la población para continuar atendiendo las necesidades y servicios básicos. En el proceso de urbanización, los varones y las mujeres han realizado faenas comunales para el acondicionamiento de los espacios que iban urbanizando para ubicar y construir sus casas, y es así como los tendidos de las redes de electricidad, agua, desagüe y otros servicios se realizaron de manera colectiva en base a las formas de organización que los migrantes fueron trayendo desde las zonas rurales a las ciudades, una vez más para reemplazar la incapacidad de atención del Estado.

---

7. USIL (2016).

Igualmente, en los programas promovidos por el Estado, las madres de familia de los nuevos barrios que fueron surgiendo, han sido las encargadas de la preparación y distribución de alimentos en los comedores populares y/o del cuidado de niños. A cambio han recibido alimentos para sus familias; en pocos programas sociales se estableció un salario para las personas que se hacían cargo de llevarlos a cabo. Estas tareas no han excluido a las mujeres adultas mayores, pues muchas de ellas hasta ahora deben hacerse cargo de sus nietos y reemplazar a las madres, es decir a sus hijas o nueras, cuando estas salen a trabajar fuera del hogar. Es importante resaltar esto último, pues la falta de reconocimiento al trabajo de las mujeres que produce bienestar ejemplifica el sesgo patriarcal del Estado – algo que vale en realidad para todas las mujeres del país–.

En tiempos más recientes –y dramáticos–, en muchas zonas rurales, los que hoy son adultos mayores contribuyeron a la pacificación del país mediante la conformación de rondas campesinas, y muchos de ellos murieron por esta causa; en efecto, la paz que vivimos hoy le debe mucho a la resistencia de estas poblaciones, donde es importante resaltar el liderazgo de las mujeres, y todo ello ante la ineficacia del Estado para brindar seguridad a sus ciudadanos. De hecho, independientemente de la guerra civil vivida en el país, la seguridad ciudadana en las zonas rurales sigue estando en manos de los comuneros ante la ausencia del Estado, es el caso de las rondas campesinas en la sierra y costa norte del país.

### **Participación del adulto mayor en zona rural**

Si queremos indagar acerca de la participación del adulto mayor en sus comunidades, tenemos que remontarnos no solo a la etapa de la vejez, sino a etapas de vida previas<sup>8</sup>, donde

---

8. Es decir considera el denominado enfoque de Curso de Vida, que aborda los momentos del continuo de la vida y analiza cómo los eventos históricos y los cambios económicos, demográficos, sociales y culturales moldean o

la participación ha acompañado el proceso de envejecimiento de las y los pobladores de zonas rurales.

La participación es un término de uso cotidiano y presente en diversos ámbitos, sin embargo está relacionada con un ejercicio de poder que asume diferentes formas y genera diferentes efectos de acuerdo a lo que esté en juego en cada situación o evento (Ferullo, 2006). Estos efectos son el resultado de la necesidad de la constante construcción-deconstrucción-reconstrucción de los sujetos en relación con el contexto social-histórico con el que se identifican y donde participan (Ferullo, 2006).

Dado ello, podemos mencionar que la participación de las PAM en zonas rurales, actualmente, contiene las tres dimensiones básicas de una participación socialmente activa: ser parte (pertenencia); tener parte (tener algo que decir, que recibir, que ofrecer); y tomar parte (actuación crítica) (Hernández, 1994).

Ferullo (2006) replantea estas tres dimensiones relacionándolas con dos aspectos del poder, el poder ser y el poder hacer:

**a) Ser parte:** se refiere a los vínculos que va estableciendo el sujeto desde su nacimiento, que van produciendo en una trama cada vez más compleja, vital, dinámica que lo mantiene formando parte de un contexto socio-histórico. Esta dimensión está relacionada con el “poder ser” del sujeto.

**b) Tener parte:** se refiere a la posición, provee un lugar en una estructura social (“*tu*” lugar, “*mi*” lugar, “*nuestro*” lugar; *el lugar de cada uno*) que permite la interacción con los demás, teniendo conciencia de los propios deberes y derechos. Esta dimensión está relacionada tanto con el “poder ser” como con el “poder hacer” del sujeto.

---

configuran tanto las vidas individuales como las cohortes o generaciones, reconociendo así que el desarrollo humano dependen de la interacción de diferentes factores a lo largo del curso de la vida, de experiencias acumulativas y de situaciones presentes de cada individuo (Blanco, 2011; Ministerio de Salud y MINSALUD, 2015).

**c) Tomar parte:** se refiere a rol, a la actuación propiamente dicha, lo que permite la transformación, produce cambios.

Todos estos aspectos se dan de manera dinámica yendo de lo colectivo a lo individual y viceversa (Montero, 2004).

La participación comunitaria tiene un efecto: a) socializador (se generan pautas de acción), b) educativo (enseñanza-aprendizaje: todos los participantes aportan y reciben) y c) político (forma ciudadanía y aumenta la responsabilidad social) (Montero, 2004).

Los actuales adultos mayores –hombres y mujeres– también han participado ocupando cargos como promotores de salud, parteras, delegados comunales y diversos cargos tradicionales como “varayoq”<sup>9</sup>, “arariwa”<sup>10</sup>, paq’o”<sup>11</sup>, “cornesha”<sup>12</sup>, “wa’iri”<sup>13</sup>, “apu”<sup>14</sup>, etc.; todos ellos realizados de manera voluntaria y en forma gratuita. Estas tareas han formado parte de los ‘aportes’ individuales, familiares o comunales realizados con el fin de poder contar con diferentes servicios y medios de subsistencia –tangible e intangible–, los mismos que, dada

---

9. Varayoq: persona a la que se le encomienda la administración judicial en el ayllu (Lira, 1982).

10. Arariwa: cuidador de sembríos y campos que ahuyenta a los ladrones con voces de alarma (Lira, 1982).

11. Pakko: persona capaz de invocar a los espíritus (Lira, 1982).

12. Cornesha: personas con influencia moral y con cierto nivel de liderazgo entre el grupo Yanasha. Su liderazgo se basa en su posición como interlocutor de las divinidades y portadores de sus mensajes, y porque son poseedores de conocimientos de prácticas rituales necesarias para garantizar la fecundidad de la gente y la fertilidad de la tierra, plantas y animales. Iniciativa Territorio Indígena y Gobernanza en América Latina (s.f.)

13. Wa’iri: persona con prestigio entre el grupo Harambukt; asume tareas de curar enfermedades y de soñar para tener la visión correcta sobre las políticas a seguir. Iniciativa Territorio Indígena y Gobernanza en América Latina (s.f.)

14. Apu: persona de prestigio por cumplir con los paradigmas tradicionales entre las poblaciones de los grupos Wampis y Awajun; no obstante, hoy muchos “apus” son jóvenes que no han pasado por una formación tradicional y tienen escaso conocimiento de los valores y prácticas de su sociedad. Iniciativa Territorio Indígena y Gobernanza en América Latina (s.f.).

las dificultades o incapacidad del estado para acceder a estas localidades rurales distantes, no podrían ser atendidos si es que la propia población no los asume. Los cargos tradicionales que se continúan ejerciendo hasta ahora garantizan, además, la continuidad de muchos de los conocimientos y costumbres ancestrales, así como la identidad cultural y la defensa de sus recursos. Consideramos que el conjunto de circunstancias arriba mencionadas son razones suficientes que hacen que la pensión que reciben esos hombres y mujeres que realizaron trabajos gratuitos cuando jóvenes, sea una forma de retribuirles por los aportes que han hecho –y continúan haciendo– al bien común del país y a la “modernización, desarrollo e integración” del Perú. Por otro lado, es una forma de reconocimiento de su ser ciudadanos con derechos, como el de ser incluidos en el aprovechamiento de los recursos del país, y el de participar de espacios de solidaridad que le permitan un mayor bienestar en esta etapa de sus vidas; todo esto a cambio de los deberes cumplidos, entre otros, el de ser protectores del patrimonio cultural del país como una forma de defensa de los intereses nacionales y globales.

### **Redes sociales y adultos mayores en zona rural**

Los espacios de solidaridad a los que nos referimos pueden ser lo que las ciencias sociales definen como redes, aquellas “conexiones o articulaciones entre grupos y personas con un objetivo común que sirve de hilo conductor de tales relaciones, las cuales pueden ir desde relaciones familiares o de compadrazgo hasta movimientos sociales” (Riechmann y Fernández Buey, 1994, en Montero, 2006, p. 174). De modo similar, para la psicología social comunitaria, la red es “una forma de organización social en la cual se produce el intercambio continuo de ideas, servicios, objetos, modos de hacer” (Montero, 2006, p. 173). Es una estructura social, sólida, armónica, participativa, democrática y orientada al bien común, cuyos

atributos son la contención, el sostén, la posibilidad de manipulación y de crecimiento donde las personas y la sociedad concentran recursos, apoyo y refugio (Itriago e Itriago, 2000 citado en Montero, 2006; Packman, 1995). Estas redes comunitarias han estado y están presentes en los diversos procesos de organización comunal.

Tomando en cuenta el enorme aporte a nivel nacional realizado por las personas adultas mayores desde siempre y el actual incremento de redes de apoyo social al adulto mayor, podemos considerar que las redes han permitido y permiten una diversidad de relaciones complejas entre la población adulta mayor en situación de pobreza y pobreza extrema y los diversos actores (instituciones o personas) dentro o fuera de sus comunidades, lo que les permite a los adultos mayores incrementar sus recursos y fortalezas para contribuir a mejorar su calidad de vida.

Finalmente, no debemos olvidar que, las redes también son importantes porque dentro de ellas se conforman las redes de apoyo social, construidas por todas aquellas relaciones significativas que una persona establece cotidianamente y a lo largo de su vida. Puede estar formada por familiares cercanos, amigos, miembros de la comunidad, integrantes de los grupos a los que pertenece la persona y conocidos con quienes se ven periódica o esporádicamente. La red de apoyo social cumple diversas funciones, entre ellas las más importantes están referidas a la compañía social, apoyo emocional, guía y consejo, intercambio de información, regulación social y apoyo instrumental. Esto contribuye al bienestar psico-social de las personas, favorece el desarrollo de su identidad y el de su comunidad (Zapata, 2001).

## **Conclusiones**

El desafío que enfrentan las sociedades hoy en día, es entender y aceptar la vejez como una etapa más de la vida, con

características y demandas propias como cualquier otra etapa, lo importante es enfatizar en el desarrollo de las personas mayores, generando espacios sociales de cooperación, encuentro y asociación, que les permitan participar, empoderarse e identificarse consigo mismos y articular acciones con las autoridades y la sociedad civil, con el pleno ejercicio de sus derechos y a favor de su calidad de vida. Es necesario evidenciar la presencia y la estructura de las redes sociales, identificando a los actores claves, para a partir de ellas potenciar el trabajo comunitario. Asimismo es necesario respetar el propio ritmo del funcionamiento de las redes, ya que dependerá de las características de la comunidad, de su historia y de la historia de los diversos actores, del contexto, del momento y del estilo de trabajo comunitario y de la intensidad y frecuencia de las relaciones que se den entre los distintos actores. Reconocer la legitimidad de las pensiones no contributivas a los adultos mayores sobre todo aquellos que viven en zonas rurales o marginales en situación de pobreza y pobreza extrema permite además de contribuir a la mejora de su situación económica, poner énfasis en el reconocimiento de su ser ciudadanos, es decir, reconocerlos como personas con derechos.

Superar la discriminación de la que han sido objeto los pobladores rurales, en este caso las personas adultas mayores, contribuye a la reconciliación de la que habla la Comisión de la Verdad del Perú, la cual:

Debe ocurrir en el nivel personal y familiar; en el de las organizaciones de la sociedad y en el replanteamiento de las relaciones entre el Estado y la sociedad en su conjunto. Los tres planos señalados deben adecuarse a una meta general, que es la edificación de un país que se reconozca positivamente como multiétnico, pluricultural y multilingüe. (CVR, 2003, Conclusión 171)

Las redes comunitarias de las que participan los adultos mayores se pueden potenciar irradiando el trabajo realizado entre las partes interesadas a nivel local, regional y nacional,

potenciando de esta manera el papel de los gobiernos comunales y locales. Esto favorecerá la inclusión social y reforzará la identidad individual, social y cultural de cada comunidad, así como la construcción de ciudadanía, pudiendo convertirse en una alternativa de desarrollo local. Sería posible señalar que las redes de apoyo pueden convertirse en una instancia más sostenible si es que se basan en el respeto de la identidad cultural de sus protagonistas y en las dinámicas sociales, económicas y culturales de los grupos de PAM a los que atienden.

### **Referencias Bibliográficas**

- Blanco, M. (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*, 5(8), 5-31.
- Comisión de la Verdad y Reconciliación Perú (CVR) (2003). *Informe final: conclusiones*. Recuperado de <http://www.cverdad.org.pe/ifinal/conclusiones.php>
- Ferullo, A. (2006). *El triángulo de las tres "p", psicología, participación y poder*. Buenos Aires: Paidós.
- Iniciativa Territorio Indígena y Gobernanza en América Latina (s.f.). *Autoridades modernas comunales o locales*. Fragmento del documento de consultoría: Alberto.
- Chirif, A. (2010). *Estado del arte de la discusión y la práctica en relación a autoridades modernas vs. Autoridades tradicionales en la gobernanza del territorio e implicancias para el uso sostenible de los recursos naturales*. Intercooperation. Iquitos, Perú. Octubre de 2010.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2016). *Situación de la Población Adulta Mayor, Julio – Agosto – Setiembre 2016*. Informe Técnico N° 4, Diciembre.
- Lira, J. (1982). *Diccionario Kkechuwa-Español*. Bogotá: Editora Guadalupe Ltda.
- Meza Bazán, M. (2011). *La ley de conscripción vial en los programas de modernización vial. Las alternativas de un desarrollo temprano: Perú 1900-1930*. Recuperado de <https://odalisdelima.wordpress.com/2011/06/23/>

la-ley-de-conscripcion-vial-en-los-programas-de-moder-nizacion-vial-las-alternativas-de-un-desarrollo-tempra-no.

- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (MIN-SALUD) (2015). *ABECÉ. Enfoque de Curso de Vida. Grupo Curso de Vida*. Dirección de Promoción y Prevención. Bogotá: MINSALUD
- Ministerio de Transportes y Comunicaciones (MTC) (2017). Página Web Institucional. Recuperado de <http://www.mtc.gob.pe/nosotros/nosotros.html>
- Montero, M. (2006). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria: la tensión entre comunidad y sociedad*. Buenos Aires: Paidós
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Olson, M. (1992). *La lógica de la acción colectiva. Bienes públicos y la teoría de grupos*. México: LIMUSA – Grupo Noriega Editores.
- Olson, M. (1986). *The logic of collective action. Public goods and the theory of groups*. Cambridge: Harvard University Press.
- Programa Nacional de Asistencia Solidaria - Pensión 65 (2017). *Qué es Pensión 65*. Recuperado de <http://www.pension65.gob.pe/quienes-somos/que-es-pension-65/>
- Universidad San Ignacio de Loyola (USIL) (2016). *Cooperación Popular. Centenario Fernando Belaunde Terry*. Recuperado en <http://fernandobelaundeterry.com.pe/cooperacion-popular/>
- Yuni, J., & Urbano, C. (2008). Envejecimiento y género: perspectivas teóricas y aproximaciones al envejecimiento femenino. *Revista Argentina de Sociología*, 6(10), 151-169.
- Zapata, H. (2001). Adulto mayor: participación e identidad. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 10(1), 189-197.

## CAPÍTULO 10

### **La importancia de las redes: características resilientes y de calidad de vida en adultos mayores**

Eugenio Saavedra Guajardo  
Cristian Varas Amer  
*Universidad Católica del Maule*

#### **Introducción**

La prolongación de la vida, siempre ha sido uno de los grandes desafíos para la humanidad. En la mayoría de los países del mundo, las expectativas de vida han aumentado considerablemente. Como consecuencia ha llevado a incrementar la población de adultos mayores en todo el mundo y en especial en los países desarrollados. Este fenómeno ha provocado un importante cambio social, ahora el gran desafío, ya no es sólo seguir aumentando las expectativas de vida, sino que también mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Envejecer es un proceso natural y normal. Se inicia desde que somos fecundados hasta la muerte. Este proceso difiere entre las personas e incluso varía entre los diferentes órganos biológicos de un sujeto.

El envejecimiento se enmarca dentro del proceso de la vida humana, un estadio vital más del ciclo de vida, que se expresa a través de la disminución de las capacidades. Moragas (1998), nos propone tres tipos de vejez:

- Vejez cronológica. Relativa al cumplimiento de una edad determinada, a partir de los 60 para las mujeres y 65 para los hombres. Esta edad coincide con el retiro de las actividades laborales formales.
- Vejez funcional. Equivalente al vocablo “viejo”, es decir, incapaz o limitado que conlleva al cese de las funciones

que anteriormente se realizaban. No obstante, éstas corresponden a limitantes culturales más que a una real deficiencia en los adultos mayores.

- Vejez como etapa vital. Propone el rescate de esta etapa como positiva, distinta y única, donde el sujeto si bien presenta limitaciones, también posee características y potencialidades distintivas que contrarrestarían las desventajas.

El progreso de la calidad de vida de un país, determina el aumento de la edad promedio de su población. Chile no ha sido la excepción frente a esta situación. Durante las últimas décadas, el porcentaje de adultos mayores ha crecido significativamente en nuestra población. Este fenómeno, va acompañado de una disminución en la natalidad y mortalidad infantil. A su vez, la evolución positiva de estos indicadores, refleja la confluencia de una serie de factores de tipo económicos, sociales y culturales; entre los que destacan un mayor poder adquisitivo, mayor movilidad social y geográfica, y un incremento de los índices educacionales de la población en general.

Chile, al igual que los países desarrollados, está viviendo una etapa de transición al envejecimiento demográfico de su población. En la década de los 60, se produce una modificación en la estructura de la población, disminuyendo el aporte porcentual de los menores de 15 años y aumentando el de los adultos mayores (INE, 1999). Este fenómeno también se observa en los resultados del Censo 2012, en donde la tasa de natalidad es de 1,45 en promedio por mujer y el crecimiento de la población de adultos mayores, sigue en un sostenido incremento.

En relación a los adultos mayores, esta etapa corresponde a aquellas personas que poseen de 60 años de vida en adelante, sin distinción de sexo. La población de adultos mayores representa el 13% según datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica 2006. De ese porcentaje, el 56% de los adultos mayores corresponde a la población de mujeres y el 44% restante corresponde a la población de hombres.

La calidad de vida en los adultos mayores, ha sido estu-

diada desde diferentes ángulos y desde diferentes disciplinas de estudio. Para el común de las personas, calidad de vida se ha comprendido como una capacidad adquisitiva, que permita satisfacer las necesidades básicas, disfrutar de una buena salud física y mental, y poseer relaciones sociales satisfactorias.

Entre los investigadores no hay un consenso acabado entorno al concepto de calidad de vida. El concepto involucra muchas variables subjetivas de satisfacción, percepción, felicidad, autoestima, entre otras.

## **Calidad de Vida**

Según Gatica (2000), la calidad de vida se entiende como un estado de bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida.

Su realización es muy subjetiva, ya que se ve directamente influida por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo. Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida es “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de 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 de su entorno”.

En Chile, la comisión de actividad física del consejo “Vida Chile”, ha propuesto varias acepciones para comprender el concepto de calidad de vida.

- Capacidad de satisfacer las necesidades que permiten el bienestar integral tanto de la persona como del colectivo.
- Estado de satisfacción de una comunidad o grupo, en las dimensiones física, mental, emocional, social y espiritual, de su modelo de desarrollo.

- Concepto particularmente referido al individuo, grupo o comunidad, en los cuales existe un óptimo bienestar de las dimensiones física, mental, emocional, social y espiritual. Incluye integración familiar, participación comunitaria, apreciación estética y adopción de estilos de vida adecuados (alimentación sana, actividad física y calidad ambiental).

Para el presente estudio se entenderá calidad de vida como el “concepto referido particularmente personas, grupos y comunidades que al interactuar con su medio logran bienestar en las dimensiones física, mental, emocional, social y espiritual” (Comisión de Actividad Física del Consejo Vida Chile, 2004). La definición considera varias dimensiones del desarrollo integral de la personas. Dimensión física, emocional, social, espiritual.

La calidad de vida es un concepto complejo que involucra entonces, diversas variables; físicas, psicológicas, ambientales, sociales y culturales. Estas variables en el adulto mayor deben contextualizarse, es decir, se expresan en diversos ámbitos de la vida, como por ejemplo sentirse parte de un grupo familiar, de amistades y del proyecto de país. Debe poder satisfacer sus inquietudes y debe ver retribuido su esfuerzo laboral de tantos años. El adulto mayor es una persona que tiene mucho que aportar a la sociedad y debe sentirse pilar fundamental de esta construcción.

Existe una diversidad de factores que incide en la calidad de vida de los adultos mayores en su vida cotidiana. La tranquilidad, la protección familiar, el cariño y el respeto, la libertad de expresarse, el poder comunicarse y tomar decisiones son factores que de una u otra manera inciden en su calidad de vida. A nivel familiar, el poder satisfacer necesidades de seguridad, de estabilidad y de pertenencia, también son factores que inciden en la calidad de vida de los adultos mayores (Vera, 2007).

La satisfacción de las necesidades de la especie humana, es lo que condiciona la llamada “Calidad de Vida” y esta es, a

su vez, el fundamento concreto de bienestar social. La salud, la vivienda, la alimentación y la educación son las peticiones fundamentales por las que trabaja el Servicio Nacional del Adulto Mayor, junto con las agrupaciones de adultos mayores.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1995) para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, ha propuesto un informe denominado envejecimiento activo, cuyo objetivo principal es proponer siete grandes desafíos a las políticas públicas de los países que están envejeciendo, y principalmente en aquellos países que se encuentran en vías de desarrollo como nuestro país.

El *primer desafío*, es la doble carga de enfermedad. Los países en vías de desarrollo en el ámbito de la salud, todavía están lidiando contra las enfermedades infecciosas, la desnutrición y las complicaciones perinatales. Este tipo de complicaciones están siendo acompañadas por las enfermedades no transmisibles, que se generan como consecuencia de la industrialización y los cambios en los modelos de vida. Aquí el desafío tiene como gran propósito modificar los modelos de vida que se están llevando, para disminuir y controlar el aumento de las enfermedades no transmisibles.

El *segundo desafío*, es el mayor riesgo de discapacidad que poseen los adultos mayores. En los países desarrollados como en vías de desarrollo las enfermedades crónicas son causas importantes de discapacidad. Estas resultan costosas y reducen la calidad de vida. La independencia de los adultos mayores se ve limitada y amenazada cuando las discapacidades físicas o mentales hacen que resulte difícil llevar a cabo las actividades propias del diario vivir. El desafío es tomar medidas profilácticas y aplicar políticas públicas que disminuyan este tipo de enfermedades y generar acciones adaptativas prácticas que propendan una mejor calidad de vida.

El *tercer desafío* es, proporcionar asistencia a las personas que envejecen. A medida que las poblaciones envejecen, uno de los mayores desafíos de la política sanitaria es encontrar

el equilibrio entre la ayuda para el cuidado de la propia salud (personas que se cuidan así mismas), la ayuda informal (asistencia a los miembros de la familia y amigos) y la atención formal (servicios sociales y de salud). Los países en general invierten un alto porcentaje de sus recursos económicos para la salud institucional, sin embargo, es fundamental que la sociedad también genere instancias colaborativas en beneficio de mejorar la salud de la población. La población debe asistirse mutuamente y especialmente entre aquellos grupos etarios más vulnerables como son los infantes y los adultos mayores.

El *cuarto desafío*, es la feminización del envejecimiento. Las mujeres viven más tiempo que los hombres prácticamente en todas las partes del mundo. Eso se refleja en la proporción mayor de mujeres que de hombres en edad avanzada. Debido a la mayor esperanza de vida que poseen las mujeres, se ha incrementado la población de mujeres viudas y que viven solas, por consiguiente estas mujeres son mucho más vulnerables a la pobreza y al aislamiento social. Aquí el desafío es focalizar las políticas públicas hacia desarrollar acciones que tiendan a darle una mayor protección y desarrollo a la mujer.

El *quinto desafío* es la ética y las desigualdades. En la medida que las poblaciones envejecen, se perfilan una serie de consideraciones éticas. Están vinculadas con la discriminación de la asignación de recursos por criterios de edad, cuestiones relacionadas con el fin de la vida y una serie de dilemas asociados con los derechos humanos de las personas mayores en situación de pobreza y en situación de discapacidad. Las sociedades que valoran la justicia social deben esforzarse por asegurar que todas las políticas y prácticas mantengan y garanticen los derechos de todas las personas sin tener en cuenta la edad. El apoyo y la toma de decisiones éticas son estrategias fundamentales para cualquier programa, práctica, política e investigación sobre el envejecimiento.

El *sexto desafío*, es la economía de una población que envejece. Unos de los mayores temores de nuestra sociedad es

que el rápido envejecimiento de la población produzca una explosión en la asistencia sanitaria y en los costos de la seguridad social. Aunque no hay ninguna duda de que las poblaciones al envejecer aumentarán las demandas en estos ámbitos, también existe la evidencia de que la innovación, la cooperación de todos los sectores, la planificación anticipada basada en las experiencias empíricas y las opciones políticas culturales apropiadas; permitirán a los países gestionar con éxito la economía de una población que envejece a pasos agigantados.

El *séptimo desafío*, es el nacimiento de un nuevo paradigma. El paradigma del adulto mayor como una persona enferma, dependiente y preocupada de vivir su jubilación en forma pasiva está desapareciendo. El nuevo paradigma contempla a un adulto mayor mucho más participativo y protagonista en la sociedad, que integra el envejecimiento y que los considere como personas contribuyentes activos y beneficiarios del desarrollo. Su participación no cabe duda que se forjará dentro de sus propias posibilidades y deseos. Lo medular es que la sociedad va a tener una visión mucho más positiva y participativa de esta etapa de la vida, se buscará una mayor dignificación de su rol y además se proyectará un futuro mucho más auspicioso para todas aquellas personas que son parte de esta etapa y de aquellas que lo serán.

## **Resiliencia**

El término Resiliencia tiene su origen en el latín, básicamente en el término *Resilio*, que significa volver atrás, volver en un salto, resaltar, rebotar. La acepción proviene directamente inspirada en el concepto de la física en donde los cuerpos tendían a volver a su estado original luego de haber sufrido deformaciones producto de la fuerza. El concepto fue introducido en el campo de la psicología en la década de los 70, por el psiquiatra Michael Rutter, en donde la resiliencia se reducía a una suerte de flexibilidad social adaptativa. Las

ciencias sociales y especialmente la psicología han adaptado el vocablo para describir y caracterizar a aquellos sujetos que a pesar de haber nacido o vivir en situaciones de adversidad, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos.

Los seres humanos reaccionan de manera diferente frente a estímulos similares. Lo propio ocurre frente a estímulos negativos o acontecimientos de adversidad o estrés, en donde las reacciones de las personas serán variadas e incluso opuestas (Saavedra, 2008). De acuerdo a lo expuesto se describen tres tipos de reacciones frente a estímulos dolorosos o adversos:

- Personas que frente al dolor o la adversidad reaccionan con conductas de vulnerabilidad frente al estímulo.
- Personas que permanecen indiferentes o existe una ausencia de reacción frente a la situación.
- Personas resilientes, resistentes al estímulo adverso y que logran alcanzar una adecuada calidad de vida a pesar de las condiciones negativas para su desarrollo.

Aquellas personas que son descritas en el último punto, poseen la capacidad de construir positivamente frente a la adversidad y su comportamiento se caracteriza por ser socialmente aceptable (Kotliarenco, 1997 citado en Saavedra, 2008). En el desarrollo histórico del concepto resiliencia se distinguen dos tipos de generaciones: La primera generación de investigadores se centró en diferenciar a aquellos sujetos que se adaptan a pesar de los pronósticos de riesgo que cada uno posee. Es decir, todo su énfasis se focalizó en el producto, en el ser resiliente. La segunda generación se abocó a determinar cual es la dinámica entre factores que permiten a adaptación positiva. Puso su énfasis en el proceso, en la promoción y en el contexto social. Es decir, las personas aprenden a ser resilientes (Saavedra, 2006).

Kotliarenco (1997) hace un interesante compendio de definiciones acerca de la resiliencia:

- Habilidad para surgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva.

- Historia de adaptaciones exitosas en el individuo que se ha visto expuesto a factores biológicos de riesgo o eventos de vida estresantes; además implica la expectativa de continuar con una baja susceptibilidad a futuros estresores.

- La resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción, esto es, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión; por otra parte, más allá de la resistencia, la capacidad para construir un conductismo vital positivo pese a circunstancia difíciles. El concepto incluye además, la capacidad de una persona o sistema social de enfrentar adecuadamente las dificultades, de una forma socialmente aceptable.

- La resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana viviendo en un ambiente insano. Estos procesos tendrían lugar a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural. De este modo la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con que los niños nacen, ni que los niños adquieren durante su desarrollo, sino que se trataría de un proceso interactivo entre éstos y su medio.

- Concepto genérico que se refiere a una amplia gama de factores de riesgo y los resultados de competencia. Puede ser producto de una conjunción entre los factores ambientales, el temperamento y un tipo de habilidad cognitiva que tienen los niños cuando son muy pequeños.

Según Melillo y Suárez (2000), las definiciones del concepto de resiliencia enfatizan características del sujeto resiliente: habilidad, Adaptabilidad, baja susceptibilidad, enfrentamiento efectivo, capacidad, resistencia a la destrucción, conductas vitales positivas, temperamento especial y habilidades cognitivas, todas desplegadas frente a las situaciones vitales adversas, estresantes, etc., que les permita atravesarlas y superarlas. Además, dan a conocer que la resiliencia se produce en función de procesos sociales e intrapsíquicos. Es decir,

las personas no nacen resilientes, ni mucho menos se adquiere naturalmente en el desarrollo. Depende de ciertas cualidades del proceso interactivo del sujeto con otras personas, responsable de la construcción del sistema psíquico humano.

En relación a la resiliencia de los adultos mayores, existe poca evidencia científica que entregue información rigurosa y fidedigna. No obstante, según Varas (2009), en un estudio realizado con adultos mayores, nos señala que este grupo etario, posee más altos niveles de resiliencia que la población en general. El aporte que genera la resiliencia, es una mayor comprensión y conocimiento práctico de los factores que protegen al sujeto de los efectos nefastos de las malas condiciones del ambiente humano y social que lo rodean. Es aquí la importancia de las redes de apoyo, que deben tener las personas para hacer frente a las adversidades que les depara la vida.

Según Chadi (2000), las personas constantemente se insertan en diferentes contextos sociales. A la vez se insertan e interactúan en variados niveles de organización. Cada uno de estos niveles se conecta entre sí, a través de personas, grupos e instituciones, que como consecuencia genera vínculos significativos y redes de apoyo, para desarrollar la vida en sociedad.

La suma de todas las relaciones que generan las personas y que se consideran como importantes, y a la vez que contribuyen a su propio conocimiento como persona, en relación a su entorno, constituyen la red social de apoyo (Fernández, 1998).

García (1998), en relación al trabajo en red, plantea que la perspectiva de red faculta a mirar cualquier fenómeno de la realidad, poder articular, generar intervenciones superpuestas desde lo micro a lo macro y viceversa, superando las carencias individuales mediante la articulación de recursos, en especial, lo que posee cada actor social. Una persona puede tener la fortaleza intrapsíquica suficiente y las habilidades sociales necesarias, pero si carece de oportunidades para educarse o trabajar, sus recursos se verán limitados. Por tanto el generar

respuestas resilientes se verá condicionado a la interacción del sujeto con su ambiente.

En esta dirección la articulación entre distintos enfoques actuales de la resiliencia puede generar un camino de respuesta, que considere diferentes dimensiones internas de la persona, como lo hace el modelo de Grotberg (1996) y el modelo expresado por Saavedra (2004) que recoge el sentido histórico de la respuesta ante el obstáculo. Como una manera de dar respuesta a este dinamismo, la escala SV-RES (Saavedra y Villalta, 2008) considera modalidades de interacción del sujeto: a) consigo mismo, b) con los otros y c) con sus posibilidades, en relación con distintos actos de conciencia para aprender y transformar proactivamente sus juicios sobre 1) la capacidad de generar metas orientadoras de la acción, 2) la capacidad para resolver situación problemática, 3) la definición de sí mismo, y 4) la definición de la historia que la constituye como tal. Al articular estos modelos, permite distinguir 12 dimensiones:

**Identidad:** autodefinición básica, auto concepto relativamente estable en el tiempo, caracterización personal.

**Autonomía:** sentimiento de competencia frente a los problemas, buena imagen de sí mismo, independencia al actuar. Control interno.

**Satisfacción:** percepción de logro, autovaloración, adaptación efectiva a las condiciones ambientales, percepción de desarrollo.

**Pragmatismo:** sentido práctico para evaluar y enfrentar los problemas, orientación hacia la acción.

**Vínculos:** condiciones estructurales que sirven de base para la formación de la personalidad. Relaciones vinculares, apego. Sistema de creencias.

**Redes:** condiciones sociales y familiares que constituyen un apoyo para el sujeto. Sistemas de apoyo y referencia cercanos y disponibles.

**Modelos:** personas y situaciones que sirven de guía al

sujeto para enfrentar sus problemas. Experiencias anteriores que sirven de referente frente a la resolución de problemas

**Metas:** objetivos definidos, acciones encaminadas hacia un fin. Proyección a futuro.

**Afectividad:** auto reconocimiento de la vida emocional del sujeto, valoración de lo emocional, características personales en torno a la vida emocional. Tono emocional, humor, empatía.

**Auto eficacia:** capacidad de poner límites, controlar los impulsos, responsabilizarse por los actos, manejo de estrés, terminar lo propuesto.

**Aprendizaje:** aprovechar la experiencia vivida, aprender de los errores, evaluar el propio actuar y corregir la acción.

**Generatividad:** capacidad de crear respuestas alternativas frente a los problemas, construir respuestas, planificar la acción.

## **METODOLOGÍA**

### **Objetivo del estudio**

Describir y comparar los niveles de Calidad de Vida y Resiliencia, en una muestra de Adultos Mayores pertenecientes a la Fundación de la Familia, de la ciudad de Curicó, Chile, durante el primer semestre de 2012.

### **Tipo de estudio**

Estudio de carácter cuantitativo, descriptivo correlacional, con una muestra intencional y una medición de tipo transeccional.

### **Muestra**

La muestra estuvo compuesta por 82 adultos mayores, hombres y mujeres, pertenecientes a la Fundación de la Familia, sede Curicó, Séptima región, Chile.

## Instrumentos

Escala de Calidad de vida (Varas, 2010).

Escala de Resiliencia SV-RES, (Saavedra y Villalta, 2008).

## Recolección de la información

La recolección de la información estuvo a cargo de cuatro ayudantes de la Fundación de la Familia, entrenadas por los investigadores. Se realizó a través de entrevistas individuales en los talleres organizados por la Fundación o en los domicilios de los adultos mayores.

## Análisis

Para la descripción de los resultados se utilizó, estadística descriptiva, medidas de tendencia central, comparación de grupos, correlación. Se comparó un grupo de Adultos Mayores que asistían a grupos o talleres en la Fundación (“con red”), con Adultos Mayores que permanecían en sus domicilios o sólo asistían al comedor comunitario (“sin red”).

## Resultados

La muestra total de adultos Mayores encuestados para el presente estudio llegó a los 82 sujetos, 60 de ellos mujeres y 22 hombres. Lo anterior refuerza los resultados de estudios anteriores en que señalan la mayor sobrevivencia de las mujeres, por sobre los hombres.

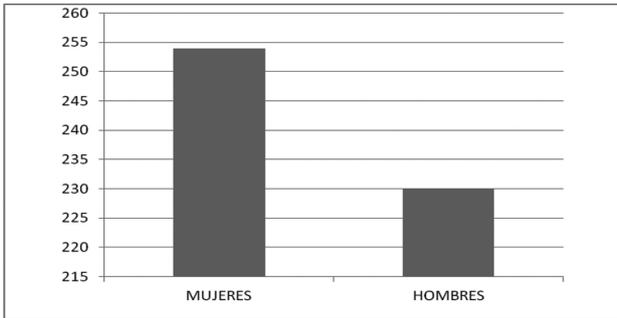
Tabla 1. Distribución de la muestra

	Con Red	Sin Red	Total
Mujeres	46	14	60
Hombres	4	18	22
Total	50	32	82

Podemos observar que los hombres que asisten a talleres, son el grupo menos numeroso. Del total de adultos mayores

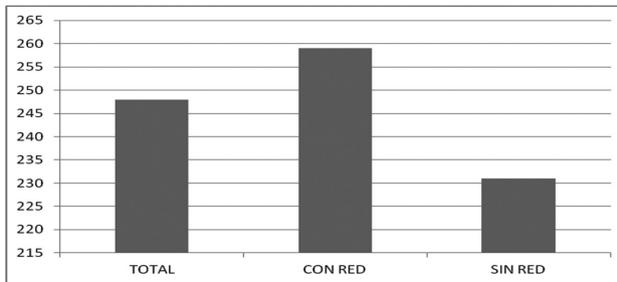
encuestados, 50 pertenecen a talleres y 32 no cuentan con esa red y permanecen preferentemente en su domicilio.

Figura 1. Niveles de resiliencia por sexo.



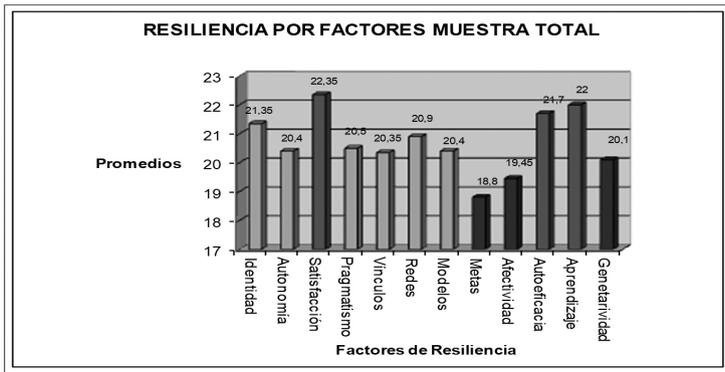
Las mujeres presentan un nivel de resiliencia de 254 puntos, en tanto los hombres alcanzan un puntaje de 230. Al comparar los grupos se constata que existe diferencia estadísticamente significativa.

Figura 2. Niveles de resiliencia de grupos con y sin red.



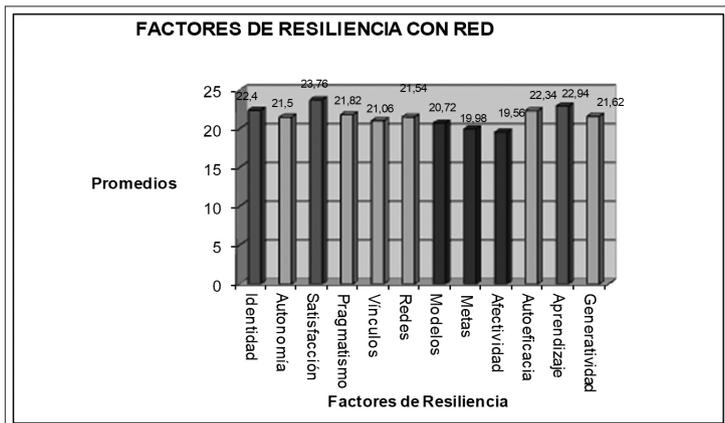
El promedio de resiliencia del grupo total alcanza a los 248 puntos, en tanto el grupo con red llega a 259 y el grupo sin red a 231 puntos. Al comparar a estos dos grupos, se constata que existe diferencia estadísticamente significativa en sus niveles de resiliencia, a favor del grupo con red.

Figura 3. Niveles de resiliencia en la muestra total por dimensiones.



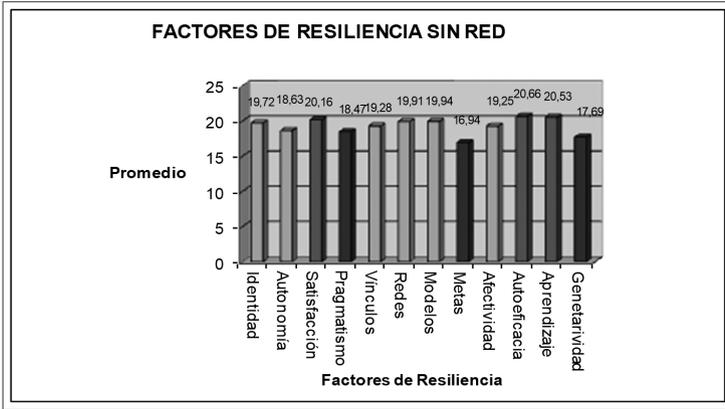
Podemos observar que las dimensiones “satisfacción”, “aprendizaje” y “pragmatismo” son las áreas más desarrolladas, en tanto las menos desarrolladas son “metas”, “afectividad” y “Generatividad”.

Figura 4. Niveles de resiliencia por dimensiones, grupo con red.



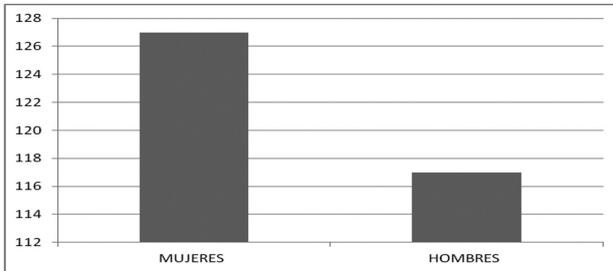
Podemos observar que las áreas más desarrolladas en el grupo con red son “satisfacción”, “aprendizaje” e “identidad”, en tanto las más bajas son “afectividad”, “metas” y “modelos”.

Figura 5. Niveles de resiliencia por dimensión, grupo sin red.



Observamos como las áreas más desarrolladas en este grupo son, “autoeficacia”, “aprendizaje” y “satisfacción”, sin embargo todos los puntajes son claramente más bajos que en el caso del grupo con red. Por su parte las dimensiones más bajas son, “metas”, “Generatividad” y “pragmatismo”.

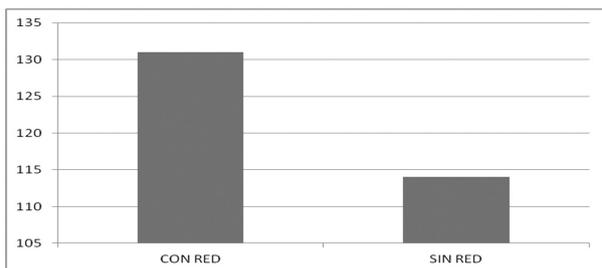
Figura 6. Niveles de calidad de vida en el grupo total, por sexo.



Podemos observar que las mujeres reportan un mayor nivel de calidad de vida (127 puntos) que los hombres (117 puntos). Esta diferencia es estadísticamente significativa.

Figura 7. Niveles de calidad de vida por grupo con y sin red.

Figura 7. Niveles de calidad de vida por grupo con y sin red.



Los adultos mayores que asisten a talleres reportan un mayor nivel de calidad de vida (131 puntos), que aquellos que permanecen preferentemente en sus domicilios sin pertenecer a un grupo (114 puntos). Esta diferencia es estadísticamente significativa. Al correlacionar la variable resiliencia con la calidad de vida, encontramos una correlación positiva alta, en torno a 0,65 (Pearson). Vale decir que existiría una fuerte relación entre estas dos variables.

### **Reflexión final**

Las mujeres del grupo de adultos mayores encuestados, presentan niveles de Resiliencia y Calidad de Vida, significativamente mayores que los hombres. Ellas también participan más activamente en talleres educativos y recreativos, que los hombres. Lo anterior nos hace pensar que la mujer está más conectada con el mundo social y ello hace que se integre más al mundo externo generándose mayores contactos y eventualmente redes de ayuda. Los Adultos Mayores que asisten a grupos o talleres, presentan un nivel de Resiliencia y Calidad de Vida, significativamente mayor que aquellos que no están integrados a una red. Se ve una mejor autopercepción y valoración de sus vidas, a la vez de sentirse más apoyados por sus pares y por las instituciones y servicios sociales. Exis-

te una relación positiva alta entre la Resiliencia y la Calidad de Vida de los Adultos Mayores. Esto significa que hay una buena autopercepción de enfrentamiento a las dificultades, a la vez de percibir mejores condiciones de calidad de vida. Si potenciamos una de estas variables, es probable que la otra aumente. Las dimensiones de la Resiliencia mejor desarrolladas por los Adultos Mayores son: “satisfacción”, “auto eficacia” y “aprendizaje”. Lo anterior concuerda con su autopercepción de calidad de vida. Las dimensiones de la Resiliencia más bajas son: “metas”, “afectividad” y “generatividad”. En el caso de las “metas” y la “generatividad” puede influir la percepción acotada de futuro, condicionada por la edad de estas personas. Los ítems de Calidad de Vida más altos, tienen en común el interés de “conocer a más personas del mismo grupo etario”, “ayudar a otros” y “mantenerse activos mentalmente”. Esto concuerda con una visión positiva de participación en actividades dirigidas hacia ellos, como también de ayuda social hacia otros. Los ítems de Calidad de Vida más bajos, tienen en común poseer una bajo interés “por tener proyectos personales a futuro”, “se sienten solos” y “además sienten desconfianza en los demás”. Lo anterior se explica directamente por el momento vital por el que atraviesan, con una percepción finita del tiempo y los temores propios de enfrentar una vida en que sus familias se han alejado de sus hogares.

Hoy en día, la esperanza de vida en los hombres chilenos alcanza a los 85 años, en tanto en las mujeres llega a los 89 años. Esto debe hacer repensar la situación de los adultos mayores, ya que sus capacidades mentales y físicas se han extendido por más años, poniendo en cuestión el tiempo de jubilación, la productividad de ellos, su capacidad de auto valencia y su integración real a la sociedad. Los programas de atención que inicialmente se pensaban con una proyección de diez años, hoy deben duplicarse en el tiempo y aprovechar los potenciales activos de esos adultos, que mantienen vigentes sus capacidades y competencias. La imagen de ese adulto ma-

yor dependiente y significando una carga para los otros o para el sistema social, cada vez se aleja en el tiempo, mostrándonos a personas plenamente capaces y con motivación por integrarse completamente al mundo social.

Concluimos que “no da lo mismo” pertenecer o no a un grupo o una red, en esta etapa de vida. Claramente genera oportunidades de aprendizaje, convivencia con otros, ayuda mutua, desarrollos afectivos y una autopercepción positiva de sí mismo, que proporciona herramientas para enfrentar las dificultades en este tramo de la vida.

### **Referencias Bibliográficas**

- Chadi, M. (2000). *Redes sociales en el trabajo social*. Buenos Aires: Espacio.
- Comisión de Actividad Física del Consejo Vida Chile (2004). *Guía para una vida activa* (2da Ed). Santiago de Chile.
- Devís, J. (2000). *Actividad, deporte y salud*. Barcelona: INDE.
- Domínguez, O. (1982). *La vejez una nueva edad social*. Santiago: Editorial Andrés Bello.
- Zapata, S. (1997). *El deporte y la recreación y los cambios socioafectivos y físicos del adulto mayor*. Santiago: Editorial Santiago de Chile.
- Fernández, G. (1998). Las redes de la prevención en la drogodependencia. *Revista Perspectivas Sistémicas*, 11(2).
- Florentino, M. (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 95-114.
- García, S. (1997). *Medidas alternativas a la prevención de la libertad*. (Conferencia) Medellín, Colombia.
- Gatica, P. (2000). *La condición física en la población escolar de la región del Maule, Chile*. Universidad de Barcelona, División Ciencias de la Educación, Departamento de teoría e historia de la Educación: Programa de Doctorado.
- Grotberg, E. (2008). *Promoviendo la resiliencia en niños: reflexiones y estrategias. Resiliencia construyendo una adver-*

- alidad. Santiago, Chile.
- Grotberg, E. (2003). Nuevas tendencias en resiliencia. En A. Melillo & E. Suárez (Eds.) *Resiliencia, descubriendo las propias fortalezas* (pp. 19-30). Buenos Aires: Paidós.
- INE (1999). *Chile y los Adultos Mayores. Impacto en la Sociedad del 2000*. Santiago de Chile.
- Jiménez, F., & Arguedas, I. (2004). Rasgos de sentido de vida en enfoque de resiliencia en personas mayores entre los 65 y 75 años. *Actualidades Investigativas en Educación*, 4(2), 1-28.
- Kotliarenco, M., Cáceres I., & Fontecilla M. (1997). *Estado del arte en resiliencia*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Melillo, A., & Suárez, N. (2000). *Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.
- Moragas, R. (1998). *Gerontología social, envejecimiento y calidad de vida* (2da Ed.). Barcelona: Herder.
- Morales, R., Rubilar, C., & Urzua, A. (2008). *Participación y bienestar en el envejecimiento. Percepción de bienestar de seis adultos mayores sobre su participación en los talleres de las casas de encuentro de encuentro del instituto de normalización provisional VII región del Maule*. Tesis para optar al título de Trabajo Social. Curicó.
- Motris, D. (1985). *La vejez y sus múltiples caras*. España: Editorial Aurora.
- Munist, M., Santos, H., Kotliarenco, M., Suárez, N., Infante, F., & Grotberg, E. (1995). *Manual de identificación y desarrollo de la resiliencia en niños y jóvenes* (versión preliminar). Documento trabajo CEANIM, Santiago, Chile.
- Pont, P. (1997). *Tercera Edad, Actividad Física y Salud* (3ra Ed.). Barcelona: Editorial Paidotribo.
- OMS. (1995). *El estado físico: uso e interpretación de la antropometría*. Informe de un comité de expertos de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Osborn, A. F. (1993). What is the value of the concept of resi-

- lience for policy and intervention? *International Catholic Child Bureau*, 1-7.
- Rutter, M., & Rutter, M. (1992). *Developing minds: challenge and continuity across the life span*. UK: Penguin Books.
- Saavedra, E. (2004). *El enfoque cognitivo procesal sistémico, como posibilidad de intervenir educativamente en la formación de sujetos resilientes: estudio de Casos*. Tesis doctoral, Universidad Valladolid, España.
- Saavedra, E., & Varas, C. (2008). *Relación entre rendimiento escolar, calidad de vida y resiliencia, de los estudiantes de enseñanza media de la comuna de Curicó*. Tesis para optar al grado de Magíster en Educación mención Currículum y Administración. Talca: UCM.
- Saavedra, E., & Villalta M. (2008). *Escala de resiliencia SV-RES para jóvenes y adultos*. Santiago: Ceanim.
- Suárez, E. (2004). Perfiles de Resiliencia. En E. Suárez, M. Munist, & M. Kotliarenco (Eds.) *Resiliencia, tendencias y perspectivas*. Buenos Aires: Ediciones UNLA.
- Vanistandael, S. (1994). *La resiliencia: un concepto largo tiempo ignorado*. Ginebra: Cuadernos Bice.
- Varas, C. (2009). *Escala de calidad de vida, CAL-VID para jóvenes*. Documento de Trabajo, Departamento de Deportes Universidad Católica del Maule, Sede Curicó.
- Varas, C. (2009). *Escala de calidad de vida en los adultos mayores, CAL-VID-AM para adultos mayores*. Documento de Trabajo, Departamento de Deportes, Universidad Católica del Maule, Sede Curicó.
- Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina*, 68(3), 284-290.
- Werner, E., & Smith, S. (1992). *Overcoming the odds: high-risk children from birth to adulthood*. Nueva York: Cornell University Press.



## CAPÍTULO 11

### **Duelo y viudez en la vejez**

Viviana Lasagni<sup>1</sup>

*Obra Social de Empleados Públicos de la  
Provincia de Mendoza, Argentina*

#### **Introducción**

A lo largo de la vida experimentamos diferentes crisis vitales, algunas asociadas a distintas pérdidas, siendo la etapa de la vejez, aquella donde más se evidencian las mismas. Cada una de estas pérdidas irá seguida por un proceso de duelo, cuyo objetivo será adaptarse a una nueva realidad. Transitar este proceso de transformación implica elaborar una pérdida con el fin de lograr la superación de la misma. Es necesario considerar que, la no superación de una de estas crisis vitales puede provocar síntomas psicopatológicos.

#### **Crisis vitales asociadas a la vejez**

Butler (1998 citado en Iacub, 2012) propone algunas situaciones vitales por la cuales puede transitar la persona mayor, como la viudez, cambios en la pareja, modificaciones en la sexualidad, el retiro laboral y sus variaciones económicas, aparición de enfermedades y/o discapacidades, temor frente a la hospitalización o la institucionalización, preocupación frente al cambio en la imagen y el miedo a la muerte, entre otros. Estas crisis vitales generan distintas emociones, siendo necesario realizar un trabajo psicológico para adaptarse a la nueva situación.

---

1. Licenciada en Psicología. Especialista en Gerontología Comunitaria e Institucional. Correspondencia dirigirla a: [vivilasagni@hotmail.com](mailto:vivilasagni@hotmail.com)

Los sucesos críticos, se refieren a los eventos de vida esperables e intrínsecos a una etapa vital e implican modificaciones en la vida de las personas. No necesariamente tienen consecuencias negativas y predisponen muchas veces a cambios en el estilo de vida de las personas (Krzemien, Monchietti & Urquijo, 2005).

Baltes (1996) considera que en la vejez existen pérdidas que superan en número a las ganancias, por lo que este balance es más complejo con la edad. Las pérdidas más comunes en la vejez han sido clasificadas como las asociadas a una disminución de la funcionalidad por enfermedad y las vinculadas a la muerte de seres queridos (Stefani, 2004). Dentro de las primeras, se encuentran aquellas alteraciones provocadas como consecuencia de una enfermedad, que muchas veces aligera un estado de dependencia, y dentro de las segundas, la pérdida más frecuente es la del cónyuge, generalmente del esposo, dado que existe una mayor expectativa de vida en la mujer.

## **El duelo: definiciones, objetivos y etapas**

Realizando una revisión bibliográfica sobre el duelo, se observan una serie de definiciones. Freud (1988) en su texto “Duelo y Melancolía” definía al duelo como “la reacción a la pérdida de un ser querido o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el ideal etc.”. Bowlby (1983) define al duelo, como todos aquellos procesos psicológicos, conscientes e inconscientes, que la pérdida de una persona amada pone en marcha, cualquiera que sea el resultado. Parkes (Citado por Cabodevilla, 2003), sugiere que la experiencia de duelo da lugar a grandes cambios en el espacio vital del individuo. La persona establece vínculos afectivos con los elementos de su espacio vital y los vive como propios. En el duelo, el individuo debe renunciar a los constructos acerca del mundo que incluía al fallecido y a él mismo en relación a éste, por lo tanto, ha de desarrollar un nuevo esquema de constructor acerca del mun-

do acorde a sus nuevas circunstancias vitales. Bowlby (1983), consideró al duelo como la extensión de una respuesta general a la separación y la aparición del sufrimiento ante esta separación. Según Lindemann (1944), el duelo agudo constituye un síndrome que se caracteriza por malestar somático, preocupación por la imagen del difunto, culpa, reacciones hostiles, desestructuración de la conducta, que pueden acompañarse de la aparición de rasgos o características del muerto en el comportamiento del doliente.

Distintos autores como se observa en la Tabla N° 1, consideran que el proceso de duelo conlleva el paso por diferentes etapas aunque no necesariamente se transitan de la misma manera.

Tabla N° 1. Etapas del duelo según distintos autores

<b>Rando (1984)</b>	<b>Lindemann (1944)</b>	<b>Bowlby (1961; 1980)</b>	<b>Parkes &amp; Weiss (1983)</b>	<b>Freud (1988)</b>
Fase de evitación: Conmoción (shock)	Conmoción e incredulidad	Embotamiento de la sensibilidad	Reconocimiento intelectual y explicación de la pérdida	Mecanismos de Negación y Proyección
Fase de confrontación	Duelo agudo	Añoranza y búsqueda Desorganización y desesperanza.	Aceptación emocional de la pérdida	Mecanismos de Introyección
Fase de restablecimiento de una nueva identidad	Resolución	Reorganización	Adquisición	Resolución

Los objetivos del duelo según Neimeyer & Ramírez (2002), tienen cuatro tareas: aceptar la realidad de la pérdida; dar expresión a los sentimientos, identificarlos y comprenderlos, para así aceptarlos y encontrar cauces apropiados de canalización; adaptarse a la nueva existencia sin el ser querido e invertir la energía emotiva en nuevas relaciones. En general, se puede decir que el duelo ha sido resuelto, cuando el doliente ha cumplido los citados objetivos. La duración del duelo es siempre variable y dependiente de factores particulares que influyen en la respuesta individual a la pérdida. Según Iacub (2012) el duelo patológico se caracteriza por la sensación de ansiedad y angustia, malestar en el dormir, pesadillas y sensación de que el objeto perdido viene a buscar al sujeto, necesidad de reencontrar al objeto perdido, debilitamiento físico pronunciado, peligro de somatizaciones, deseo sexual disminuidos con anorgasmia e impotencia, sensación de vacuidad y de un mundo desierto, reproches sobre los últimos cuidados, posibilidades de suicidio y de delirios hasta en un 23% de los casos. Agrega este autor, que es usual en la clínica con la vejez, encontrar variantes del duelo patológico que se caracterizan por ser duelos inconclusos o patologizados en los que se torna particularmente difícil salir del segundo paso del duelo. Existen sujetos para quienes terminar un duelo implica encontrarse con un vacío de objetos, que puede resultar más atemorizante que el seguir llorando por alguien para quien fuimos amados o deseados, o personas mayores que hablan de una suma de duelos en los cuales es difícil precisar cuál fue la pérdida que motiva su penar. Lo que vislumbra Iacub (2012) en estas personas, es un alta soledad y abandono que dificulta el lazo social necesario para encontrar estímulos vitales.

## **Viudez y Vejez**

La pérdida por fallecimiento del cónyuge constituye el estado denominado *viudez*. El aumento de la expectativa de

vida ha favorecido que este estado se dé más frecuentemente en la etapa de la vejez y fundamentalmente en el género femenino. Esta situación requiere readaptarse y por sobre todo recorrer un proceso de duelo y su consecuente elaboración en los casos más favorables. Es una de la situaciones más ligadas al dolor psíquico en la vejez (Butler, 1998).

Distintos autores manifiestan que el significado que se le atribuya a la viudez dependerá de distintas condiciones socio-culturales, económicas y personales tales como la edad, género, cantidad de años vividos con la pareja, etapa de la vida en la que se experimenta.

Montes de Oca Zavala (2011), refiere con respecto a la viudez, que este evento cambia sustancialmente el curso de vida, impactando sobre la calidad de vida de las personas. Agrega en su publicación que desde la psicología, la viudez es un fenómeno que se ha asociado con la entrada a una etapa de despersonalización, en la cual se pierde la identidad propia a partir de la pérdida de la pareja. La despersonalización es considerada como una alteración de la percepción o la experiencia de uno mismo, de tal manera que uno se siente “separado” de los procesos mentales o del cuerpo, como si fuese un observador externo a los mismos. Si bien este suceso también se puede dar con el divorcio, lo cierto es que sus efectos tienen reacciones diferentes en la familia y la sociedad. Agrega que las redes sociales actúan con mayor fuerza cuando hay una muerte en las familias que cuando ocurre el divorcio o una separación, ya que la solidaridad social tiende a desplegarse ante eventos irresolubles, no así cuando los cónyuges aún viven y rompen el vínculo básico de la sociedad.

La pérdida del cónyuge, además del quebrantamiento afectivo que supone, implica un incremento de la soledad y la incapacidad de realización de ciertas funciones importantes, que varían en función del género del viudo/a (Arber, Ginn & Davidson, 2003). Pareciera que los viudos deben aprender más tareas relacionadas a las actividades domésticas y las viu-

das las actividades que implican trámites administrativos en la esfera pública.

Esta crisis vital provoca cambios en las familias. Sobre la trayectorias familiares después de la viudedad, Spijker (2007) en un estudio realizado en España, refiere que tanto en el divorcio como en la viudedad, la disolución de una unión, puede desembocar en un hogar unipersonal, en un hogar mono-parental (en caso de que haya hijos a cargo) o en una nueva unión, y cada una de estas experiencias puede desarrollarse en un hogar independiente o integrarse en otro hogar familiar. Por otro lado refiere que en la vejez, los hijos no están esperando acoger a los padres viudos en su propia vivienda. Es decir, mientras la proporción de los hogares unipersonales ha aumentado, los hogares en los que conviven viudos y viudas con sus propios hijos han perdido peso.

Ussel & Doblaz (2001) en sus estudios sobre personas mayores, manifestaron que la lejanía de los hijos y la pobreza relacional son los principales disparadores en lo que hace a la aparición del sentimiento de soledad ante la viudez. Este puede verse agravado por la existencia de algún problema de tipo personal en la adaptación a este nuevo estado, como la desilusión por la vida o la falta de motivación para seguir adelante sin la pareja. Como herramientas más frecuentes de afrontamiento de la soledad, se distinguieron las iniciativas personales que emprenden, el protagonismo que asume la familia en el suministro de apoyo material y afectivo, y las redes sociales extra-familiares. En el terreno personal, las secuelas se centran en la esfera emocional, manifestando desilusión por la vida, malestar psicológico, insomnio, depresión, etc. Aunque también se experimentó un giro significativo en lo social, dado que los viudos/as se alejan de las antiguas amistades matrimoniales para rodearse de otras personas que, por regla general, comparten su mismo estado de soledad conyugal y ausencia de relación amorosa. Estos estudios se relacionan con los de Arias (2011), quien indagó sobre la relación de

pareja, funciones de apoyo y sexualidad en la vejez. Constató que la pareja posee un rol destacado dentro de la red de apoyo, siendo la función más importante el apoyo emocional, la compañía social y el consejo y/o guía. Por lo tanto este estudio afirma que la pérdida de la pareja es generadora de sentimientos de angustia y aislamiento, dejando a la persona mayor en una etapa de crisis.

Sánchez, Algado, Centelles, López & Jiménez (2009), realizaron en España una investigación en personas con un promedio de edad de 76,17 años, concluyendo que los hombres enviudan a una edad más elevada que las mujeres; que la viudez se presenta en forma más tardía en el ámbito rural que urbano; y que las personas que enviudaron de imprevisto eran más jóvenes que aquellas que tuvieron que cuidar al cónyuge tras una enfermedad. También analizaron la percepción subjetiva respecto a la reorganización con posterioridad a la viudez. La mitad de los entrevistados refirió que este proceso les llevó mucho tiempo y un porcentaje considerable, señalaron que aún no lo había logrado. Siendo las viudas las que se adaptaron más rápidamente. Cabe destacar que el mayor inconveniente al quedarse viudos, es la soledad y aparece en segundo lugar el empeoramiento económico.

Lasagni, Tuzzo, Aristizábal-Vallejo et al., (2014), realizaron un estudio descriptivo siguiendo un trabajo de Sánchez et al., (2009) en diferentes países de Latinoamérica, cuyos objetivos se centraron en investigar las circunstancias de la viudez, consecuencias, la red social de apoyo, participación social y formación de nuevas parejas. La muestra estuvo constituida por 235 personas mayores de 60 años de edad y más, con al menos 10 años de viudez, residentes en distintas zonas de Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay; Uruguay y Venezuela. Los resultados muestran que la mayoría son mujeres que perdieron a sus esposos a causa de una enfermedad terminal y se hicieron cargo de sus cuidados. Con la viudez, aparecieron problemas económicos (37,4%) problemas de sa-

lud (31,5%) y soledad (51,5%). Un 77.9% reportó haber superado la pérdida; el 86.4% recibió el mayor apoyo emocional de la familia de origen. La mayoría no mantiene relación con la familia del conyugue después de la muerte. Un alto porcentaje de los sujetos incrementa su participación en las diferentes actividades, ya sean religiosas (56,6%), trámites administrativos (40,4%), educativas (39,1%) y turismo (35,7%). Como expresa Iacub (2012), los cambios en el estilo de vida de las personas mayores han marcado un aumento notable de la participación en distintos tipos de actividades, lo que repercute de manera favorable en la creación de nuevas ofertas y espacios para el desarrollo de actividades socioculturales, recreativas y educativas que tiendan a evitar la soledad. Volviendo al estudio de Lasagni, Tuzzo, Aristizábal-Vallejo et al. (2014), la mayoría describe que la relación con su pareja fue buena y el 77,4% no formó nuevos vínculos de este tipo. Según los datos aportados, se constató que aproximadamente la mitad de los participantes refieren haber logrado la reorganización de sus vidas en menos de un año, solamente un 8% menciona no haberlo logrado. Por otra parte, si bien la mayoría de los encuestados señalan haber superado el duelo en un periodo menor a dos años, aún existe un 20% que luego de 11,5 años de viudez no ha logrado superar el mismo. Pareciera que tampoco este colectivo de dolientes buscara apoyo psicológico, naturalizando la prolongación del duelo sin poseer herramientas para la superación. Agregan de Ussel & Doblás (2001) que son muchas las personas mayores que tienen hijos residiendo en localidades diferentes a la que se encuentran ellos. La lejanía hace que la frecuencia de contactos disminuya y si bien las comunicaciones telefónicas son constantes en el caso de muchos mayores, la falta de trato directo puede llegar a motivar en ocasiones una especie de sensación de aislamiento familiar que debe tenerse en cuenta como causa originaria de la soledad subjetiva, más aún aquellas personas que no poseen ningún hijo en su localidad, siendo un capítulo aparte aquellos

no poseen descendencia. Actualmente en la práctica clínica se puede observar cómo aquellas personas, en general viudas sin descendencia, son más proclives a vivir en un futuro en residencias geriátricas ante la necesidad de cuidados prolongados, debido a la ausencia de familiares cuidadores. Otro aspecto que se observa en la práctica clínica, es cómo la soledad genera la aparición de temores nocturnos ante la pérdida del cónyuge y por ende la aparición de insomnio y posible automedicación. En algunos casos los nietos han sido el soporte emocional para vencer la barrera ante el temor nocturno. Los estereotipos negativos sobre la vejez también influyen con gran fuerza en la calidad de vida de los viudos/as siendo el erotismo un tema limitado por estas creencias negativas (Iacub, 2008). Son los hombres quienes más rápidamente buscan nuevas parejas y los hijos quienes suelen poner mayores resistencias.

Como se ha visto en esta revisión bibliográfica, numerosos aspectos deben ser tenido en cuenta para las personas mayores viudos/as, quienes deberán vivenciar distintos aspectos relacionados a este estado de la vida.

## **Conclusiones**

Existen escasos estudios que consideren a la viudez en la vejez, motivo por el cual se cree conveniente iniciar nuevas líneas de investigación. Sin lugar a dudas este acontecimiento de en la vida de las personas obliga a readaptarse y buscar herramientas que puedan favorecer una transformación.

La expectativa de vida alcanzada, en especial de las mujeres, lleva a pensar que son a quienes se tendrá que proporcionar cuidados en edades más avanzadas, como así también educar al colectivo masculino en habilidades no desarrolladas. Escasos son los servicios que otorgan atención a los dolientes, muchas veces medicalizando el proceso de duelo y por otro lado, es baja la demanda por parte de los adultos mayores en la búsqueda de apoyo psicológico ante estas crisis vitales.

La diversidad de escenarios que se representan para estas personas, hace necesario hacer visible estas situaciones, a fin de ampliar los conocimientos de quienes abordan la temática gerontológica para desarrollar dispositivos psicosociales a fin de encausar los sentimientos de incertidumbre hacia el futuro que les causa temor a los viudos/as.

### **Referencias Bibliográficas**

- Arber, S., Ginn, J., & Davidson, K. (2003). *Gender and ageing. Changing roles and relationships*. Maidenhead: Open University Press.
- Arias, C., & Polizzi, L. (2011). Relación de pareja en La vejez. Funciones de apoyo y sexualidad en la vejez. *Kairós Gerontología*, 14(10), 49-71.
- Baltes, P. (1996). On the Incomplete Architecture of Human Ontogeny. Selection, Optimization and Compensation as Foundation of Developmental Theory. *American Psychologist*, 52, 366-380.
- Bowlby, J. (1983). *La pérdida afectiva: tristeza y depresión*. Buenos Aires: Paidós.
- Cabodevilla I. (2003). Las reacciones de duelo. En M. Die-Trill (Ed.) *Psico-oncología* (pp. 647-657) Madrid: Ades Ediciones.
- de Ussel, J. I., & Doblas, J. L. (2001). *La soledad en las personas mayores: influencias personales, familiares y sociales: análisis cualitativo*. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- Freud, S. (1917). *Duelo y melancolía*. Obras completas, 14, 235-255.
- Iacub, R. (2008). Sobre la construcción de juicios en la erótica de la vejez. *Revista Argentina de Sociología*, 6(10), 170-183.
- Iacub, R., & Sabatini, B. (2012). Psicología de la mediana edad y la vejez (Vol. Módulo 3) Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional). Mar del Plata, Buenos

- Aires, Argentina: Ministerio de Desarrollo Social y Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Krzemien, D., Monchietti, A., & Urquijo, S. (2005). Afrontamiento activo y adaptación al envejecimiento en mujeres de la ciudad de Mar del Plata: una revisión de la estrategia de autodistracción. *Interdisciplinaria*, 22(2), 183-210.
- Lasagni, V., Tuzzo, R., Aristizábal-Vallejo, N., et al. (2014). Viudez y vejez en América Latina. *Kairós Gerontologia*, 17(1), 9-26.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101(2), 141-148.
- Montes de Oca Zavala, V. (2011). Viudez, soledad y sexualidad en la vejez: mecanismos de afrontamiento y superación. *Kairós Gerontologia*, 14(5), 73-107.
- Neimeyer, R. A., & Ramírez, Y. G. (2002). *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.
- Rando, T. A. (1984). *Grief, dying and death*. Illinois: Res. Press Co.
- Spijker, J. (2007). Trayectorias familiares después de la viudedad en España. Marco teórico y factores determinantes. *Papers de Demografia*, 326, 1-53.
- Stefani, D. (2004). Gender and coping in old age. *Interdisciplinaria*, 109-125.
- Sánchez, P., Algado, M.T., Centelles, F., López, J., & Jiménez, R. (2009). *Viudedad y vejez: estrategias de adaptación a la viudedad de las personas mayores en España*. Valencia: Nau Llibres.



## CAPÍTULO 12

### **La actividad física como herramienta de prevención del deterioro funcional psicomotor y desarrollo de habilidades neuromotoras globales para el adulto mayor**

Marcelo Castillo Retamal<sup>1</sup>  
*Universidad Católica del Maule*  
Aldo Martínez Araya<sup>2</sup>  
*Universidad Autónoma de Chile*

#### **Contextualización**

La población mundial sigue una tendencia al envejecimiento y una de las maneras de mantener o mejorar los niveles de calidad de vida de los adultos mayores es a través de la actividad física, basado particularmente en los efectos benéficos que tiene para la salud física y mental en este grupo etario (Vilches Avaca & Castillo Retamal, 2015).

Se ha demostrado que los sujetos de edad avanzada, presentan problemas de funcionamiento físicos y cognitivos, lo que asociado con un estilo de vida inactivo y los cambios fisiológicos relacionados con el envejecimiento, presentan un deterioro de la calidad de vida (Joshua et al., 2014) y cambios de aspecto social. Todas estas modificaciones se producen en el ser humano de forma natural, dinámica, progresiva y de modo irreversible (Ueno et al., 2012).

---

1. Universidad Católica del Maule, Departamento de Ciencias de la Actividad Física, Programa de Doctorado en Ciencias de la Actividad Física, Grupo de Investigación en Actividad Física y Salud GEAFyS. Correspondencia dirigirla a: mcastill@ucm.cl

2. Universidad Autónoma de Chile, Escuela de Kinesiología. Universidad Católica del Maule, Programa de Doctorado en Ciencias de la Actividad Física. Correspondencia dirigirla a: amartineza@uautonoma.cl

Las políticas internacionales van orientadas a un cambio en la concepción de la vejez, considerando a ésta como una etapa de vida activa, en la que se puede lograr el máximo de autonomía individual y la posibilidad de la autorrealización (Sanhueza Parra, Castro Salas, & Merino Escobar, 2005). Así, la calidad de vida de las personas mayores está estrechamente relacionada con la capacidad funcional y el conjunto de condiciones que le permiten mantener su participación en su propio autocuidado y en la vida familiar y social (Zavala, Vidal, Castro, Quiroga & Klassen, 2006). Esta capacidad funcional se ve mermada por diversas patologías que se desarrollan en el adulto mayor, como por ejemplo la sarcopenia, que compone la pérdida tanto de la masa muscular y la fuerza, con un riesgo de resultados adversos como la discapacidad física, la mala calidad de vida, e incluso la muerte (Aleman-Mateo & Ruiz Valenzuela, 2014).

La música en armonía con el ejercicio físico, mejora la función cognitiva de las personas en edad avanzada. El factor más importante, es que el proceso de intervención se realiza de forma simultánea y de manera concordante entre música y movimiento, de tal manera que los sujetos también están recibiendo entrenamiento cognitivo durante su ejercicio físico, a diferencia de intervenciones con solo música de percusión sin relación a los ejercicios (Vilches Avaca & Castillo Retamal, 2015).

La pérdida de masa muscular relacionada al envejecimiento, también conocida como sarcopenia, es una problemática común en los adultos mayores, y está asociada a una disminución en la velocidad de la marcha, pobre resistencia, dificultad para levantarse desde una silla, lo que puede llevar a riesgo de caídas, fragilidad y dependencia, como factores de riesgo en esta población. A raíz de estos antecedentes, es que se han implementado diferentes protocolos y programas de intervención de actividad física en adultos mayores, con el fin de modificar positivamente la condición física y calidad de

vida de estos adultos, focalizado en su capacidad aeróbica, resistencia muscular, flexibilidad y funcionalidad (WHO, 2010).

En este sentido, la pérdida de masa funcional, y concordante con la evidencia disponible, las caídas son una causa importante de morbilidad y mortalidad prematura entre los adultos mayores de 65 años. Sus consecuencias pueden ser graves y derivar en una discapacidad a largo plazo y la reducción sustancial de la calidad de vida. Aproximadamente, uno de cada tres adultos mayores experimentan al menos una caída cada año (Gillespie, 2012). Esta cifra aumenta a dos de cada tres, para los adultos que tienen una historia de caídas o que tienen temor a caer (Andresen, 2006). En Chile, se estima que, aproximadamente, un tercio de la población mayor de 65 años y que vive en la comunidad sufrirá una caída en el transcurso de un año. Esta cifra puede llegar al 50% entre los adultos mayores institucionalizados o en los mayores de 80 años (González, 2001). Se ha establecido que las caídas previas conducen a que el adulto mayor desarrolle temor a volver a caer (Cumming, 2000), lo que trae como consecuencia nuevas caídas, restricción o evitación de sus actividades diarias, pérdida de independencia funcional, reducción de la actividad social y depresión, lo que resulta en un deterioro de su calidad de vida (Delbaere, 2010).

### **La música y el ritmo como herramienta de prevención para el adulto mayor en ambiente comunitario**

La música como elemento utilizado para amenizar o dirigir diferentes actividades se considera que activa o relaja al ser humano dependiendo del estilo y la estructura musical utilizada (Leman, Moelants, Varewyck, Styns, Noorden & Pierre, 2013).

El ritmo es uno de los elementos de la música que permite al ser humano gozar de sus beneficios y alcanzar el disfrute de la actividad. El uso de la música presenta una serie

de beneficios asociados a la salud, sobre todo en individuos mayores, quienes pueden alcanzar estándares de desempeño motriz suficiente para modificar positivamente su estado (Castillo Retamal, León Salgado, Mondaca Urrutia, Bascuñán Retamal & Beltrán Bejarano, 2016). Así, la música permite una mejor atención, levanta el espíritu, desencadena gama de emociones, regula el estado de ánimo, evoca recuerdos, incrementa el trabajo o esfuerzo físico relacionado con el aumento o disminución de la frecuencia cardiaca y el deseo de perseverancia, induce estados de mayor funcionamiento y alienta el movimiento rítmico (Karageorghis & Priest, 2011). De igual forma, la música provee beneficios ergogénicos, fisiológicos y psicofísicos, especialmente cuando los movimientos son realizados sincronizadamente con música. Asimismo, la música motivacional tiene efectos en el estado de ánimo, mientras que la música neutral favorece un menor consumo de oxígeno y concentración de lactato (Terry, Karageorghis, Mecozzi & D'Auria, 2012).

La evidencia señala que, en los adultos mayores, hay un aumento de la plasticidad sináptica cerebral debido a la exposición al sonido. Esta exposición incrementa la neurogénesis en el hipocampo donde hay pérdida y/o escasa regeneración celular, siendo considerada como una causa subyacente del estado de ánimo de este grupo poblacional (Verrusio, et al., 2014).

De acuerdo a Karageorghis et al. (2010), la música asincrónica se coloca de fondo para crear un ambiente más placentero al ser humano, en ésta no hay sincronización consciente entre un patrón de movimiento y el tempo o meter de la música. El tempo hace referencia a la “velocidad” de la pieza musical, que tiene como unidad de medida: beats por minuto y el meter: es quien escucha, percibe o siente el beat. La música sincrónica es típica por el uso de aspectos rítmicos o temporales como un tipo de metrónomo que regula los patrones de movimiento que se van a realizar (Chiat & Ying, 2012).

Por lo anterior, se sugiere que el uso de esta música pue-

de reducir el costo energético del ejercicio mediante una mayor eficiencia metabólica neuromuscular; donde los patrones de movimiento regulares requieren menos consumo de energía para ser replicados, debido a la relajación muscular y ausencia de ajustes que requiera movimientos anticipatorios y correcciones (Terry, et al., 2012); por ejemplo, un corredor es capaz de ajustar su ritmo de zancada con el tempo de la música, usando el área motora suplementaria del cerebro, que desempeña un rol fundamental, tanto en la recepción del ritmo musical y la ordenanza de tareas motoras.

En un estudio realizado por Verrusio et al. (2014), se evaluó el impacto del entrenamiento físico aeróbico y la terapia de música en un grupo de 24 adultos mayores (edad media:  $75,5 \pm 7,4$ ) con depresión leve-moderada, frente a aquellos tratados con medicamentos antidepresivos. Las principales enfermedades que se encuentran en el Test Group fueron: hipertensión, obesidad, diabetes mellitus, intolerancia a carbohidratos, dislipidemia. De acuerdo con los siguientes criterios de inclusión, se evaluó para cada paciente: diagnóstico de depresión leve-moderada, con una Escala Geriátrica de Depresión (GDS) puntuación de entre 5 y 1 y ausencia de tratamiento farmacológico. El método incluyó en el grupo farmacológico, la toma de medicamento antidepresivo y en el grupo ejercicio/terapia de música, entrenamiento físico dos veces a la semana con una hora de duración, que incluyó calentamiento, gimnasia general o gimnasia postural y entrenamiento aeróbico en treadmill o bicicleta estática con intensidad de 75% de FCMax y vuelta a la calma, mientras escuchaban música de su agrado como jazz, clásica y música moderna: cada clasificación relacionada por su velocidad (lenta-rápida) con la etapa de ejercicio correspondiente. En el grupo de farmacoterapia hubo una mejora significativa en la ansiedad en sólo ( $p < 0,05$ ) seis meses, mientras que en el grupo de ejercicio/musicoterapia hubo una reducción de la ansiedad y la depresión a los tres meses y a los 6 meses ( $p < 0,05$ ) de iniciar el estudio.

En concordancia con lo anterior, la estimulación auditiva rítmica en los adultos mayores, es un método de rehabilitación y tratamiento para diferentes patologías relacionadas con su condición de salud; es por eso que la rehabilitación de la marcha con música reconocida por los pacientes, genera sincronización de los pasos con beats musicales, favoreciendo mayor velocidad de zancada, así como un mejor rendimiento, coincidiendo el paso con el tempo. Se evidenció que la música de mayor velocidad generó mayor cantidad de pasos, esto se podría deber al disfrute y la familiaridad de la música, promoviendo liberación de dopamina y mayor movimiento, es decir, actividad vigorosa con movimientos más rápidos (Leow, Rinchon & Grahn, 2015). También, en una revisión teórica de Cervellin y Lippi (2011), se sugiere que los pacientes adultos mayores con alteración de la marcha, mejoran su rendimiento en equilibrio y marcha durante un entrenamiento de multitareas con música durante 6 meses, reduciendo el riesgo de caídas.

Mathews, Clair y Kosloski (2011), realizaron un estudio dentro de un grupo de adultos mayores con demencia de un hogar de ancianos. Los autores sugieren que la música es un facilitador de realización de actividad física, la cual debe tener ritmo perceptible en velocidad y tempo del movimiento adecuado, generando las repeticiones y rango de movimiento adecuado, creando influencia sobre el control motor y funcionalidad. Los objetivos de dicha actividad se encaminaron a mantener fuerza y flexibilidad, disminuir la distracción relacionada con la fatiga al esfuerzo. El tipo de música utilizada fue country, occidental, polka, folk, jazz y blues con un beat fuerte. Los resultados muestran que los adultos mayores tienen mayor compromiso con actividades rítmicas de ejercicio. Sin embargo, los efectos de la intervención fueron más pronunciados con los residentes más dispuestos a participar en las actividades sociales.

En otro estudio realizado por Karageorghis y cols. (2011), tomaron en cuenta la hipótesis de Iwanaga en 1995, acerca de

la relación lineal entre la frecuencia cardíaca y las preferencias de tempo de música. Se determinaron los siguientes rangos: música de baja intensidad, 80 bpm (95-100bpm); mediana intensidad, 120 bpm (115-120 bpm); alta intensidad, 140 bpm (135-140 bpm); y muy alta intensidad, de 155-160 bpm. A bajas intensidades de ejercicio, la relación entre la frecuencia cardíaca de ejercicio y el tempo de la música de preferencia fue positiva y lineal. Como la intensidad del ejercicio va incrementando, la primera instancia de no alineación entre las dos variables fue en el punto de inflexión de FCmax de 60% y esto puede ser explicado por el hecho que la mayoría del tempo musical de pop, rock y músicaailable tenían un tempo de 115-140 bpm. Hay un paso de cambio entre la FCmax de 70-75% que está cerca del nivel de intensidad normalmente asociada con el umbral ventilatorio o de lactato, después de este punto existe una relación estrecha entre las variables fisiológicas e índice de esfuerzo percibido. Los presentes resultados indican una estrecha relación de tempo música preferida que no es tan directamente proporcional a la intensidad del ejercicio como se había pensado.

Esta evidencia nos permite identificar que las intensidades de esfuerzo asociadas a beneficios psicológicos van entre las 110 y 130 bpm y los beneficios físico orgánicos fluctúan entre los 120-140 bpm, lo que permite reforzar la idea de su utilización como generador de adherencia a la práctica de actividad física para luego evidenciar mejoría en los niveles de condición física y salud de los adultos mayores (Castillo Retamal et al., 2016).

### **Entrenamiento neuromuscular en el adulto mayor institucionalizado: una alternativa funcional de actividad física para la prevención de la caída**

El temor a caer es común en las personas mayores. Letgers (2002) describió una prevalencia entre 12% y 65% en adultos mayores sin antecedentes de caídas y del 29% al 92%

con antecedentes de caídas. Se estima que para el año 2020 los costos relacionados a las lesiones provocadas por una caída en las personas mayores de 65 años ascenderán a 43,8 millones de dólares solo en Estados Unidos (Matsumura, 2006). Más de 400 factores de riesgo pueden influir en tener como resultado una caída. Unos son de carácter intrínseco, como debilidad muscular, artropatías, alteraciones del equilibrio, déficits visuales, alteraciones cardíacas o neurológicas, polifarmacia y antecedentes de caídas previas, o bien extrínsecos, como las condiciones de vivienda. También pueden ser clasificados según sean modificables o no modificables. Algunos factores de riesgo modificables son inactividad física, debilidad muscular, hipotensión y polifarmacia. Los no modificables, son factores que no pueden ser controlados, tales como edad, género o ceguera (Rodríguez-Mañas, 2015).

En Chile, más de un tercio de los adultos mayores presentan un menoscabo de su capacidad funcional que afecta el desempeño de sus actividades de la vida cotidiana, lo que provoca una situación de dependencia que determina, en algunas situaciones, el ingreso a centro de cuidados (institucionalización), muchas veces por el resto de sus vidas (Olivares, 2006).

Esto no debiera constituir una práctica común en nuestra sociedad, pero factores demográficos, sociales y de salud conducen a las personas mayores a ingresar a dichos centros, lo que deriva en una predisposición a la disminución de sus capacidades funcionales (Furtado, 2015; Pinillos, 2012). Una vez ingresado, su vida diaria se desarrolla, de manera regular, en compañía del personal cuidador. En este contexto, se ha demostrado que sufrir una caída no sólo altera su calidad de vida, sino que también la de sus cuidadores (Nevitt, 1993)

El Adulto mayor institucionalizado, se caracterizan por tener una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, más episodios de enfermedades agudas y una mayor probabilidad de accidentes que el resto de la población (Chávez, 2014; Furtado, 2015). Logrando con ello, tasas más

altas de hospitalización, hasta 2,6 veces mayores, y un promedio de 9,2 días de estadía en comparación con los cinco días de la población general (Olivares, 2006).

En la actualidad, con el objetivo de mantener la condición física y reducir la ocurrencia de caídas en la población adulta mayor, múltiples programas de actividad física han sido implementados (Langhammer, 2011). Sin embargo, dichos programas han sido escasos para los adultos mayores que viven en instituciones de larga estancia, fundamentalmente por sus condiciones de fragilidad (Born, 2006; Chávez, 2014; Rydwick, 2005). Se estima que sólo el 10% de dichos centros realizan actividad física dos veces a la semana (Izquierdo, 2016). Ello ha provocado una menor evidencia de los beneficios del ejercicio en este grupo de la población (Chávez, 2014; Freire, 2006; Gomes, 2004; Rydwick, 2005), los que han limitado sus actividades a aquellas de carácter lúdico o pasivo, tales como jugar cartas, ver televisión, escuchar música o leer (Furtado, 2015).

Una de las modalidades de actividad física que contempla la recuperación de la condición física es el entrenamiento neuromuscular, su nombre genérico describe la aplicación de ejercicios funcionales basados en la estabilidad postural, propiocepción y entrenamiento de la fuerza muscular, utilizando para ello el peso del propio cuerpo (Chávez, 2014; Chung-Wei, 2012; Furtado, 2015; López, 2015).

Se ha determinado que dicha modalidad puede aumentar el control propioceptivo del movimiento articular anormal (Childs & Irrgang, 2003; Lephart, Myers & Rieman, 2003) e incrementar la fuerza muscular, lo que logra la aparición de gestos motores necesarios para una óptima ejecución de las actividades de la vida diaria (Liu, 2009) y mejorar el control postural, reduciendo el riesgo y la tasa de caídas (Gillespie, 2012; Howe, 2011). No obstante, su utilidad sólo ha sido aplicada a la rehabilitación motora de sujetos jóvenes (Chung-Wei, 2012) y en la población adulta mayor de la comunidad (Furtado, 2015; López, 2015).

Dado este contexto, es importante continuar recabando información acerca de los beneficios del entrenamiento neuromuscular sobre la condición física y psicológica del adulto mayor institucionalizado que ya ha reportado beneficios en jóvenes y adultos mayores de la comunidad. Su incorporación, permitirá convertirla en una alternativa de actividad física funcional e integradora para mantener las habilidades motoras de sus residentes, reduciendo los costos económicos, psicológicos y sociales que conllevan una caída.

### **Referencias bibliográficas**

- Alemán-Mateo, H., & Ruiz Valenzuela, R.E. (2014). Skeletal muscle mass indices in healthy young Mexican adults aged 20-40 years: implications for diagnoses of sarcopenia in the elderly population. *The Scientific World Journal*, 2014. doi:10.1155/2014/672158
- Andresen, E.M. (2006). Cross-sectional and longitudinal risk factors for falls, fear of falling, and falls efficacy in a cohort of middle-aged African Americans. *Gerontologist*, 46(2), 49-57.
- Born, T. (2006). A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. Tratado de Geriatria e Gerontologia (pp: 1131-1141). Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan
- Castillo Retamal, M., León Salgado, M., Mondaca Urrutia, J., Bascuñán Retamal, S., & Beltrán Bejarano, K. (2016). El ritmo y la música como herramienta de trabajo para la actividad física con el adulto mayor. *Revista Ciencias de la Actividad Física UCM*, 17(1), 87-99.
- Cervellin, G., & Lippi, G. (2011). From music-beat to heart-beat: A journey in the complex interactions between music, brain and heart. *European Journal of Internal Medicine*, 22, 371- 374.
- Chávez-Pantoja, M., López-Mendoza, M., & Mayta-Tristán, P. (2014). Efecto de un programa de ejercicios fisioterapéuticos sobre el desempeño físico en adultos mayores insti-

- tucionalizados. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 49(6), 260-265.
- Chiat, L., & Ying, L. (2012). Importance of music learning and musicality in rhythmic gymnastics. *Procedia - Social and Behavioral Science*, 46, 3202-3208.
- Childs, J., & Irrgang, J. (2003). The language of exercise and rehabilitation. In J. DeLee & D. Drez (Eds.), *Orthopaedic sports medicine: principles and practice* (2<sup>nd</sup> Ed.) (pp. 319-336). Philadelphia: Saunders.
- Chung-Wei, C. (2012). Neuromuscular Training for Chronic Ankle Instability. *Physical Therapy*, 92(8), 987-991.
- Cumming, R. (2000). Prospective study of the impact of fear of falling on activities of daily living, SF-36 scores, and nursing home admission. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 55(9), 3-5.
- Delbaere, K. (2010). Determinants of disparities between perceived and physiological risk of falling among elderly people: cohort study. *BMJ*, 341, c4165.
- Freire, J. (2006). A promoção da Saúde nas instituições de longa permanência: uma reflexão sobre o processo de envelhecimento no Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 9, 83-92.
- Furtado, H. (2015). Physical exercise and functional fitness in independently living vs institutionalized elderly women: a comparison of 60- to 79-year-old city dwellers. *Clinical Interventions in Aging*, 10, 795-801.
- Gomes, G. (2004). Função motora, capacidade funcional e sua avaliação em idosos. *Saúde e Qualidade de Vida na Velhice*, 107-32.
- González, G. (2001). Características de las caídas en el adulto mayor que vive en la comunidad. *Revista Médica de Chile*, 129(9), 1021-1030.
- Gillespie, L.D., Robertson, M. C., Gillespie, W.J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L. M., & Lamb, S.E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in

- the community. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 9(11).
- Howe, T.E., Rochester, L., Neil, F., Skelton, D.A., & Ballinger, C. (2011). Exercise for improving balance in older people. *The Cochrane Library*.
- Izquierdo, M., Rodriguez-Mañas, L., Casas-Herrero, A., Martinez-Velilla, N., Cadore, E.L., & Sinclair, A.J. (2016). Is it ethical not to prescribe physical activity for the elderly frail? *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(9), 779-781.
- Joshua, A.M., D'Souza, V., Unnikrishnan, B., Mithra, P., Kamath, A., Acharya, V., & Venugopal, A. (2014). Effectiveness of progressive resistance strength training versus traditional balance exercise in improving balance among the elderly - a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Diagnostic Research*, 8(3), 98-102. doi:10.7860/jcdr/2014/8217.4119
- Karageorghis, C.I., Priest, D.I., Williams, L.S., Hirani, R.M., Lannon, K.M., & Bates, B.J. (2010). Ergogenic and psychological effects of synchronous music during circuit-type exercise. *Psychology of Sport and Exercise*, 11, 551-559.
- Karageorghis, C.I., Jones, L., Priest, D., Akers, R., Clarke, A., Perry, J., Reddick, B., Bishop, D., & Lim, H. (2011). Revisiting the relationship between exercise heart rate and music tempo preference. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 82(2), 274-284.
- Karageorghis, C.I., & Priest, D.I., (2011). Music in the exercise domain: a review and synthesis (Part I). *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 5(1), 44-66.
- Langhammer, B., & Stanghelle, J.K. (2011). Functional fitness in elderly Norwegians measured with the Senior Fitness Test. *Advances in Physiotherapy*, 13(4), 137-144.
- Legters, K. (2002). Fear of falling. *Physical Therapy*, 82(3), 264-272.
- Leman, M., Moelants, D., Varewyck, M., Styns, F., Noorden,

- L., & Martens, J. (2013). Activating and relaxing music entrains the speed of beat synchronized walking. *PLoS ONE*, 8(7), e67932.
- Leow, L., Rinchon, C., & Grahn J. (2015). Familiarity with music increases walking speed in rhythmic auditory cuing. *Annals Of The New York Academy Of Sciences*, 1337, 53-61.
- Lephart, S., Myers, J., & Rieman, B. (2003). Role of proprioception in functional joint stability. In J. DeLee & D. Drez (Eds.), *Orthopaedic sports medicine: principles and practice* (2<sup>nd</sup> Ed.) (pp. 398-418). Philadelphia: Saunders.
- Liu, C.J., & Latham, N.K. (2009). Progressive resistance strength training for improving physical function in older adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3). DOI: 10.1002/14651858.CD002759.pub2
- López, J.C., & Arango, E.F. (2015). Effect of training on an unstable balance and function in elderly people. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(1), 31-39.
- Matsumura, B. A., & Ambrose, A. F. Balance in the Elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*, 22(2), 395-412. doi:10.1016/j.cger.2005.12.007
- Mathews, R., Clair, A., & Kosloski, K. (2011). Keeping the beat: use of rhythmic music during exercise activities for the elderly with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementia*, 16(6), 377- 380.
- Nevitt, M.C., & Cummings, S.R. (1993). Type of fall and risk of hip and wrist fractures: the study of osteoporotic fractures. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41(11), 1226-1234.
- Olivares-Tirado, P. (2006). Perfil epidemiológico del adulto mayor en Chile. *Gobierno de Chile. Superintendencia de Salud. Departamento de Estudios y Desarrollo*, 1-20.
- Pinillos-Patiño, Y., & Prieto-Suárez, E. (2012). Funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, Colombia. *Revista de salud pública*, 14(3), 438-447.

- Rodriguez-Mañas, L., & Fried, L.P. (2015). Frailty in the clinical scenario. *The Lancet*, 385(9968), e7-e9.
- Rydwik, E., Kerstin, F., & Akner, G. (2005). Physical training in institutionalized elderly people with multiple diagnoses-a controlled pilot study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 40(1), 29-44.
- Sanhueza Parra, M., Castro Salas, M., & Merino Escobar, J. M. (2005). Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. *Ciencia y Enfermería*, 11(2), 17-21.
- Terry, P.C., Karageorghis, C.I., Saha, A.M., & D'Auria, S. (2012). Effects of synchronous music on treadmill running among elite triathletes. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 15(1), 52-57.
- Ueno, D.T., Gobbi, S., Teixeira, C.V.L., Sebastião, É., Prado, A.K.G., Costa, J.L.R., & Gobbi, L.T.B. (2012). Efeitos de três modalidades de atividade física na capacidade funcional de idosos. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 26(2), 273-281.
- Verrusio, W., Andreozzi, P., Marigliano, B., Renzi, A., Gianturco, V., Pecci, M., & Gueli, N. (2014). Exercise training and music therapy in elderly with depressive syndrome: a pilot study. *Complementary Therapies in Medicine*, 22(4), 614-620.
- Vilches Avaca, C., & Castillo Retamal, M. (2015). Intervenciones con actividad física asociada a la salud para el adulto mayor. *Revista Ciencias de la Actividad Física UCM*, 16(2), 87-93.
- WHO (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. WHO Press.
- Zavala, G.M., Vidal, G.D., Castro, S.M., Quiroga, P., & Klassen, P.G. (2006). Funcionamiento social del adulto mayor. *Ciencia y Enfermería*, 12(2), 53-62.

## ÍNDICE DE AUTORES

### **Apablaza Osorio, Bastián**

Alumno 5to año Psicología, Universidad Católica del Maule.

### **Arias, Claudia**

Licenciada en Psicología y Magíster en Psicología Social por la Universidad Nacional de Mar del Plata. Docente de grado y posgrado en la Universidad Nacional de Mar del Plata. Directora de investigación en el Instituto de Investigación en Psicología Básica, Aplicada y Tecnología de la Facultad de Psicología dependiente de la UNMDP y de CONICET. Evaluadora y consultora experta en organismos nacionales e internacionales. Autora de numerosas publicaciones científicas sobre temáticas gerontológicas.

### **Castillo Retamal, Marcelo**

Profesor de Educación Física, Pontificia Universidad Católica de Chile. Licenciado en Educación, Universidad Católica del Maule, Chile. Magíster en Educación Física, Universidad Estatal de Campinas, Brasil. PhD Sport and Exercise, Auckland University of Technology, Nueva Zelanda. Post-título en Entrenamiento Deportivo, Instituto Superior de Cultura Física “Manuel Fajardo”, Cuba. Diplomado en Gerontología Social, Pontificia Universidad Católica de Chile. Diplomado en Epidemiología y Bioestadística para la Investigación en Salud, Universidad de Chile. Diplomado en Docencia Universitaria, Universidad Católica del Maule, Chile. Académico de la Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad Católica del Maule, Director del Departamento de Ciencias de la Actividad Física, Director del Programa de Doctorado en Ciencias de la Actividad Física, Coordinador Grupo de Investigación en Actividad Física y Salud GEAFyS.

### **Castro Ríos, Ana**

Trabajadora Social, Titulada en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Master en Educación para el Trabajo Social por The Catholic University of America Washington D.C. Estados

Unidos. Doctora en Estudio de las Sociedades Latinoamericanas, Mención Sociología, por la Universidad ARCIS – Chile. Durante los años 1986 y 1993 ejerce como académica de la Escuela de Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile. De 1994 a la fecha ejerce como académica de la Escuela de Trabajo Social, perteneciente a la Facultad de Ciencias Sociales y Económicas de la Universidad Católica del Maule. Ejerciendo por más de seis años el cargo de Directora de la Escuela. Sus líneas de desarrollo e investigación se concentran en los temas de Familias, Familias rurales, Resiliencia, Infancia y Jóvenes, Mediación Familiar, Investigación Cualitativa.

**Cerda Rodríguez, Bárbara**

Alumna 5to año Psicología, Universidad Católica del Maule.

**Chandía Espinoza, Sebastián**

Alumno 5to año Psicología, Universidad Católica del Maule.

**Concha Garrido, Carlos**

Alumno 5to año Psicología, Universidad Católica del Maule.

**De la Cadena Fernández, Aroma**

Antropóloga de la Pontificia Universidad Católica del Perú con estudios de Maestría en Gestión Pública en la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Su experiencia está referida a la gestión del desarrollo sobre todo en ámbitos rurales del Perú así como al manejo de conflictos. Su trabajo se orienta a la facilitación de dinámicas que posibiliten la acción colectiva, en base al respeto de las contribuciones de distintos tipos de actores sociales, tomando en cuenta, como parte de los procesos las consideraciones de interculturalidad, inclusión y equidad de género.

**Fergusson Cárdenas, Ingrid**

Psicóloga, Licenciada en Psicología, Universidad de Concepción. Magíster en Psicología Clínica en la Universidad Adolfo Ibáñez. Postítulo en Terapia Sistémica, CAPSI. Diplomada en Gerontología Social, Pontificia Universidad Católica de Chile. Diplomada en Derechos Humanos, Vejez y Política Pública,

Fundación Henry Dunant. Es académica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica del Maule donde además es Coordinadora del Programa de Adulto Mayor.

**Freixo, Estevão de Carvalho**

Graduando en psicología, Universidad Estácio de Sá. Posgraduando en Lingüística, Curso Multiplus. Pasante de Investigación, Laboratorio de Memoria e Historia de la Psicología Clio-Psyché de la UERJ.

**Herrera Leyton, Sara**

Enfermera, Universidad de Concepción. Magíster en Enfermería Comunitaria, Universidad de Concepción. Diplomada en Docencia Universitaria, Universidad de Chile. Diplomada en Gestión del Cuidado y Calidad en Enfermería, Universidad Católica del Maule. Es académica de la Escuela de Enfermería y Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica del Maule.

**Iacub, Ricardo**

Licenciado y Doctor en Psicología por la Universidad de Buenos Aires. Profesor Asociado a cargo de la materia Psicología de la 3ra Edad y Vejez, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Profesor Titular de Posgrado e Investigador en la Universidad de Buenos Aires y en la Universidad de Mar del Plata. Profesor Invitado en numerosas universidades de Latinoamérica y Europa. Autor de diversos libros y artículos científicos sobre la temática.

**Jacó-Vilela, Ana**

Psicóloga, Universidad Federal de Minas Gerais. Máster en Psicología Social, Fundação Getúlio Vargas - RJ. Doctora en Ciencias (Psicología), Universidad de São Paulo. Post-Doctorada en Historia e Historiografía de la Ciencia, Universidad Autónoma de Barcelona. Profesora Asociada del Laboratorio de Historia y Memoria de la Psicología - Clio-Psyché, del Instituto de Psicología de la Universidad do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Secretaria para América del Sur de la Sociedad Interamericana de Psicología.

**Lasagni, Viviana**

Psicóloga, Especialista en Gerontología Comunitaria e Institucional. Desde 1992 se desempeña en la Obra Social de Empleados Públicos OSEP trabajando para y por los adultos mayores. Se desempeñó como Auxiliar Docente (Tutor) en la Zona Cuyo de la carrera de especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional Ministerio de Desarrollo Social y Familia de la Nación, en la Facultad de Psicología de la Universidad de Mar del Plata y en la Universidad Aconcagua de Mendoza en el Posgrado de Introducción a la Psico-Gerontología. Desde diciembre del 2015 está al frente del Departamento de Gestión de Políticas Sociales para el Adulto Mayor de OSEP (Mendoza) promoviendo los derechos de los adultos mayores y un envejecimiento saludable.

**Martínez Araya, Aldo**

Kinesiólogo y Licenciado en Kinesiología, Universidad Católica del Maule. Magíster en Kinesiología, Universidad Católica del Maule. Diplomado en Extremidad Superior, Especialidad Biomecánica de extremidad superior, Universidad Mayor. Diplomado en Docencia en Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Docente Escuela de Kinesiología, Facultad de Salud. Director de Carrera de Kinesiología. Coordinador de Extensión Escuela de Kinesiología. Universidad Autónoma de Chile. Actualmente cursando el programa de Doctorado en Ciencias de la Actividad Física, Universidad Católica del Maule.

**Mojica Vásquez, Guadalupe**

Licenciada en Trabajo Social, Universidad de Colima, 2015. Actualmente colabora en DIF Municipal Coquimatlán, periodo 2015-2018.

**Pincheira Morán, Paola**

Enfermera, Universidad de Santiago de Chile. Diplomada en Atención de Urgencia, Pontificia Universidad Católica de Chile. Magíster (c) en Enfermería, Mención en Gestión del Cuidado, Universidad Católica del Maule.

**Pinto Poblete, Carolina**

Alumna 5to año Psicología, Universidad Católica del Maule.

**Preciado Jiménez, Susana**

Licenciada en Trabajo Social, Universidad de Colima. Maestría y Doctorado en Estudios Latinoamericanos, Tulane University, Nueva Orleans, LA, EEUU. Formación en Gerontología Social, por la Universidad de McMaster, Hamilton, Ontario, Canadá. Académica de las Facultades de Trabajo Social y Economía de la Universidad de Colima. Perteneció al Cuerpo Académico UCOL-CA77 referente a Trabajo Social y Grupos. Además es Directora General de Desarrollo del Personal Académico de la Universidad de Colima.

**Ramirez Cisterna, Luisa**

Alumna 5to año Psicología, Universidad Católica del Maule.

**Reynaldos Quinteros, Ana Carolina**

Psicóloga, Pontificia Universidad Católica de Chile. Maestra en Ciencias de la Salud en el Trabajo por la Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco (UAM-X México DF). Coordinadora nacional de RIPSOL (Red Iberoamericana de Riesgos Psicosociales Laborales) de 2006 a 2010 y del IISASO (Instituto Internacional de Investigación Social, Ambiental y de Salud Ocupacional) del 2011 a actualidad. Miembro del Comité Editorial de INFO-AEPA, Boletín informativo digital de la Asociación de Expertos en Psicología Aplicada (2012 a actualidad). Psicóloga clínica acreditada por la Sociedad Chilena de Psicología Clínica desde 1995. Diplomada en Recursos No Verbales – Modelo Benenzon de Musicoterapia (niveles I al VI) por el Centro Benenzon-Chile 2015-2016. Docente Adjunto de la Universidad Católica del Maule, Facultad de Ciencias de la Salud, dictando las asignaturas de Ciclo Vital I, II y III y los módulos de Evaluación y Diagnóstico en Adulthood Tardía e Intervención en Adulthood tardía. Coordinadora de Prácticas Profesionales de la Escuela de Psicología y docente del Magister en Salud Mental Infante-Juvenil de la Universidad Católica del Maule. Presidenta del Colegio de Psicólogos, Filial Región del Maule, de 2008 a 2012. Premio del Colegio de Psicólogos

Filial Región del Maule 2007, por trayectoria y compromiso profesional.

**Rodríguez Reaño, Rosa Elizabeth**

Psicóloga, Licenciada en Psicología Educacional, Pontificia Universidad Católica del Perú. Con estudios de Maestría en Salud Mental en Poblaciones en la Universidad Peruana Cayetano Heredia y maestranda de Psicología Comunitaria en la Pontificia Universidad Católica del Perú. Estudios de Posgrado en Gestión e Intervención Gerontológica en Universidad de Buenos Aires y Universidad Maimónides. Ejerció la docencia en la Pontificia Universidad Católica del Perú, en la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas y en la Universidad Alas Peruanas. Es investigadora y consultora independiente de organismos públicos y privados. Correspondencia: psi.rosarodriguez@gmail.com

**Rojas Jara, Claudio**

Psicólogo, Licenciado en Psicología, Mención Psicología de la Salud, Universidad Católica del Maule. Magíster en Drogodependencias, Universidad Central de Chile. Cursando actualmente un Máster en Prevención y Tratamiento de las Conductas Adictivas, Universidad de Valencia, España. Diplomado en Drogodependencias, Universidad Católica del Maule. Diplomado en Tratamiento de Adolescentes Infractores con Uso Problemático de Drogas, Universidad de Chile. Diplomado en Intervención con Adolescentes Infractores con Uso Problemático de Drogas, Pontificia Universidad Católica de Chile. Editor de los libros *Drogas: conceptos, miradas y experiencias* (2015); *Psicooncología: aportes a la comprensión y la terapéutica* (2016); *Salud Mental Infante Juvenil: reflexiones y actualidad* (2016); y *Drogas: interpretaciones y abordajes desde la psicología* (2016). Es académico del Departamento de Psicología de la Universidad Católica del Maule.

**Saavedra Guajardo, Eugenio**

Psicólogo, Licenciado en Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Magíster en Investigación de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano – Chile. Doctor en

Educación por la Universidad de Valladolid, España. Terapeuta Cognitivo (Inteco), Psicólogo Clínico Acreditado. Profesor Titular de la Universidad Católica del Maule (UCM), en donde ejerce como docente e investigador desde el año 1994 a la fecha. Investigador asociado de Centro de Estudio y Atención del Niño y la Mujer (CEANIM – Chile), miembro honorario de la Sociedad Peruana de Resiliencia, miembro de la Sociedad Científica Chilena de Psicología, miembro de la Red Iberoamericana de Riesgos Psicosociales Laborales (RIPSOL), miembro de la asociación ALFEPSI, miembro de diversos comités editoriales y comités científicos. Autor de 31 libros y capítulos de libros y más de 48 artículos en revistas académicas, en las áreas de Resiliencia, Juventud y Psicología Educacional. Se ha desempeñado como par evaluador de diversas revistas científicas y como evaluador de proyectos de investigación y becas de post grado para Conicyt Chile. Par evaluador en el sistema de acreditación universitaria. Conferencista y ponente en el tema de resiliencia en Universidades e Instituciones Académicas de México, Perú, USA, Ecuador, Colombia, Uruguay, Argentina, Cuba, España, Guatemala, Panamá, El Salvador y Chile. Cargos ejercidos: Director Escuela de Psicología UCM, Director del Departamento de Psicología UCM, Director de Docencia de la UCM, Director de Investigación y Perfeccionamiento UCM, Director del Magíster en Salud Mental Infante Juvenil, UCM.

### **Silva Magaña, Gabriela**

Licenciada en Trabajo Social, Universidad de Colima, 2015. Actualmente realiza actividades emprendedoras.

### **Varas Amer, Cristian**

Profesor de Educación Física, Magíster en Educación con Mención Curriculum y Evaluación, y Magíster en Educación Física con Mención en Actividad Física y Salud; de la Universidad Católica del Maule. Ha realizado investigaciones en el ámbito de la Resiliencia y Calidad de Vida, con publicaciones nacionales e internacionales. También ha participado en diferentes Congresos, Seminarios y Simposios, tanto nacionales como internacionales. El año 2011 publicó el estudio “Rendimiento escolar, calidad de vida y resiliencia en estudiantes de enseñanza me-

dia”, en la *Revista UC Maule*, N° 40. El año 2012 participó con la ponencia denominada “Talleres educativos para el adulto mayor, como una forma de crear redes”, en la XII Jornadas Internacionales de Psicología Educacional, realizada la ciudad de Talca. Actualmente desempeña como Coordinador de Deportes y Recreación de la Universidad Católica del Maule, sede Curicó; y participa activamente en equipos incipientes de investigación en el ámbito de las Ciencias de la Actividad Física.

Las personas que alcanzan la adultez mayor transitan por una serie de cambios que van mucho más allá de lo netamente corporal y físico.

El adulto mayor vivencia todo un proceso de transformaciones a nivel psicológico, social como también a nivel cerebral y fisiológico. En este libro hacemos revisión y algunas detenciones en aspectos que consideramos relevantes a la hora de comprender el devenir del ser humano en esta etapa del ciclo evolutivo.

Contribuciones de nuestro país pero también desde Perú, Argentina, Brasil y México abordan cuestiones históricas, conceptuales, culturales, preventivas y de intervención, siendo analizadas en estas páginas esperando ser un aporte a la actualización en gerontología.